

# IKÄKOTI

## **Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille 2022 – 2023 -hankkeen loppuraportti**

Etelä-Pohjanmaan IkäKoti -hankkeen loppuraportti 8.1.2024

# Sisällys

<b>Hankkeen toiminnan ja tulosten tiivistelmä .....</b>	<b>5</b>
<b>Sammanfattning .....</b>	<b>8</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>11</b>
<b>Johdanto .....</b>	<b>14</b>
<b>1. Aluehankkeen kuvaus ja tarkoitus .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Hankkeen tarve .....</b>	<b>15</b>
<b>2. Aluehankkeen tavoitteet .....</b>	<b>17</b>
<b>3. Tulokset .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Ajankukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä .....</b>	<b>18</b>
3.1.1. Toimintamalli 1: RAI-järjestelmän käytön laajennus. RAI-järjestelmän käyttöönottoa laajennetaan, yhtenäisten toimintamallien jalkautusta jatketaan alueella ja saatua tietoa hyödynnetään mahdollisimman laajasti. ....	18
3.1.2. Toimintamalli 2: Asiakkuuden hallintajärjestelmän (SBM) käytön toimintamallit. Asiakasohjauksen toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönoton laajennus koko HVA:lle sekä yhteisten toimintaprosessien suunnittelun ja toteutuksen jalkauttaminen .....	21
3.1.3. Toimintamalli 3: Gillie.AI tekoälyn ja IoT-alustan laajennus, teknologian käyttöönottomalli .....	23
3.1.4. Toimintamalli 4: Kotihoitojen toiminnanohjausjärjestelmien konsolidointi ja hankinta. Laajennuksen suunnittelu ja toteutus.....	25
3.1.5. Toimintamalli 5: Ikätekniologian KATI-viitearkkitehtuuri ja EP HVA arkkitehtuurin hallintamalli.....	26
3.2.1. Toimintamalli 6: Keskitetty kotiuttamisen malli, kotiutuskoordinaattori .....	29
3.2.2. Toimintamalli 7: Kotihoidon kotiutusprosessit .....	31
3.2.3. Toimintamalli 8: Kotiutumisen tuen tiimin yksiköt .....	33
3.2.4. Toimintamalli 9: Kotiutumisen tuen tiimien ja yksiköiden asiakaspolut.....	35
3.2.5. Toimintamalli 10: Arkikuntoutus ja tehostettu kotikuntoutus kotiutumisen tuen tiimeillä, yksiköissä ja kotihoidossa.....	36
3.2.6. Toimintamalli 11: Vapaaehtoistoiminnan koordinaatiomalli kunnille .....	38
3.2.7. Toimintamalli 12: Muistisairaahan palveluketju .....	39
3.2.8. Toimintamalli 13: RAI arviointi kuntouttavan vuorohoidon yksiköissä .....	41

3.2.9. Toimintamalli 14: Asiakkaan toimintakyvyn seurannan mittarit kuntouttavassa päivätoiminnassa .....	42
<b>3.3. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan .....</b>	<b>44</b>
3.3.1. Toimintamalli 15: Turva-auttaja malli .....	44
3.3.2. Toimintamalli 16: Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen kotihoidon myöntämisen perusteet ja kotona asumista tukevien tukipalveluiden myöntämistä ohjaavat toimintaperiaatteet sekä kotihoidon yhteinen palvelukuvaus .....	45
3.3.3. Toimintamalli 17: Ikäihmisten asiakasohjauksen prosessien kehittäminen Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella .....	46
3.3.4. Toimintamalli 18: SAS-työryhmän toiminta Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella	47
3.3.5. Toimintamalli 19: FINGER-toimintamalli Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella ....	48
3.3.6. Toimintamalli 20: Gerontologinen sosiaalityö .....	49
3.3.7. Toimintamalli 21: Yhtenäinen hoitosuunnitelma Raisoft ohjelmistossa ikäpalveluiden kotihoidon asiakkaille.....	50
<b>3.4. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun .....</b>	<b>54</b>
3.4.1. Toimintamalli 22: Hoiva-avustajan toimenkuvat.....	54
3.4.2. Toimintamalli 23: Oppisopimusopiskelijoiden opiskelun ja työelämässä hoitotyön tehtävien kehittyminen opiskelujen edetessä .....	55
3.4.3. Toimintamalli 24: Etähoivan käyttöönoton laajennus Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueelle.....	55
3.4.4. Toimintamalli 25: RAI- käyttäjien roolit ikäpalveluissa .....	57
3.4.5. Toimintamalli 26: RAI arvioinnin prosessi ikäpalveluiden kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa asumispalvelussa .....	57
3.4.6. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset .....	58
<b>3.5. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla .....</b>	<b>59</b>
3.5.1. Toimintamalli 27: Ympäri vuorokautisen palveluasumisen laatutavoitteet ja mittarit ikäpalveluissa .....	59
3.5.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset .....	60
<b>4. Johtopäätökset.....</b>	<b>61</b>
Kotihoito .....	61
Muistisairaiden palvelut.....	61
RAI-järjestelmä.....	63

Kuntoutus .....	65
Etähoiva.....	65
ICT ja teknologia .....	66

## Liitteet

Liite 1 Toimintamallien kuvaukset, juurtuminen, arviointi ja Innokylä-linkki

Liite 2 Posterit

## **Hankkeen toiminnan ja tulosten tiivistelmä**

### **Tavoitteet**

Etelä-Pohjanmaan IkäKoti-hankkeen tavoitteena oli vahvistaa ikäihmisten asumista omassa kodissaan mahdollisimman pitkään, tarvittavien tukipalveluiden ja kotihoidon turvin. Tavoitteiden toimenpiteet kohdistettiin keskeisesti asiakasohjauksen, kotona tehtävään kuntoutuksen, kotiutusprosessin ja kotihoidon kehittämiseen sekä sähköisten ja digitaalisten palveluiden käyttöönottoon ja niiden käytön lisäämiseen asiakkailla ja ammattilaisilla. Sähköisillä ja digitaalisilla palveluilla voidaan lisätä saatavuutta ja saavutettavuutta sekä vahvistaa tiedolla johtamista. Yhtenä tavoitteena oli gerontologisen sosiaalityön toimintamallin kehittäminen, osaamisen vahvistaminen, että voidaan tukea asiakkaan kokonaisvaltaista huomioimista ja vahvistaa palvelutarpeen arviointia.

Kotiin vietävä oikea aikainen kuntoutus sekä siirtymät sairaalaan ja kodin välillä ovat keskeisiä taitekohtia ikäihmisten arjessa. Kehittämällä systemaattiset kotihoidon ja kotiutuksen prosessit sekä varmistamalla tiedolla johtaminen, voidaan kohdentaa käytettävissä olevat henkilöstöresurssit oikein ja tasalaatuisesti.

Muistisairaiden palveluketjun kehittäminen ja systemaattinen jalkauttaminen ikäihmisten palveluihin sekä laajasti verkostoon vahvistavat muistisairauden aikaista tunnistamista ja hoitoa.

Vapaaehtoistoiminnan hyödyntäminen sekä resurssina että yhteisönä oli yksi tavoite. Vapaaehtoistoimijat ovat jatkossa mahdollisuus myös hyvinvointialueen kokonaisuudessa yhdessä järjestöjen kanssa. Kuntayhteistyön lisääminen saattaa tulevaisuudessa näyttäytyä selkeämmin, kun kuntien ja hyvinvointialueiden roolit vakiintuvat ja tehtävät selkiytyvät.

### **Toimintamallit ja tulokset**

#### **Asiakasohjaus**

Hankkeessa on yhtenäistetty asiakasohjausyksiköiden toimintoja, jotta alueen ikäihmiset saavat tarvitsemansa palvelut sujuvasti ja samoilla kriteereillä. Yhtenäiset asiakaspolut, taustaohjelmistot, SAS-työryhmien toimintamalli ja gerontologisen sosiaalityön vahvistaminen ovat toimivan asiakasohjauksen ytimessä.

#### **RAI-järjestelmä**

Hankkeessa on toteutettu RAI koordinaattorin tehtävänkuvaa osana ikäpalveluiden palvelukokonaisuutta. Eri palvelualueille on määritelty käytettävät RAI välineet. Luotujen

toimintamallien ja prosessien avulla tunnistetaan tarpeita, kohdennetaan palveluita, toteutetaan omavalvontaa, tarkastellaan asiakasrakennetta sekä kehitetään palveluiden laatua.

### **Kotikuntoutus**

Hankkeessa luotiin ikäihmisten kotiutumisen tuen malli, jota toteuttamaan perustettiin kotiutumisen tuen tiimit ja -yksikköpaikat. Asiakkaiden kulkua palveluun ohjaavat tarkoitukseen luodut polut. Toimintamalli sisältää mm. arki- ja tehokuntoutuksen.

### **Kotihoito**

Hankkeessa on luotu kotihoitoon asiakkaiden yhtenäiset kotiutusprosessit ja kotihoidon myöntämisen perusteet, ennakoimattomien tilanteiden toimintamalli, keskitetty kotiutuksen malli sekä edistetty oppisopimusopiskelua. Oppisopimus on parantanut opiskelijoiden sitoutumista ja yhtenäistänyt ohjausta. Kotihoidossa yhtenäistettiin kirjaamisohjeita ja tehtiin merkittävää yhteistyötä ikäihmisten suun terveydenhuollon edistämiseksi. Tavoitteena yhtenäiset palvelut.

### **Etähoito**

Etähoidon, etäryhmätoiminnan ja etäkuntoutuksen asiakas- ja hallintaprosesseja on yhtenäistetty ja paranneltu, mikä nopeuttaa asiakkaan pääsyä etäpalveluihin ja tehostaa ammattilaisen työtä.

### **ICT ja teknologia**

Hankkeessa on toteutettu ajanmukaiset ICT- ja teknologiaratkaisut, yhtenäistetty ja laajennettu eri järjestelmiä sekä hyödynnetty keinoälyä. Teknologia ja toimintamallit on integroitu tuottamaan ammattilaisille käytettävyyttä ja ikäihmisille palveluiden yhdenvertaista saatavuutta. Hankkeesta on osallistuttu kansalliseen ikäteknologian kehitystyöhön ja toteutettu arkkitehtuurimallinnus.

### **Muistisairaalan palveluketju**

Hankkeen aikana on julkaistu Muistisairaalan palveluketju, joka lisää tiedon ja tuen saantia sekä selkiyttää alueen palveluketjua. Palveluketjusta hyötyvät alueen muistisairaant, heidän läheisensä sekä ammattilaiset. Hankkeen aikana palveluketjua on koulutettu alueen

ammattilaisille. Palveluiden yhtenäistämistä on tehty mm. yhteistyön ja tiedonkulun tehostamiseksi. FINGER toimintamallin käyttöönottoa suunniteltiin.

### **Vapaaehtoistoiminta**

Hankkeessa luotiin vapaaehtoistoiminnan koordinaatiomalli kunnille ja koulutettiin vapaaehtoisia toimimaan ikäihmisten tukena arjen askareissa saattaja-apuna ja ystävinä.

### **Johtopäätökset**

Yhteinen tavoite on ollut parantaa ikääntyneiden kotona asumista tukevien palveluiden laatua ja tehokkuutta. Toimintamalleissa on keskitytty tavoitteiden saavuttamiseen, parantaen ikäihmisten kotona asumisen tukemista ja hyvinvointia. Kehitetyt toimintamallit keskittyvät kotihoidon ja ikäihmisten palveluiden parantamiseen, resurssien tehokkaampaan käyttöön ja asiakaslähtöisyyden lisäämiseen. Toimintamalleista kerätty suullinen palaute ja havaitut vaikutukset työyhteisöissä osoittavat, että mallit ovat jo johtaneet positiivisiin muutoksiin. Mallit korostavat erityisesti systemaattista ja suunnitelmallista lähestymistapaa, henkilöstön koulutusta ja toimintamallien käyttöönottoa. Tavoitteiden arviointi on keskeistä jatkokehityksen ja tulevaisuuden suunnitelmien kannalta.

IkäKoti hankkeen toimintamallit on kuvattu liitteessä 1 ja liitteessä 2 on hankkeen posterit.

## **Sammanfattning**

### **Mål**

Projektets syfte var att stärka seniorers boende hemma så länge som möjligt, med nödvändiga stödtjänster och hemvård. Åtgärderna för att uppnå målen fokuserade främst på kundstyrning, rehabilitering i hemmet, processen för hemutskrivning och utveckling av hemvård samt införande och ökning av användningen av elektroniska och digitala tjänster bland kunder och de anställda. Elektroniska och digitala tjänster kan öka tillgängligheten av tjänster och tillgången till dem samt stärka ledning genom information. Ett av målen var att utveckla en verksamhetsmodell för gerontologiskt socialt arbete, stärka kompetensen för att stödja en helhetsinriktad kundvård och förbättra bedömningen av servicebehov.

Hemrehabilitering i rätt tid och övergångar mellan sjukhus och hem är centrala vändpunkter i seniorernas vardag. Genom att utveckla systematiska processer för hemvård och hemutskrivning samt säkerställa ledning genom information, kan tillgängliga personalresurser allokeras korrekt och enhetligt.

Utvecklingen av servicekedjan för minnessjuka och en systematisk implementering av denna inom tjänsterna för seniorer och i nätverken stärker tidig upptäckt och behandling av minnessjukdomar.

Användningen av volontärarbete både som resurs och som gemenskap var ett av målen. Volontärer utgör i framtiden en potential inom välfärdsområdet tillsammans med organisationerna. Samarbete med kommuner kan i framtiden te sig tydligare när kommunernas och välfärdsrådets roller stabiliseras och uppgifterna blir klarare.

## **Verksamhetsmodeller och resultat**

### **Kundstyrning**

I projektet har man standardiserat verksamheten i kundstyrningsenheterna för att regionens seniorer ska få de tjänster de behöver smidigt och med samma kriterier. Enhetliga kundresor, datasystem, SAS-arbetsgruppers verksamhetsmodell och stärkandet av gerontologiskt socialt arbete är kärnan i effektiv kundstyrning.

### **RAI-systemet**

I projektet har man implementerat en RAI-koordinatorroll som en del av servicehelheten för tjänster för seniorer. Olika serviceområden har definierats för användning av RAI-verktyg. Med



hjälp av de skapade verksamhetsmodellerna och processerna kan man identifiera behov, rikta service, genomföra egenkontroll, granska kundstrukturer och utveckla servicekvaliteten.

### **Hemrehabilitering**

I projektet skapades en modell för stöd vid hemutskrivning av seniorer, för vilken team och enhetsplatser för utskrivningsstöd inrättades. Kundens rutt till tjänsten styrs av ändamålsenligt planerade stigar. Verksamhetsmodellen inkluderar bland annat vardags- och intensivrehabilitering.

### **Hemvård**

I projektet skapades enhetliga processer för hemutskrivning och beviljande av hemvård, en modell för hantering av oförutsedda situationer, en centraliserad modell för hemutskrivning samt främjat läroavtalsutbildningen. Läroavtalsutbildning har förbättrat studenternas engagemang och enhetliggjort handledningen. I hemvården har dokumentationsinstruktioner standardiserats och betydande samarbete har gjorts för att främja munhälsa hos seniorer. Målet är enhetliga tjänster.

### **Distansvård**

Kund- och administrationsprocesser för vård, gruppsaktiviteter och rehabilitering på distans har standardiserats och förbättrats, vilket påskyndar kundens tillgång till distanstjänster och effektiviserar yrkesmänniskornas arbete.

### **IKT och teknologi**

I projektet har moderna IKT- och teknologilösningar implementerats, olika system har standardiserats och utvidgats samt artificiell intelligens utnyttjats. Teknik och verksamhetsmodeller är integrerade för att skapa användbarhet för de yrkesverksamma och lika tillgång till tjänster för seniorer. Projektet har deltagit i det nationella seniorteknologiska utvecklingsarbetet och att arkitektonisk modellering har genomförts.

### **Servicekedjan för personer med minnessjukdom**

Under projektet publicerades en servicekedja för personer med minnessjukdom, vilket ökar tillgången till information och stöd samt klargör regionens servicekedja. Servicekedjan gynnar regionens personer med minnessjukdom, deras anhöriga samt de som jobbar med dessa personer. Under projektet utbildades regionens yrkesmänniskor i servicekedjan. Standardisering av tjänster har gjorts bland annat för att effektivera samarbete och informationsflöde. Implementeringen av FINGER-verksamhetsmodellen planerades.

## **Volontärarbete**

I projektet skapades en koordinationsmodell för volontärarbete för kommunerna och volontärer utbildades för att stödja seniorer i vardagliga sysslor, som ledsagare och vänner.

## **Slutsatser**

Det gemensamma målet har varit att förbättra kvaliteten och effektiviteten på tjänster som stödjer seniorer i att bo hemma. Verksamhetsmodellerna har fokuserat på att uppnå målen, förbättra stödet för seniorers boende i hemmet och välfärden. De utvecklade verksamhetsmodellerna fokuserar på att förbättra hemvården och tjänsterna för seniorer, effektivare användning av resurser och ökad kundorientering. Muntlig feedback och observerade effekter i arbetsgemenskaperna visar att modellerna redan har lett till positiva förändringar. Modellerna betonar särskilt systematiska och planerade tillvägagångssätt, personalutbildning och implementering av verksamhetsmodeller. Utvärdering av målen är centralt för fortsatt utveckling och framtida planering.

IkäKoti-projektets verksamhetsmodeller beskrivs på finska i bilaga 1, och bilaga 2 innehåller projektets affisch.

## **Abstract**

### **Objectives**

The project aimed to strengthen the ability of the elderly to live in their own homes for as long as possible, supported by necessary assistance services and home care. The measures to achieve these objectives were primarily focused on client assistance, rehabilitation at home, the discharge process, the development of home care, and the introduction and increased use of electronic and digital services among clients and professionals. Electronic and digital services can enhance accessibility and reach, as well as strengthen knowledge-based management. One of the goals was the development of a gerontological social work model, enhancing expertise to support comprehensive client consideration, and strengthening the assessment of service needs.

Home-based timely rehabilitation and transitions between the hospital and home are crucial turning points in the daily lives of elderly individuals. By developing systematic processes for home care and discharge, and ensuring knowledge-based management, available personnel resources can be allocated accurately and uniformly.

The development and systematic implementation of a service chain for individuals with memory disorder in elderly services and the broader network strengthen the early detection and treatment of memory disorders.

The utilization of volunteer activities, both as a resource and as a community, was an initial objective. Volunteers will become a valuable asset within the well-being services counties, collaborating with organizations. The increasing collaboration among municipalities may become more apparent in the future as the roles of municipalities and well-being services counties become defined, and responsibilities become clearer.

### **Operational Models and Outcomes**

#### **Client Assistance**

The project standardized the operations of client assistance teams so that elderly individuals in the region receive the services they need smoothly and based on the same criteria. Unified customer pathways, background systems, the operational model of SAS workgroups, and the strengthening of gerontological social work are at the core of effective customer guidance. RAI System

The project implemented a RAI coordinator role as part of the service whole for elderly services. Specific RAI tools have been defined for different service areas. Through created operational

models and processes, needs are identified, services are targeted, self-monitoring is conducted, client structures are examined, and service quality is developed.

### **Home Rehabilitation**

The project developed a model for support in the hospital discharge of the elderly, establishing teams and unit spots for hospital discharge support. The customer's path to the service is directed by purpose-created routes. The operational model includes, among other things, everyday and intensive rehabilitation.

### **Home Care**

The project established uniform processes for hospital discharging and granting home care, a model for handling unforeseen situations, a centralized model for hospital discharge, and promoted apprenticeship training. Apprenticeship has improved student commitment and standardized guidance. In home care, recording instructions were standardized, and significant cooperation was undertaken to promote oral health among the elderly. The goal is uniform services.

### **Remote Home Care**

Customer and administrative processes for remote home care, remote home care group activities, and remote home rehabilitation have been standardized and improved, accelerating the customer's access to remote care services and making the professional's work more efficient.

### **ICT and Technology**

The project implemented modern ICT and technological solutions, standardized and expanded various systems, and utilized artificial intelligence. Technology and operational models have been integrated to provide usability for professionals and equitable access to services for the elderly. The project participated in national age technology development and conducted architectural modeling.

### **Service Chain for Individuals with Memory Disorders**

During the project, a Service Chain for Individuals with Memory Disorders was published, increasing access to information and support, and clarifying the region's service chain. The service chain benefits the region's memory disorder patients, their relatives, and professionals. During the project, the service chain was trained for regional professionals. Standardization of services was done, among other things, to improve cooperation and information flow. The implementation of the FINGER operational model was planned.

## **Volunteering**

The project created a coordination model for volunteer activities for municipalities and trained volunteers to support the elderly in everyday chores, as escorts, and friends.

## **Conclusions**

The common goal has been to improve the quality and efficiency of services supporting the elderly in living at home. The operational models focused on achieving the goals, improving support for the elderly living at home, and wellbeing. The developed operational models focus on improving home care and services for the elderly, more efficient use of resources, and increasing customer orientation. Collected verbal feedback and observed effects in the work communities indicate that the models have already led to positive changes. The models emphasize particularly systematic and planned approaches, staff training, and the implementation of operational models. Evaluating the goals is central to ongoing development and future planning.

The operating models of the IkäKoti-project are described in Annex 1, and Annex 2 contains the project's poster.

## 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 kestävästä palvelujärjestelmästä koskevia suosituksia toimeenpanemalla.

Tämä on Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen IkäKoti -hankkeen loppuraportti. Sen tarkoituksena on kuvata alueellisen hankkeen tarkoitus ja tavoitteet, hankkeessa kehitetyt toimintamallit (katso myös liite 1) ja muut tuotokset sekä niiden johtopäätökset. IkäKoti -hankkeen posterit on liitteessä 2.

# 1. Aluehankkeen kuvaus ja tarkoitus

## 1.1 Hankkeen tarve

IkäKoti -hankkeen tavoitteena on vahvistaa palvelujen asiakaslähtöisyyttä, oikea-aikaisuutta ja vaikuttavuutta. Palvelujen kehittämisessä korostuu ikääntyneen väestön toimintakyvyn vahvistaminen ja ylläpitäminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tullaan tuottamaan entistä enemmän kotiin ja vahvistamaan sähköisiä ja digitaalisia palvelukanavia. Muistisairaiden palveluketju jalkautetaan ja toimintoja yhtenäistetään hyvinvointialueella. Henkilöstön osaamista, osallisuutta, urapolkumahdollisuutta, työhyvinvointia ja työturvallisuutta vahvistetaan. Sähköisiä työvälineitä otetaan enemmän käyttöön. Kehittämisen, johtamisen ja seurannan välineitä lisätään. Varhaisen vaiheen sosiaalityön osuutta vahvistetaan asiakasohjauksessa ja moniammatillista osaamista vaativissa tilanteissa. Kotona asumisen tueksi vahvistetaan vapaaehtoistoiminnan osuutta, mikä osaltaan vapauttaa ammattilaisten aikaa. Tavoitteiden taustalla on uudistuva vanhuspalvelulaki ja hallitusohjelmaan sisältyvä Ikäohjelman vuoteen 2030 korostama sosiaalinen ja taloudellinen kestävyys.

Hankkeen tavoitteet koskevat koko Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialuetta. Esitetyt kehittämistoimenpiteet otetaan asteittain käyttöön koko hyvinvointialueella. Tavoitteiden toteutuminen edellyttää päällekkäisyyksien karsimista, toimintojen koordinoitua, tiedolla johtamista ja kohdennettuja resurssilisäyksiä tai resurssien siirtoja hyvinvointialueiden päätöksenteossa. Tavoitteet nousevat alueen ikäihmisten palvelujen tarpeista, aikaisemmasta kehittämistyöstä ja kansallisesta Laatusuosituksesta (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi vuosille 2020–2023). Alueellisen hankkeen tavoitteet ovat:

1. Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä
2. Ikäihmisten asiakasohjauksen toiminta ja prosessit ovat yhteneväiset, palvelutarpeen arviointi on tasapuolista ja moniammatillisen yhdyspintatyön prosessit on kuvattu ja luodut toimintamallit ovat käytössä
3. Kotihoidon prosessit ovat yhteneväiset ja tiedolla johtamisen välineitä hyödynnetään suunnitelmallisesti ja systemaattisesti
4. Kotihoidon lääkäripalvelujen prosessit on kuvattu ja palvelut ovat saatavilla 24/7
5. Kotona asuvat iäkkäät saavat kuntoutusta oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa
6. Muistisairaiden palveluketju toimii ja palvelut ovat asiakaslähtöisiä
7. Gerontologisen sosiaalityön asema ja osaaminen on vahvistunut osana ohjausta, neuvontaa, palvelutarpeen arviointia ja palvelujen toteuttamista
8. Ikäihmisille suunnattu vapaaehtoistoiminnan koordinaatiomalli toimii

## 1.2 Kohderyhmät

Hankkeen kohderyhmänä ovat Etelä-Pohjanmaalla asuvat iäkkäät ihmiset ja heidän läheisensä. Suurelle osalle asiakkaista riittää ohjaus- ja neuvontapalvelut. Toinen ryhmä on paljon palveluja tarvitsevat iäkkäät ihmiset. Kolmantena ryhmänä ovat eriasteiset muistisairaat. Tilastokeskuksen väestöennusteen (30.9.2021) mukaan Etelä-Pohjanmaalla tulee olemaan vuonna 2023 yli 75-vuotiaita naisia 14 568 ja vastaavasti miehiä 10 532. Yhteensä heitä on 25 100. Ikäihmisten määrä alueella kasvaa huomattavasti.

Ikäihmisten asiakasohjauksessa asioivien määrä on noussut viime vuosina huomattavasti koko alueella. Yhteydenottojen määrän arvioidaan olleen viime vuonna reilut 30 000. Turvapuhelinasiakkaita oli elokuussa 2021 yhteensä noin 3000. Säännöllistä kotihoitoa sai vuonna 2020 Sotkanetin mukaan yli 75-vuotta täyttäneistä 18,2 %, mikä tarkoittaa noin 3500 henkilöä. Vuonna 2020 yhteispäivystyksessä kävi 6063 yli 75-vuotiasta asukasta. Heille käyntikertoja kertyi yhteensä 10 798.

Hankesuunnitelma on tehty yhteistyössä ja tekemiseen on osallistunut kaikista sote -organisaatioista ikäihmisten palveluista vastaavat henkilöt. Sidosryhmien osalta hankesuunnitelman tekemiseen on osallistunut mm. Yhteisöjen yhdistys ry (Järjestöotalo), Sosiaalialan osaamiskeskus (SoNET BOTNIA), Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry. Alueen vanhusneuvostoilta pyydettiin jäseniä hankkeessa perustettaviin työryhmiin. Kaikki keskeiset sidosryhmät on kutsuttu työryhmiin eri aihepiirien mukaan. Hyvinvointialueen aluevaltuuston toiminnan käynnistyessä perustettiin hyvinvointialueen kattava vanhusneuvosto, jonka kanssa hankkeen tavoitteita edistettiin.



## 2. Aluehankkeen tavoitteet

Kansallisen hankkeen neljä päätavoitetta ovat:

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

Etelä-Pohjanmaalla painopiste oli merkittävästi teknologiaratkaisuissa ja sähköisissä palveluissa, joten siitä hankesuunnitelmassa oma kokonaisuus:

- Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä

Hankesuunnitelma jaettiin kahdeksaan erilliseen tavoitteeseen, joihin kaikkiin liittyy kotona asumisen tukeminen ja kotiin vietävät palvelut eri muodoissa.

### **Aluehankkeen tavoitteet ovat:**

1. Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä
2. Ikäihmisten asiakasohjauksen toiminta ja prosessit ovat yhteneväiset, palvelutarpeen arviointi on tasapuolista ja moniammatillisen yhdyspintatyön prosessit on kuvattu ja luodut toimintamallit ovat käytössä
3. Kotihoidon prosessit ovat yhteneväiset ja tiedolla johtamisen välineitä hyödynnetään suunnitelmallisesti ja systemaattisesti
4. Kotihoidon lääkäripalvelujen prosessit on kuvattu ja palvelut ovat saatavilla 24/7
5. Kotona asuvat iäkkäät saavat kuntoutusta oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa
6. Muistisairaiden palveluketju toimii ja palvelut ovat asiakaslähtöisiä
7. Gerontologisen sosiaalityön asema ja osaaminen on vahvistunut osana ohjausta, neuvontaa, palvelutarpeen arviointia ja palvelujen toteuttamista
8. Ikäihmisille suunnattu vapaaehtoistoiminnan koordinaatiomalli toimii

Luvussa 3. esitellään hankkeessa kehitetyt toimintamallit. Toimintamallit esitellään sekä kansallisten, että aluehankkeen tavoitteiden mukaisesti. Liitteessä 1 on esitelty tiiviisti kukin toimintamalli ja linkki Innokylään.

## 3. Tulokset

IkäKoti -hankkeessa kehitetyistä toimintamalleista on jokaisesta kuvaus liitteessä 1 (sisältää myös linkin Innokylään). Hankkeen posterit on liitteessä 2.

### 3.1 Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä

#### Tavoitteet:

ICT:n ja teknologian käyttöönotto iäkkäiden kotona asumisen tueksi on keskeinen osa palvelujen toiminnallista uudistamista. Hankkeessa otettiin käyttöön ikäteknologiaa, joka sisälsi laitteet, digitaaliset palvelut, sovellukset ja tietojärjestelmät. Tämä toteutettiin tukemaan ikääntyneiden hyvinvointia ja helpottamaan samalla ammattilaisten työtä. Teknologian käyttöönotto vaikuttaa organisaatioiden toimintaprosesseihin ja työtapoihin, edellyttäen samalla toimintamallien uudelleenarviointia ja työntekijöiden osaamisen vahvistamista. Tavoitteena oli mahdollistaa teknologian tehokkaampi hyödyntäminen ikääntyvien hyvinvoinnin tukemisessa, ottaen huomioon iäkkäiden yksilölliset tarpeet. Hanke oli merkittävä askel kohti parempia ja tehokkaampia digitaalisia palveluita sekä ikääntyvälle väestölle että hyvinvointialueen ikäpalveluiden ammattilaisille. Hankkeen toteutus tehtiin tiiviissä yhteistyössä ammattilaisten, eri toimijoiden ja verkostojen kanssa, työ sisälsi myös osallistumisen ikäteknologian kansalliseen koordinaatiotyöhön.

#### 3.1.1. Toimintamalli 1: RAI-järjestelmän käytön laajennus. RAI-järjestelmän käyttöönottoa laajennetaan, yhtenäisten toimintamallien jalkautusta jatketaan alueella ja saatua tietoa hyödynnetään mahdollisimman laajasti.

**Aluetavoite:** 1. Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä

#### Toimintamalli:

Toimintamalli keskittyy RAI-järjestelmän käyttöönoton laajentamiseen ja yhtenäisten toimintamallien käyttöönottoon hyvinvointialueella. Tavoitteena oli yhdenmukaistaa järjestelmän käytön toimintamallit ja yhdistää nykyiset sekä uudet RAI-organisaatiot samaan

tietokantaan. Tavoitteena oli yhtenäistää RAI-välineistön käyttö asiakkaan palveluntarpeen arvioinnissa, hoidon suunnittelussa ja kuntoutumisen tukemisessa.

Yhteisten toimintamallien ja arviointiprosessien kehittäminen oli keskeinen osa hanketta. Tavoitteena oli luoda yhtenäisiä käytäntöjä, jotka tukisivat RAI-järjestelmän tehokasta käyttöönottoa ja palveluiden kehittämistä. RAI-tiedon systemaattista hyödyntämistä korostettiin palveluiden kehittämisessä ja laadun arvioinnissa. Hankkeessa pyrittiin varmistamaan, että RAI-tietoa käytettiin systemaattisesti päätöksenteossa ja tulevan hyvinvointialueen toiminnan parantamisessa.

RAI-kantojen yhdistäminen RAI -järjestelmäksi oli osa tietokannan yhtenäistämistä. Tavoitteena oli luoda yhtenäinen tietokanta, joka kattaa kaikki palvelualueet ja mahdollistaa sujuvan tiedonkulun. RAI-integraatiot muiden järjestelmien, kuten LC:n, Gillie.AI:n ja tietoaaltaan kanssa, olivat tärkeä osa kokonaisuutta. Hankkeessa oli tarkoituksena saavuttaa järjestelmäkokonaisuuksien välinen sujuva yhteistyö integroimalla RAI-järjestelmä osaksi muita käytössä olevia järjestelmiä.

Teknisen käyttöönoton myötä saavutettiin yhdenmukainen ohjelmistokokonaisuus, mutta maakunnallisen käyttöönoton ja toimintamallien yhtenäistämisen edistyminen edellytti lisäresursseja toiminnan tason suunnitteluun ja toteutukseen. RAI-koordinaattorin aktiivinen osallistuminen osoittautui merkittäväksi avuksi, kun työtä vietiin eteenpäin. Alueen ammattilaiset antoivat huomattavan panoksensa jalkauttamisen tukemiseksi, ja teknisen käyttöönoton jälkeen RAI-käytön vakiinnuttamista on edistetty koordinaattorin ja koordinaatiotyöryhmän toimesta.

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

Yhtenäiset toimintamallit ja arviointiprosessit varmistavat käytännön toteutuksen, mikä luo perustan tehokkaalle ja yhtenäiselle palvelutuotannolle. RAI-kantojen yhdistäminen EP RAI -järjestelmäksi luo yhtenäisen tietopohjan, joka helpottaa tiedonhallintaa ja mahdollistaa saumattoman yhteistyön organisaation eri osien välillä. RAI-tiedon systemaattinen hyödyntäminen palveluiden kehittämisessä ja laadun arvioinnissa on keskeinen tekijä parannettaessa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Järjestelmän avulla pystytään tekemään perusteltuja päätöksiä, mikä tukee kokonaisvaltaista palveluiden kehitystä.

RAI-koordinaattorin tehtävät ovat olennaisessa roolissa varmistamassa koordinoitun ja johdonmukaisen toiminnan RAI-järjestelmän ympärillä. Koordinaattorin aktiivinen rooli tukee järjestelmän tehokasta käyttöönottoa ja ylläpitoa. RAI-käyttäjien roolien selkeä määrittely

mahdollistaa tehokkaamman työnjaon ja vastuunjaon eri palvelualueilla, edistäen siten organisaation sujuvaa toimintaa.

Laajamittaiset koulutukset ja tukiprosessit ovat olennainen osa toimintamallia, ja ne varmistavat käyttäjien osaamisen ja valmiudet RAI-järjestelmän tehokkaaseen käyttöön. Koulutuksilla pyritään tukemaan henkilöstön ammattitaitoa ja varmistamaan, että järjestelmää hyödynnetään mahdollisimman optimaalisesti.

RAI-integraatiot muiden järjestelmien kanssa tehostavat tiedonkulkua ja yhteistyötä eri palvelujen välillä. Tämä parantaa toiminnan tehokkuutta ja mahdollistaa kokonaisvaltaisen näkemyksen asiakkaan tilanteesta, edistäen siten palveluiden yhtenäistä ja vaikuttavaa tarjoamista. Hankkeen tavoitteena oli saavuttaa nämä myönteiset vaikutukset, mutta on tässä vaiheessa vaikea arvioida, ovatko asetetut tavoitteet täyttyneet ja mikäli eivät, selvittää mistä mahdolliset haasteet johtuvat.

### **Toimintamallin arviointi:**

RAI-järjestelmän käyttöönotto ja yhtenäisten toimintamallien suunnittelu ja toteutus yhteneväisesti koko hyvinvointialueella on vielä toteutusasteella ja laajamittaista arviointia valittujen toimintamallien osalta ei ole vielä suoritettu. Toimintamallien tulevassa arvioinnissa tulee ottaa huomioon myös eettinen näkökulma, erityisesti hyvän elämän edellytysten näkökulmasta. Keskeistä on tarkastella, miten toimintamallien käyttöönotto ja RAI-järjestelmän laajentaminen vaikuttavat iäkkäiden henkilöiden elämänlaatuun ja hyvinvointiin. Toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa on huomioitava, miten RAI-tiedon kerääminen ja hyödyntäminen vaikuttavat asiakkaiden yksityisyyteen. On varmistettava, että asiakkaiden henkilötietoja käsitellään asianmukaisesti ja turvallisesti, noudattaen kaikkia voimassa olevia tietosuojalakeja ja -määräyksiä.

RAI-integraatiot muiden järjestelmien kanssa tehostavat tiedonkulkua ja yhteistyötä eri palvelujen välillä, on kuitenkin varmistettava, että potilas- ja asiakasatiedon sekä tekoälysovellusten käyttö noudattaa eettisiä periaatteita ja että näiden vaikutuksia arvioidaan myös säännöllisesti. Välttämätöntä on, että teknologian hyödyntäminen tukee inhimillisiä periaatteita, kuten asiakkaiden osallisuutta ja yhdenvertaisuutta, samalla edistäen oikeudenmukaisuutta palveluiden suunnittelussa.

### **3.1.2. Toimintamalli 2: Asiakkuuden hallintajärjestelmän (SBM) käytön toimintamallit. Asiakasohjauksen toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönoton laajennus koko HVA:lle sekä yhteisten toimintaprosessien suunnittelun ja toteutuksen jalkauttaminen**

**Aluetavoite:** 1. Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä

#### **Toimintamalli:**

IkäKoti-hankkeen keskeisenä tavoitteena oli käyttöönottaa ja laajentaa Seinäjoen kaupungin vuonna 2021 käyttöönottama SBM-alustaratkaisu/toiminnanohjausjärjestelmä muiden maakuntaorganisaatioiden käyttöön tulevalle hyvinvointialueelle. Järjestelmän sovelluskehitystyöllä ja käyttöönotolla mahdollistetaan yhteneväiset toimintaprosessit koko maakunnan alueella asiakaslähtöisesti. Sovelluskehitystyössä merkittävä rooli oli ikäpalveluiden sote-ammattilaisten tekemällä yhteiskehitystyöllä järjestelmätoimittajan ja HVA ikäpalvelujohdon kanssa. Toiminnanohjausjärjestelmä tukee nyt hyvinvointialueen ikäpalveluiden yhtenäisten palveluiden järjestämistä, erityisesti asiakasprosessien hallinnassa. Ikäpalveluiden toiminnanohjausjärjestelmällä hallinnoidaan asiakasohjauksesta tehtävien palveluiden koordinoitua ja seuranta- ja neuvontaa ja ohjausta, yhteydenottoja, omaishoitoa, kotihoidon asiakkuuksia, lyhytaikaishoitoa ja ympärivuorokautista palveluasumista. Erilliset sovellukset on hankkeessa toteutettu; asiakkuus, yhteydenotto, palvelutarpeen arviointiin, omaishoitoon, ympärivuorokautiseen palveluasumiseen sekä lyhytaikaishoitoon. Sovelluskehityksen yhteydessä on toteutettu yhteisten HVA toimintaprosessien suunnittelu ja toimintamallit sovelluksen käytölle on jalkautettu. Yhteinen toimintamalli ja työkalut tukevat maakuntatasoista ikäpalveluiden kehittämistyötä ja sote-ammattilaisia päivittäisissä tehtävissään. Toimintamallin vaikutukset ja tulokset tulevat näkyviin kokonaisuudessaan vuoden 2024 puolella, kun kaikki sovellukset ovat tuotantokäytössä. Ennakoidusti odotetaan merkittävää parannusta palvelujen tehokkuudessa, resurssien optimoinnissa ja kokonaisvaltaisessa hyödyn kasvussa. Kustannushyötyä odotetaan erityisesti reaaliaikaisen tiedon kulun ja resurssien optimaalisen käytön kautta palvelun toteutuksessa.

Järjestelmän avulla hallinnoidaan palveluja ja asiakkaiden sijoittelua reaaliaikaisesti koko HVA:n alueella. Toimintamallit tukevat maakuntatasoista Ikäpalveluiden kehittämistyötä tarjoamalla yhteisen tavan ja työkalut, jotka mahdollistavat asiakkuuden hallinnan digitalisoinnin maakunnan alueella.

Projektin tavoitteena oli saavuttaa asiakkuuden hallinnan digitalisointi maakunnan alueella SBM toiminnanohjausjärjestelmän avulla. Tämä tukee toimintatapojen, tehostamisen ja asiakasprosessien sujuvoittamisen tavoitteita. Kustannushyöty odotetaan konkreettisesti

näkyvän reaaliaikaisen tiedonkulun ja resurssien optimaalisen käytön myötä palvelujen toteutuksessa.

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

Hankkeessa tavoitteena oli vahvistaa palveluiden asiakaslähtöisyyttä, oikea-aikaisuutta ja vaikuttavuutta. Toiminnanohjausjärjestelmän avulla hallinnoidaan monipuolisesti erilaisia palveluita koko maakunnan alueella. Projektin puitteissa on saavutettu onnistunut käyttöönotto ja siirto tuotantoon. Järjestelmä tukee digitalisaation edistämistä, kuten asiakasohjausta, koulutusta, asiakasprosessien yhdenmukaistamista ja integroitumista muihin maakunnan ohjelmistoihin.

Hankkeen tavoitteena oli saavuttaa asiakkuuden hallinnan digitalisointi maakunnan alueella SBM toiminnanohjausjärjestelmän avulla. Tämä tukee toimintatapojen, tehostamisen ja asiakasprosessien sujuvoittamisen tavoitteita. Kustannushyöty odotetaan konkreettisesti näkyvän reaaliaikaisen tiedonkulun ja resurssien optimaalisen käytön myötä palvelujen toteutuksessa.

### **Toimintamallin arviointi:**

Toimintamallin vaikutuksia ja vaikuttavuutta arvioidaan mittareilla, jotka kattavat asiakkuudenhallinnan, resurssien käytön, palvelujen tehokkuuden ja kokonaisvaltaisen hyödyn. Mittareita valitaan tiedolla johtamisen rakentamisen yhteydessä. Arvioidaan valittujen mittareiden toimivuus ja käytettävyys uusien toimintamallien käytettävyyden arviointien yhteydessä käytön laajentuessa vuoden 2024 aikana. Tulevaisuudessa käytettävät mittarit voisivat liittyä muun muassa käyttöönoton onnistumiseen, koulutuksiin, sovelluskehitykseen, integraatioihin ja vaikutustenarviointiin. Toimintamallin arvioinnissa tulee huomioida myös eettiset kysymykset ikäpalveluiden asiakkaiden hyvän elämän edellytysten näkökulmasta. Varmistetaan, että käyttöönotetut toimintamallit tukevat ikäihmisten yksilöllisiä tarpeita ja edistää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä palveluiden toteutuksen osana.

Hankkeessa toteutetut toimintamallit ovat onnistuneesti luoneet vahvan perustan digitalisaation edistämiseksi, tukien laadukkaan palvelun toteuttamista hyvinvointialueen ikäpalveluiden asiakkaille, omaishoitajille sekä läheisille.

### **3.1.3. Toimintamalli 3: Gillie.AI tekoälyn ja IoT-alustan laajennus, teknologian käyttöönottomalli**

**Aluetavoite:** 1. Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä

**Toimintamalli:**

Gillie.ai IoT-alustan käyttöönoton ja laajennuksen toimintamalli keskittyy erillisjärjestelmien integraatioon ja teknologian hyödyntämisen laajentamiseen kotihoidossa. Toimintatavassa korostetaan robotiikan ja keinoälyn jatkuvaa käyttöä asiakkaiden terveydentilan seurannassa ja hoidon tarpeen ennakkoinnissa. Lisäksi painotetaan Gillie.AI herätteiden käyttöönoton laajentamista ja yhtenäisten toimintamallien kehittämistä kotihoidossa. Hankeaikana toteutettu toimintamalli luo vankan perustan teknologian käyttöönotoille, tuoden konkreettisia etuja sekä asiakkaille että ammattilaisille. Hankkeen aikana käyttöönotettu laajennettu Gillie.AI virtuaalihoitajan herätteiden toteutusten vaikutukset ja arviointi osoittavat, että toimintamallin avulla voidaan parantaa merkittävästi asiakkaiden hyvinvointia, ikäpalveluiden tehokkuutta ja palvelun laatua.

Gillie.AI IoT-alustan tekninen käyttöönotto on toteutettu edellisten hankkeiden aikana ja nykyisellään järjestelmä tarjoaa turvahälytystiedot ja ennakoivaa tietoa asiakkaiden voinnista ammattilaisten päätöksenteon tueksi. Tämä auttaa ammattilaisia ja johtoa suunnittelemaan asiakkaille tarpeenmukaisia palveluita. Teknisen käyttöönoton aikana suunniteltiin myös integraatiot muihin järjestelmiin, jotta voitaisiin luoda yhtenäinen tietokokonaisuus ikäpalveluiden järjestämiseen ja maakunnalliseen kehittämistyöhön. Hankkeen aikana toteutettiin suunnitellut integraatiot Lifecare-potilastieto- ja RAI-arviointijärjestelmään. Turvapuhelinhälytystietojen integrointia Gillie.AI:n laajennettiin myös K2-turvapalvelun osalta.

Hankkeen aikana suoritettiin pilottivaihe Gillie.AI:n yhtenäisten toimintamallien, prosessien ja työhöjeiden jatkosuunnittelun ja käyttöönoton parissa. Tämä tapahtui yhteistyössä Suupohjan kotihoidon henkilöstön ja johdon kanssa. Pilotin tavoitteena oli edistää tulevia HVA-käyttöönottoja ja tukea yhtenäistä päätöksentekoa yhdessä Gillien, koordinaatiotyöryhmän ja ikäpalvelun johdon kanssa.

Pilotoinnin aikana suunniteltiin ja toteutettiin teknologian käyttöönottomalli hyvinvointialueen ikäpalveluiden tulevia käyttöönottoja edistäen. Tuotantokäyttö Gillie.AI virtuaalihoitajan laajennuksen osalta alkoi Suupohjassa 2022. Tavoitteena oli laajentaa Gillie.AI:n herätteiden käyttöä ja tuottaa käyttöönoton materiaalipaketti hyödynnettäväksi tulevissa käyttöönotoissa. Pilotoinnin lopputuloksena syntyi Gillie.AI laajennuksen jalkautussuunnitelma, sovelluskehitystyö herätteille, käyttäjäkoulutukset ja loppuyhteenveto pilotoinnista.

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

Gillie.AI IoT-alustan tuotantokäytössä ikäpalveluiden asiakkaat hyötyvät yksilöllisestä ja ennakoivasta terveys- ja hyvinvointitiedon systemaattisesta käytöstä. Teknologian käyttö mahdollistaa varhaisen hoidon tarpeen ennakoinnin, parantaen asiakkaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia. Toimintamalli tukee yksilöllisten tarpeiden huomioimista tehokkaasti ja tarjoaa ikäpalveluiden ammattilaisille työkalun asiakkaiden tilan seurantaan, muutosten ennakoimiseen ja hoidon toteutuksen suunnitteluun. Hankkeen tulokset vaikuttavat positiivisesti palvelujen laatuun ja yhtenäisyyteen. Gillie.AI:n virtuaalihoitajan antama tuki on myös merkittävä ammattilaisille, sillä se auttaa käytännön hoitotyön suunnittelussa, edistäen näin palveluiden tehokasta ja yksilöllistä toteutusta. Gillie.AI:n käytön laajennus koko HVA kotihoitoihin toteutetaan vuoden 2024 aikana, ja teknologian käyttöönottomalli on suunniteltu otettavaksi pysyvään käyttöön hankkeen päättymisen jälkeen.

### **Toimintamallin arviointi:**

Toimintamallin vaikutukset on kattavasti arvioitu Gillie.AI:n teknisen käyttöönoton aikana. Ammattilaisten aktiivinen osallistuminen järjestelmän kehitystyöhön on varmistanut Gillie.AI:n herätteiden asianmukaisen käytön asiakkaiden tilan seurannassa, mikä on parantanut palvelun yksilöllistä tukea ja laadun parantumista sekä edistänyt kustannussäästöjä. Yhteistyö ammattilaisten ja ohjelmistotoimittajan välillä on taannut teknologian optimaalisen hyödyntämisen. Arvioinnissa on erityisesti kiinnitetty huomiota eettisiin näkökohtiin, jotka liittyvät hyvän elämän edellytyksiin. Toimintamallin kehitystyössä on otettu huomioon monialaisuus sekä asiakas- että teknologian näkökulmasta. Käyttöönoton pilotointi ja mallinnus on saatu päätökseen, ja toimintamalli on nyt valmis laajamittaiseen käyttöönottoon. Gillie.AI toiminnallisuuksien laajentuessa tulee käytön vaikutuksia ja vaikuttavuutta selvittää säännöllisesti systemaattisten arviointien ja käyttäjäpalauteanalyysien avulla, jotta varmistetaan järjestelmän jatkuva tehokkuus, käyttäjätyytyväisyys sekä mahdollisuudet jatkuvaan parantamiseen.



### **3.1.4. Toimintamalli 4: Kotihoitojen toiminnanohjausjärjestelmien konsolidointi ja hankinta. Laajennuksen suunnittelu ja toteutus.**

**Aluetavoite:** 1. Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä

#### **Toimintamalli:**

Hankkeessa toteutettiin yhtenäisen kotihoidon toiminnanohjaus- ja optimointijärjestelmän kilpailutuksen määrittely ja hankinnan toteutuksen edistäminen hyvinvointialueelle. Ensimmäisenä vaiheena suoritettiin selvitystyö nykyisistä sopimuksista ja laajennusmahdollisuuksista, mukaan lukien nykyiset Hilikka- ja NurseBuddy-järjestelmät. Kotihoidon toiminnanohjausjärjestelmän kilpailutukseen päädyttiin ikäpalvelujohdon toimesta, jossa kilpailutuskumppanina toimii NHG. Kilpailutusprosessi sisälsi johdon ja ammattilaisten haastattelut, vaatimusmäärittelyn yhteistyössä sote-ammattilaisten kanssa, sekä tietopyynnön ja toimittajakatselmuksen. Toiminta kattaa pitkäjänteisen prosessin, joka sisältää ammattilaisten käyttöön toteutetun yhtenäisen kotihoidon toiminnanohjaus- ja optimointijärjestelmän ja mobiilitoiminnot sekä toiminnan yhtenäistämisen ja laajennustyöt.

Hankinnassa hyödynnetään toimintälähtöistä kehittämistä, mikä tarkoittaa, että vaatimusmäärittely laaditaan yhteistyössä järjestelmän tulevien käyttäjien kanssa. Tämä aktiivinen yhteistyöprosessi varmistaa, että vaatimukset heijastavat käyttäjien todellisia tarpeita ja odotuksia. Toimintälähtöisen vaatimusmäärittelyn keskeisenä tavoitteena on edistää sujuvaa käyttöönottoa ja samalla luoda yhtenäisiä toimintatapoja. Tämä lähestymistapa varmistaa, että hankittava järjestelmä vastaa mahdollisimman tarkasti organisaation tarpeita ja että sen käyttöönotto sujuu kitkattomasti osana organisaation toimintaa.

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

Hankkeen toiminnan tulokset ja vaikuttavuus ilmenevät monipuolisesti. Yhtenäisen kotihoidon toiminnanohjaus- ja optimointijärjestelmän kilpailutuksen ja käyttöönoton ensisijaisena tuloksena on yhteneväisten palvelujen mahdollistaminen hyvinvointialueella, samalla tehostaen ammattilaisten työskentelyä kotihoidossa. Toimintamallien yhtenäistäminen luo selkeän kehyksen ammattilaisten työlle, helpottaen päivittäisten tehtävien suorittamista. Toimintälähtöinen vaatimusmäärittely varmistaa, että järjestelmä tukee ammattilaisten tarpeita ja edistää yhtenäisiä toimintatapoja. Yhteneväiset toimintatavat mahdollistavat tasapuoliset palvelut ikäpalveluiden asiakkaille kotihoidossa.

Kilpailutusprosessin jatkuessa on tärkeää arvioida, ovatko hankinnalle asetetut tavoitteet saavutettu. Mahdolliset poikkeamat tavoitteista voivat johtua monista tekijöistä, kuten teknisistä haasteista, resurssirajoituksista tai odottamattomista muutoksista toimintaympäristössä.

### **Toimintamallin arviointi:**

Toimintamallin arviointi keskittyy arvioimaan hankinnan onnistumista. Tärkeänä mittarina toimi toimintalähtöinen vaatimusmäärittely, joka laadittiin yhteistyössä järjestelmän tulevien käyttäjien kanssa. Hankinnan toteutumisen jälkeen arvioidaan, oliko valittu mittari toimiva ja miten hyvin se tuki hankinnan alkuperäisiä tavoitteita. Eettisiä kysymyksiä tarkastellaan hyvän elämän edellytysten näkökulmasta varmistaen, että uusi järjestelmä edistää asiakaslähtöistä ja eettisesti kestäväää toimintaa ikäpalveluissa. Arvioinnissa tulee esiin myös se, miten toimintamalli vaikutti käyttäjien arkeen ja mitä kehityskohteita voitaisiin tunnistaa tulevaisuudessa.

Hankkeessa on otettu laajasti huomioon eri toimialueet ja käyttäjien tarpeet. Tavoitteena on luoda yhtenäiset toimintatavat ja vaikuttava kotihoidon palvelujärjestelmä. Kilpailutuksen määrittelyvaihe on käynnissä vuonna 2023 ja hankinta jatkuu vuoteen 2024. Työ on käynnistynyt ja hyvinvointialueella odotetaan innolla uusien toimintamallien ja järjestelmän käyttöönottoa, joka tukee entistä paremmin alueen kotihoidon tarpeita. Arviointi ja kehitys jatkuvat hankinnan edetessä, varmistaen järjestelmän jatkuvan parantamisen ja vastaavuuden yhteisön tarpeisiin.

### **3.1.5. Toimintamalli 5: Ikäteknologian KATI-viitearkkitehtuuri ja EP HVA arkkitehtuurin hallintamalli**

**Aluetavoite:** 1. Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä

#### **Toimintamalli:**

Työn tavoitteena oli luoda kokonaiskuva Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen ikäihmisten kotiin vietävien palveluiden digitaalisista ratkaisuista ja tietojärjestelmistä sekä tarjota viitekehys niiden luokittelulle KATI-viitearkkitehtuurin mukaisesti. Menetelmä tunnistaa tarve- ja vaatimusperusteiset päällekkäisyydet ja mahdolliset puutteet. Hankkeen aikana toteutettu dokumentin tarkoituksena on myös toimia ohjekirjana ja perustana tulevaisuuden kehittämishankkeille, hankinnoille ja eri ammattiryhmien/yksiköiden välille hyvinvointialue-tasoisien digitaalisten ratkaisuiden tavoitteen tueksi.

Arkkitehtuurinäkökulmasta tarkasteltuna dokumentissa pyritään luomaan parempi ymmärrys siitä, mitä digitalisaatiolla tavoitellaan ikäihmisten palveluissa. Samalla analysoidaan, miten tietojärjestelmäratkaisut ja palvelut rakentavat verkostomaista rakennetta, jossa teknologia ja tieto integroidaan saumattomasti osaksi ikäihmisten palveluja. Dokumentissa tarkastellaan myös datan roolia ja sen linkittymistä kaikkiin palveluihin sekä pohditaan, miten teknologia, ratkaisujen verkostoituminen ja ekosysteemin toimijat luovat mahdollisuuksia prosessien uudistamiselle.

Lisäksi käsitellään, miten voidaan luopua päällekkäisistä ja vanhentuneista ratkaisuista, keskittyä toimintaa palveleviin ja kustannustehokkaisiin vaihtoehtoihin sekä selvittää, miten ratkaisujen tekninen integrointi toisiinsa ja toiminnallinen yhteensovittaminen parantavat palvelujen vaikuttavuutta. Näitä näkökulmia tarkastelemalla dokumentti pyrkii antamaan kattavan kuvan siitä, miten digitaaliset ratkaisut voivat optimoida ikäihmisten palveluita arkkitehtuurillisesta näkökulmasta.

Hallintamallin lähtökohtana oli luoda hallinnollinen kehys, joka ohjaa Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen ikäihmisten palveluiden digitaalisten ratkaisuiden ja tietojärjestelmien hallintaa yhdessä ikäihmisten arkkitehtuurin kanssa. Hallintamalli on päätöksenteon rakenne ja joukko operatiivisia prosesseja, jolla tarkoitetaan toiminta- ja ohjausmallia sekä tähän liittyviä organisatorisia rakenteita. Hallintamalli kuvaa Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen ikäihmisten palveluiden digitaalisten ratkaisuiden menettelytavat ja käytännöt, joilla eri osa-alueita johdetaan, kehitetään, hyödynnetään ja ylläpidetään.

Hallintamallissa määritellään ikäihmisten palveluiden digitaalisten ratkaisuiden ja tietojärjestelmien hallinnan rooleja, vastuita ja käytäntöjä. Hallintamallia täydennetään tarpeen mukaan erilaisilla ohjeilla ja käytännöillä. Hallintamallin toteutus tehdään vuoden 2024 aikana hyvinvointialueen tietohallintopalveluissa. Ikäihmisten palveluiden digitaalisten ratkaisuiden ja tietojärjestelmien arkkitehtuuri edellyttämien kehittämistehtävien kustannustehokas toimeenpano edellyttää hyvää arkkitehtuurin hallintamallia. Hallintamallissa määritellään digiratkaisujen kustannuksien ja hyötyjen arvioiminen, ratkaisujen elinkaari, hallinnan roolit ja vastuut. Hallintamalli ottaa huomioon myös yhteisiä kansallisia palveluja kehittävät hankkeet sekä investoinnit. Hallintamallin toteutus ikäpalveluissa toteutuu osana tietohallintopalveluiden kokonaisarkkitehtuurin hallintamallia ja yhtenäisiä hyvinvointialueen kehitystyön toimintamalleja.

**Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus sekä arviointi:**

Ikäpalveluiden arkkitehtuurityö on alkuvaiheessa ja toteutuu tulevien vuosien aikana Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella. Toteutuksessa huomioidaan myös kansallisen tason ikäteknologiayhteistyön tuomat muutokset. Tulevina vuosina voimme laajasti vaikuttaa tuloksiin ja vaikuttavuuteen sekä tietohallintopalveluiden kattavassa toteutuksessa että noudattamalla kansallisia ikäteknologian arkkitehtuurille asettamia toteutuksen tavoitteita.

## **3.2. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä -toimintamallit**

### **3.2.1. Toimintamalli 6: Keskitetty kotiuttamisen malli, kotiutuskoordinaattori**

**Aluetavoite:** 3. Kotihoidon prosessit ovat yhteneväiset ja tiedolla johtamisen välineitä hyödynnetään suunnitelmallisesti ja systemaattisesti

#### **Toimintamalli:**

Kotiutuskoordinaattorimalli. Keskitetty kotiutus ja keskitetty kotiutusnumero, yhden numeron periaate, on tarkoitettu viranomaiskäyttöön. Numeroon ei voi soittaa asiakkaat tai läheiset. Mallin tarkoituksena on turvata asiakkaan tiedonkulku siirryttäessä eri palveluiden välillä. Tavoitteena on selkeyttää sidosryhmien yhteydenottoa kotihoitoon, turvata mallin avulla asiakkaan tasalaatuinen kotiuttaminen ja koota asiakastilanteesta reaaliaikainen tilannetieto kotihoitoon. Toimintamallin avulla saavutetaan kokonaiskuva asiakastilanteesta koko alueella keskinen, eteläinen ja pohjoinen tasolla. Kokonaiskuvan avulla asiakkuuksien aloituksia ja siirtoja voidaan suunnitella tehokkaasti ja reaaliaikaiseen tietoon perustuen. Kotiutuskoordinaattori -malli palvelee laajasti ammattilaisia, joille toimintamalli näyttäytyy helppona yhteydenottona yhden numeron periaatteen vuoksi. Malli tukee yli hallintokuntien tuotettavien palveluiden yhteydenoton tapaa kotihoitoon. Malli lisää tasalaatuisuutta kotiuttamisen sisältöön ja raportointiin, kun kotiuttamisessa on ennalta selvitetty asiakkaan hoitoon liittyvät tarpeelliset tiedot monipuolisesti. Malli lisää laadukasta yhteistyötä eri toimijoiden välillä ja vakiinnuttaa kotiuttamisen laatutyötä sekä tuo palveluketjuun jatkuvuutta.

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

Mallin avulla saavutetaan seuraavia vaikutuksia:

1. Toimintamallin avulla saavutetaan kokonaiskuva maakunnan asiakastilanteesta keskinen, eteläinen ja pohjoinen alueella.
2. Kokonaiskuvan avulla asiakkuuksien aloituksia ja siirtoja voidaan suunnitella tehokkaasti ja reaaliaikaiseen tietoon perustuen. Kokonaiskuvan hallinta on erityisen tärkeää sellaisessa tilanteessa, jossa asiakkaita odottaa palveluiden aloitusta eri paikoissa ja erilaisissa tilanteissa esim. kotona tai sairaalassa tai omaishoidon tilanteessa.

3. Mallin avulla sujuvoitetaan kotiuttavien sidosryhmien yhteydenottoa kotihoitoon yhden numeron periaatteen avulla

4. Keskitetyn kotiutuksen tavoitteena on sujuvoittaa asiakkaan kotiutumista ja lisätä kotiutuksiin tasalaatuisuutta ja näin edelleen turvata asiakasturvallisuutta asiakkaan vaihtaessa palvelusta toiseen.

5. Kotiutuskoordinaattori helpottaa sidosryhmien yhteydenottoa kotihoitoon koska asiakkaat kotiutuvat kotiin ympäri maakuntaa. Sidosryhmien ei tarvitse tietää tarkalleen asiakkaan kotihoitoa tai tiimiä vaan työntekijä ottaa yhteyden alueen kotiutuskoordinaattoriin (eteläinen, pohjoinen ja keskinen). Tällöin toteutuu yhden numeron periaate.

Toimintamallin osalta tavoitteisiin on päästy. Toimintamallin on laajentunut koko maakuntaan syyskuussa 2023. Haasteitakin on ollut matkan varrella. Resurssien irrottaminen sekä budjetoinnin avoimet kysymykset ovat vieneet aikaa. Elokuun 2023 aikana on saatu rekrytoitua henkilöt. He toimivat osana IkäKoti-hanketta vuoden 2023 loppuun saakka määräaikaisena. Tavoitteena on, että toimintamalli jatkuu. Kokonaisuuden toimiminen koko maakunnan alueella suunnitelman mukaan vie aikaa yli hankkeen. Kotiutumisen tuen tiimien perustaminen vie aikaa sekä SBM-ohjelman laajentaminen etenee vaiheittain.

Toimintamallia pilotoidaan vuoden 2023 loppuun saakka. Malli on tarkoitus juurruttaa koko alueelle pysyväksi toiminnaksi. Pilotoinnin aikana on tavoitteena parantaa mallia. Malli kehittyy edelleen, kun alueille saadaan käynnistettyä kotiutumisen tuen tiimit ja SBM:n järjestelmän käyttö laajenee.

### **Toimintamallin arviointi:**

Toimintamallin vaikutuksia ja vaikuttavuutta on mitattu pohjoisen ja eteläisen alueen osalta eri tavalla ja riippuen työntekijästä. Johtajien mukaan mittaaminen aloitetaan, kun SBM otetaan kotiutuskoordinaattorille käyttöön. Toimintamallin avulla turvataan asiakkaan laadukas kotiutuminen nykyistä paremmin sekä turvataan tiedonkulku asiakkaan siirtyessä palvelusta toiseen

### 3.2.2. Toimintamalli 7: Kotihoidon kotiutusprosessit

**Aluetavoite:** 3. Kotihoidon prosessit ovat yhteneväiset ja tiedolla johtamisen välineitä hyödynnetään suunnitelmallisesti ja systemaattisesti

#### **Toimintamalli:**

Yhdenmukaiset palveluihin pääsyn prosessit asiakkaille. Avataan näkyväksi kotihoidon asiakkuuksien kotiutusprosessit, jotka luodaan sopimaan ikääntyvien palveluiden, uuden organisaation mukaiseen, kuntoutusta tukevaan toimintaan. Ikääntyvien palveluissa on 1.1.23 perustettu uusi toimintakyyntien palvelut, johon siirretään kotihoidon alueilta kotiutumisen tuen palvelut (mm. entiset kotiutustiimit, kotikuntoutustiimit). Kotiutumisen tuen tiimin kautta suurin osa asiakkuuksista kotiutetaan ja arvioidaan. On kuitenkin asiakasryhmiä, jotka siirtyvät suoraan kotihoitoon. Nämä asiakasryhmät on nyt määritelty ja näiden asiakkaiden asiakasprosessit avattu.

Yhtenäistetään toimintamallit hyvinvointialueella ohjaamaan ja sujuvoittamaan ammattilaisten työtä. Prosessissa on huomioitu jo etupainotteisesti SBM ja RAI:n merkitys, jotka ovat tärkeitä asiakastiedon turvallisessa siirtämisessä, arvioinnissa, seurannassa sekä kehittämisessä.

Toimintamallissa on avattu ja määritelty ammattilaisten roolit ja vastuut, jolloin myös asiakastiedon siirtyminen reaaliaikaisesti on turvattu ja samalla turvattu asiakkaan tiedon siirto asiakkaan siirtyessä palvelusta toiseen.

Toimintamallissa on määritelty asiakasryhmät, joiden palvelut aloitetaan suoraan kotihoidon tiimeissä eikä heidän palveluitansa aloiteta kotiutumisen tuen tiimin toimesta. Nämä kotihoidon tiimiin suoraan siirtyvät asiakasryhmät ovat: Palveluseteliasiakkaat, jotka haluavat vaihtaa omaan tuotantoon, tilapäinen asiakas, sairaalasta kotiutuva vanha asiakas, ellei tarvitse lisää palveluita eikä yksikkö paikkaa, kotiutuksen tuen tiimin ruuhkatilanteissa asiakkuus voidaan siirtää poikkeuksellisesti suoraan kotihoidon tiimiin, puhutaan ns. "ylivuototilanteesta". Tarvittaessa, riippuen asiakasryhmästä, asiakkaan arviointijakso toteutetaan kotihoidossa. Näihin tilanteisiin on luotu asiakasprosessit erikseen.

Mallissa on määritelty asiakasryhmät, jotka kotiutuvat suoraan kotihoitoon ilman kotiutumisen tuen tiimiä. Näitä asiakasryhmiä tulee käytännössä arvioida ovatko heidän asiakaspolkunsu tarkoituksenmukaisia. Etenkin tilapäisasiakkaan polkua tulee arvioida siitä näkökulmasta, onko palvelut viisainta hoitaa säännöllisen kotihoidon puolella vai kotiuttamisen tuen tiimissä. Tämä käytännössä kokeiltava ja arvioita.

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

Toimintamallien tavoitteena on lisätä virtaustehokkuutta kotiuttamiseen, selkiyttää eri toimijoiden roolit ja työnjako sekä turvata asiakkaan turvallinen tiedonsiirto. Lisäksi parannetaan asiakkaiden palveluiden tietopohjaa ja voidaan seurata palvelun laatua ja vaikuttavuutta.

Toimintamallia kehitettäessä ja palvelumuotoilun edetessä on pystytty seikkaperäisesti pohtimaan kriittisiä kohtia asiakkaan palvelupolulla.

Toimintamallia/polkuja käytetään alueella porrastetusti ja soveltuvin osin. Keskisellä alueella malli toimii suunnitellusti, joskin SBM laajentumista edelleen odotetaan vielä kotiutumisen tuen tiimistä kotihoitoon. Laajentuminen tapahtuu, kun ohjelmaa päästään kehittämään toimittajan kanssa. Se miksi koko alueella ei ole malli samanlaisena käytössä, siihen vaikuttaa useampi asia. Koko hyvinvointialueella ei toimi kotiutumisen tuen tiimit ja tämän vuoksi asiakkaan polku ei kulje täysin vielä prosessin mukaisesti. SBM asiakkuussovellus on käytössä vasta keskisellä alueella. Sovellusta testataan, kun se saadaan toimimaan sujuvasti, sovelluksen käyttöä laajennetaan.

Toimintamalli otetaan hankkeen päättymisen jälkeen käyttöön. Asiakasprosessit otetaan käyttöön sitä mukaan, kun kotiutumisen tuen tiimit rakentuvat alueelle ja SBM laajenee.

### **Toimintamallin arviointi**

Toimintamallien tavoitteena on lisätä virtaustehokkuutta kotiuttamiseen, selkiyttää eri toimijoiden roolit ja työnjako sekä asiakkaan turvallinen tiedonsiirto. Lisäksi voidaan parantaa asiakkaiden palveluiden tietopohjaa ja seurata palvelun laatua ja vaikuttavuutta. Toiminnan alkaessa syksyllä 2023 järjestettiin viikoittaiset palaverit. Palavereita on harvennettu siten, että niitä järjestetään Teamsin kautta kahdesti kuukaudessa. Toiminnan vaikutuksia ei ole vielä mitattu, kun tiedon kerääminen tapahtuu pääsääntöisesti tukkimiehenkirjanpidolla. Kun SBM ohjelma otetaan käyttöön, niin siitä saadaan valmiita tilastoja. Palveluita odottavia asiakkaita seurataan manuaalisesti. Mittaamisen tarpeellisuudesta oltiin eri mieltä.

Asiakkaan näkökulmasta asiakas saadaan palveluiden piiriin niin sujuvasti kuin se on mahdollista huomioiden alueen palvelut. Yhdenvertaisuus toteutuu, kun hyvinvointialueella toimii yhdenvertaiset palvelut. Asiakkaalle palveluihin pääsy näyttäytyy samana riippumatta siitä missä hän asuu.



### 3.2.3. Toimintamalli 8: Kotiutumisen tuen tiimin yksiköt

**Aluetavoite:** 5.Kotona asuvat iäkkäät saavat kuntoutusta oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa

**Toimintamalli:**

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue on jaettu kolmeen alueeseen; pohjoinen, keskinen ja eteläinen. Aiemmin alueella ollut käytössä useita toimintamalleja ikäihmisten kotona asumista tukevissa palveluissa, mm. kotikuntoutustiimejä ja kotiuttamistiimejä, joiden toimintamallit eivät ole olleet yhteneväisiä eikä palvelu ole ollut tasalaatuista. Toiminta tällaisenaan ei ole tuottanut riittävää hyötyä koko hyvinvointialueen ikäihmisille.

Ikäkotitoiminnan aikana on perustettu kotiutumisen tuen tiimejä, joita toimii tällä hetkellä hyvinvointialueen kaikilla kolmella alueella. Toiminta ei kuitenkaan kata vielä kaikkia alueiden osia pohjoisella, keskisellä kuin eteläiselläkään alueella. Suunnitelmia on edelleen käynnissä. Seuraavien uusien tiimien aloitukset sijoittuvat vuoden 2024 alkupuoliskolle. Tuolloin pohjoisen alueen Järviseuutu on saamassa oman tiimin kuin myös Suupohjan alue eteläisellä alueella.

Lyhytaikaisia kuntouttavia arviointi- ja vuorohoitopaikkoja on luotu koko hyvinvointialuetta silmällä pitäen. Lyhytaikaispaikkoja on saatu käyttöön, kun yksiköiden sisällä on tehty muutoksia; on muutettu vuorohoitopaikkoja lyhytaikaisiksi kuntouttaviksi arviointipaikoiksi. Hyvinvointialueen vuorohoitoyksiköistä yhtä muutetaan haastavasti käytöshäiriöisten muistisairaiden ikäihmisten lyhytaikaisyksiköksi siten, että se olisi koko hyvinvointialueen käytössä.

Kotiutumisen tuen tiimeillä ja yksiköissä otetaan parhaillaan käyttöön päivitettyjä arkikuntoutuksen ja tehostetun kotikuntoutuksen malleja. Näiden avulla kuntoutusta saadaan tehokkaammaksi ja nopeammin toteutettavaksi. Tämä mahdollistaa osaltaan asiakkaille entistä aikaisemmat ja onnistuneemmat kotiutukset sekä kotona pärjäämisen. Kinestetikka on keskeisellä sijalla koko ikäihmisen kuntoutus- ja asiakasprosessin ajan.

Asiakkaan tullessa kotiutumisen tuen tiimille, aloitetaan hänelle 1–28 vuorokauden kestävä arviointijakso. Arviointijakson aikana hänelle tehdään erikseen ohjeistettuja toimintakyvyn testauksia sekä RAI-arviointi yhteisesti sovittujen käytäntöjen mukaisesti. Asiakkaan voinnista ja toimintakyvystä tehdään tarkat, kuvailevat kirjaukset. Jakson aikana voi käydä ilmi, etteivät kotihoidon myöntämisen perusteet täyty ja palvelut päättyvät siltä osin. Tavallisin vaihtoehto on kuitenkin, että asiakas siirtyy kotihoidon asiakkaaksi. Mahdollista on myös siirtyminen palvelusetelille tai ostopalveluun.

Asiakkaan tullessa lyhytaikaiselle kuntouttavalle arviointipaikalla yksikköön, hänelle asetetaan kolmen vuorokauden seurantajakso ja sen jälkeen tehdään RAI-arviointi sovituin osin.

Totuudenmukaisen tuloksen saaminen edellyttää tiivistä seuranta ja kuvailevaa kirjaamista sekä muutoksien havainnointia toimintakyvyssä.

Yhteneväisten mallien käyttöönotto hyvinvointialueella tekee ammattilaisten työskentelystä yhteneväisempää. Työntekijän on tarvittaessa helpompaa siirtyä alueen sisällä tiimistä tai yksiköstä toiseen, kun on yhteisesti sovitut toimintamallit käytössä. Työn vaatavuustaso verrattuna kotihoidon toimintaan lisää haastetta ja nostaa osaamisvaatimuksia ja vahvistaa siten osaltaan veto- ja pitovoimaa.

Kotiutumisen tuen tiimien ja yksiköiden toimintamalleja on käytössä hyvinvointialueella useissa paikoissa. Käyttöönoton on tarkoitus levitä koko alueelle vuoden 2024 aikana. SBM-ohjelma tulee helpottamaan tiedonsiirtoa asiakkaiden liikkua palvelujen välillä. Sen käyttöönottoa laajennetaan suunnitelmallisesti koko alueelle.

### **Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus / arviointi:**

Kotiutumisen tuen tiimien ja lyhytaikaisten kuntouttavien yksikköpaikkojen myötä ikäihmisten omassa kodissa asuminen mahdollistuu entistä pidempään. Palvelujen laadun näkökulmasta asiakkaiden saama palvelu on kehittymässä yhdenvertaiseksi koko alueella. Kotiutukset aikaistuvat ja asiakkaiden sairaalajaksot vähenevät/lyhenevät, kun kotiin pystytään antamaan entistä vahvempi kuntoutumisen ja sairaanhoidon tuki. Tehokkaan kuntoutuksen ansiosta asiakas voi pärjätä jatkossa entistä kevyemmin palveluin tai palvelujen tarve voi loppua kokonaan.

Kun koko alueella on samansuuntaiset palvelut kotiutumisen tuen tiimeillä ja yksiköissä, voidaan asiakaspaikkoja ja henkilökuntaa hyödyntää entistä laajemmin ja tehokkaammin. Erittäin tärkeää on, että malli lisää yhteistyötä kotiin annettavien palvelujen, asiakasohjauksen, vuodeosastojen, omaisten ym. toimijoiden välillä.

Tavoitteisiin on päästy jo pitkälti, määrätietoisella työllä ja hyvällä suunnittelulla. Haasteen aiheuttaa useista vanhoista toimintamalleista irti pääseminen ja siihen liittyen työntekijöiden asenteet. Resurssipula työntekijöistä ja kiristynvä talous näyttäytyy myös hidastavasti. Toiminnan vaikuttavuutta voidaan mitata tarkastelemalla sairaalaosastojen käyttöastetta, osastojaksojen pituuksia jne. Vaikuttavuutta saadaan esiin, kun verrataan saatuja lukuja kotiutumisen tuen tiimien ja yksikköpaikkojen käyttölukuihin.

Kotona asuvat iäkkäät saavat kuntoutusta asiakaslähtöisesti oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa; kotona tai lyhytaikaisessa kuntouttavassa yksikössä. Palvelu on laadukasta ja tasalaatuista. Yhtenäinen kotiutumisen tuen tiimien ja kuntouttavien lyhytaikaisyksiköiden malli on käytössä koko hyvinvointialueella.

### 3.2.4. Toimintamalli 9: Kotiutumisen tuen tiimien ja yksiköiden asiakaspolut

**Aluetavoite:** 5. Kotona asuvat iäkkäät saavat kuntoutusta oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa

**Toimintamalli:**

Mallilla on runsaasti yhdyspintaa kotihoidon, asiakasohjauksen, sairaalaosastojen ja yksityisten palveluntuottajien kanssa. Tästä syystä asiakaspolkuja on rakennettu kokonaisvaltaisesti sekä ammattilaisista että esihenkilöistä ja ikäpalvelujohdosta koostuvilla työryhmillä. Suunnittelussa huomattiin tärkeäksi mieltää myös eri ammattiryhmien (fysioterapeutit, geronomit, sairaanhoitajat ja lähihoitajat) toimenkuvat yhteneväisiksi koko hyvinvointialueella. Tämä tulee näyttäytymään työskentelyn ja työtehtävien selkeytenä. Työntekijän on entistä helpompi siirtyä tarvittaessa työskentelemään alueen eri osiin. Osaltaan tämä järjestely lisää myös veto- ja pitovoimaa kautta koko hyvinvointialueen. Kaikkien toimenkuvia ei saada valmiiksi hankkeen päättymiseen mennessä.

Mallissa on luotu polut käsittämään asiakasryhmät seuraavasti:

Tiimille tulevat asiakkaat

- Uusi asiakas kotoa
- Uusi asiakas sairaalasta
- Sairaalasta kotiutuva vanha asiakas merkittävästi lisääntynein palveluin
- Tehostetun kotikuntoutuksen asiakas (kotiutumisen tuen tiimi)
- Lyhytaikaiselle, kuntouttavalle arviointipaikalle tuleva asiakas

Tiimiltä lähtevät asiakkaat

- Kotiutumisen tuen tiimiltä siirtyvä asiakas – ei palvelujen tarvetta
- Kotiutumisen tuen tiimiltä ostopalveluun siirtyvä asiakas
- Kotiutumisen tuen tiimiltä palvelusetelille siirtyvä asiakas – uusi asiakas kotoa
- Kotiutumisen tuen tiimiltä palvelusetelille siirtyvä asiakas – uusi asiakas sairaalasta
- Kotiutumisen tuen tiimiltä kotihoitoon siirtyvä asiakas

Polkujen myötä asiakkaat saavat tasalaatuista ja yksilöllistä hoito- ja kuntoutussuunnitelmansa mukaista palvelua oikea-aikaisesti ja riippumatta asuinpaikastaan hyvinvointialueella. Asioiden oikea-aikaisuus, mm. hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatiminen/päivittäminen, RAI-arvioinnit ja palvelutarpeen arviointi on mietitty tarkasti polkuihin. Kotiutuskoordinaattorien toiminnan

aloitus hyvinvointialueen pohjoiselle ja eteläiselle alueelle (keskisellä alueella toiminut jo aiemmin) on osaltaan tuonut järjestelmällisyyttä asiakaspolkuihin ja sitä kautta kotiuttamiseen.

Tavoitteisiin on osittain päästy. Asiakaspolut valmistuivat kokonaisuutena vasta hankkeen loppumetreillä. Jalkautus on vielä keskeneräistä, mutta se jatkuu. (muutamilta alueen osilta puuttuvat vielä kotiutumisen tuen tiimit ja yksikköpaikat) Mallit halutaan käyttöön alkuperäisen suunnitelman mukaisesti koko hyvinvointialueelle.

Tarkasteltaessa kotona asuvien asiakkaiden saaman kuntoutuksen oikea-aikaisuutta, voidaan olla tyytyväisiä sen toteutukseen. Arkikuntoutuksen ja tehostetun kotikuntoutuksen mallien päivitys ja osittain uudelleen rakentaminen ja läpikäyminen on vaikuttanut tavoitteen saavuttamiseen positiivisesti.

### **Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus sekä arviointi:**

Asiakaspolkujen toimivuutta ja tehokkuutta on mitattu vuodeosastopaikkojen käyttöasteella, sairaalajaksojen pituudella ja kotiutumisen tuen tiimien käyntitilastoilla ja asiakasmäärillä. RAI-arviointi ja muut määritellyt testit, esim. SBBP ovat suunnitellusti mukana prosessien eri vaiheissa. Näistä on suuri hyöty vaikuttavuuden ja tulosten mittaamisessa. Myöhemmin on tarkoitus kerätä asiakaspalautetta esim. määräajoin tapahtuvilla asiakaskyselyillä.

### **3.2.5. Toimintamalli 10: Arkikuntoutus ja tehostettu kotikuntoutus kotiutumisen tuen tiimeillä, yksiköissä ja kotihoidossa**

**Aluetavoite:** 5. Kotona asuvat iäkkäät saavat kuntoutusta oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa

#### **Toimintamalli:**

Kotikuntoutuksen mallit on laadittu asiakkaan oikea-aikaiseen ja mahdollisimman tehokkaaseen kuntoutukseen ikäihmisen omassa kodissa.

#### **Arkikuntoutus**

Arkikuntoutusmallin toteutus lähtee asiakkaasta itsestään ja hänen läheisistään sekä kaikista häntä hoitavista ja kuntouttavista ammattilaisista. Kuntouttava toimintatapa on vahvassa roolissa. Arkikuntoutusmallissa asiakkaan tilanne arvioidaan ja toimintakykyä testataan sopivilla mittareilla mm. RAI, SBBP+muut tarpeelliset testit. Asukkaan apuvälinetarpeet kartoitetaan, kotiympäristöä muokataan tarvittaessa ja tehdään mahdolliset asunnon muutostyöt arkiaskareiden mahdollistamiseksi. Arvioinnin pohjalta asiakkaalle laaditaan moniammatillisesti

hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Konkreettisille arkitoimille asetetaan tavoitteet ja nimetään keinot niiden saavuttamiseksi. Arkikuntoutus perustuu moniammatillisuuteen ja on asiakaslähtöistä. Hoitajat toteuttavat kuntouttavaa toimintatapaa. Arkikuntoutusta seurataan ja siitä kirjataan kuvailevasti. Asiakassuunnitelmaa päivitetään toimintakyvyn muuttuessa tai ½ vuoden välein.

### **Tehostettu kotikuntoutus**

Tehostetun kotikuntoutuksen tavoitteena on toimintakyvyn edistäminen. Toimintakyvyn palautuminen entiselle tai paremmalle tasolle kuin se oli ennen toimintakyvyn heikentymistä. Tehostettu kotikuntoutus edistää asiakkaan toimintakykyä ja tukee kotona asumista asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Vahvistaa asiakkaan toimijuutta omassa elämässään.

Tehostettu kotikuntoutus aloitetaan, kun asiakkaan toimintakyky on hiljattain tai äkillisesti laskenut. Varmistetaan, että tehostetun kotikuntoutusjakson myöntämisperusteet täyttyvät. Arvioinnin ja suunnittelun jälkeen aloitetaan tehostettu kotikuntoutusjakso moniammatillisella yhteistyöllä ja viikottaisilla fysioterapeutin käynneillä. Asiakkaan tilannetta kartoitetaan RAI-arvioinnilla ja toimintakykyä mm. SBBP-testillä. Lisäksi selvitetään apuvälinetarve ja asunnon muutostyöt sekä arjen sujuminen elämän eri toiminnoissa. Asetetaan kuntoutumisen tavoitteet ja keinot niihin pääsemiseksi. Näiden pohjalta laaditaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Asiakassuunnitelmaan ja digitaaliseen toiminnanohjausjärjestelmään kirjataan tavoitteet ja keinot. Lisäksi keinot ja tavoitteet laitetaan esille asiakkaan arjessa.

Tärkeää on jatkuva seuranta ja arviointi sekä kuvaileva kirjaaminen koko kuntoutusjakson ajan. Tarvittaessa tehdään väliarviointeja. Jakson kestoksi määritellään 1-8 viikkoa. Loppuarvioinnissa tehdään samat testit kuin alussa.

### **Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus / arviointi:**

Arkikuntoutuksen vaikuttavuus on hyvin yksilöllistä. Tuloksia ei raportoida laajasti. Arkikuntoutukseen liittyvää kinestetiikan käyttöä on seurattu ja siitä on tehty kyselyä. Kinestetiikan toteutumista on tarkasteltu alueella. Asiakkaan kokema hyöty mitataan tarkastelemalla asiakkaan asettamien tavoitteiden täyttymistä. Tehostetun kotikuntoutuksen vaikuttavuutta saadaan esille tarkastelemalla alku- ja loppumittausten tuloksia. Tulosten perusteella nähdään, onko kotikuntoutuksella ollut vaikuttavuutta asiakkaan toimintakykyyn ja/tai itsenäiseen asumiseen.

### **3.2.6. Toimintamalli 11: Vapaaehtoistoiminnan koordinaatiomalli kunnille**

**Aluetavoite:** 8. Ikäihmisille suunnattu vapaaehtoistoiminnan koordinaatiomalli toimii

#### **Toimintamalli:**

Vapaaehtoistoiminnan koordinaatiomalli on käytettävissä kunnissa, joissa suunnitellaan tai organisoidaan vapaaehtoistoimintaa. Hyvinvointialueiden aloittaessa kuntien rooli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä korostuu entisestään, kun korjaava puoli on siirtynyt hyvinvointialueelle. Vapaaehtoistoimintaa koordinoiva henkilö organisoii toimintaa kunnan toimintana, joka kohdistuu kotona asuviin ikääntyneisiin. Vapaaehtoistoiminnan muodot mukautuvat kuntien resurssien ja asukkaiden tarpeiden ja toiveiden mukaisesti. Hankkeen aikana ikääntyneiden tarpeita olivat sosiaalisten kontaktien lisääminen, yksinäisyyden kokemusten vähentäminen, turvallinen ulkoilu sekä saattaja-avun tarve kertaluonteisiin asiointeihin kuten mm. lääkäriin, kauppaan

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

Etelä-Pohjanmaalle on perustettu useita sosiaali- ja terveysalan järjestöjä kokoava Järjestötalo vuonna 1999, jäsenjärjestöjä on tällä 62. Alueella toimivissa järjestöissä ja yhdistyksissä tehdään paljon vapaaehtoisuustoimintaa. Alueelle on perustettu Järjestöneuvosto, jonka tehtävänä on toimia yhteistyöelimenä järjestöjen, kuntien ja hyvinvointialueen välillä. Vapaaehtoistoiminnan koordinaatiomallin puuttuessa on todennäköistä, että iso osa vapaaehtoistoiminnan mahdollisuuksista ja resursseista jää hyödyntämättä. Tässä hankkeessa oli tarkoitus luoda järjestöjen, kuntien, hyvinvointialueen ja vapaaehtoistoimijoiden yhteinen koordinaatiomalli ikäihmisten kotona asumisen tukemiseen.

Muut hankkeen aikana kehitetyt toimintamallit:

- Ystävätoiminta ikäihmisten parissa (Liite 1, dia X)
- Saattaja-apu vapaaehtoistoimintana (Liite 1, dia X)

Toimintamallin koordinaatiomallia ei aikataulusyistä päästy testaamaan hankkeen aikana. Lisäksi vapaaehtoistoiminnan osuudesta puuttui maakunnallinen työryhmä. Ystävätoiminta sekä saattaja-apu toimintamallit jatkuvat Järjestötalon alaisena toimintana.

Toimintamalli on vapaasti hyödynnettävissä Innokylästä.

### **Toimintamallin arviointi:**

Vapaaehtoistoiminnan asema ja paikka hyvinvointialueella ei vielä ole selkiytynyt. Vapaaehtoistoiminnan kehittämistä tulee jatkaa sekä pohtia miten sitä toteutetaan eri toimijoiden yhteistyönä. Lisäksi hankkeen aikana nousi esille tarve vapaaehtoistoiminnasta ikääntyneiden ympärivuorokautisessa asumisessa. Tämänkin toiminnan kehittäminen vaatii ja tarvitsee tulevaisuudessa suunnittelua ja organisointia ja vaatii oman paikkansa. Toiminnalle tuleekin olla nimetty työntekijä, joka organisoisi tätä osuutta.

### **3.2.7. Toimintamalli 12: Muistisairaahan palveluketju**

**Aluetavoite:** 6. Muistisairaiden palveluketju toimii ja palvelut ovat asiakaslähtöisiä

#### **Toimintamalli:**

Muistisairaahan palveluketjun avulla muistisairaath ja läheiset saavat yhtenäiset ja toimivat palvelut asuinkunnasta riippumatta ja heidän tietonsa ja tuen saantinsa lisääntyy. Alueen palveluketjua on selkiytetty ja toimintatapoja eri vaiheissa yhtenäistetty. Yhtenäiset työvälitteet ammattilaisten käyttöön mm. ohjausmateriaalit varmistavat yhtenäisen tiedonsaannin muistisairaille ja läheisille. Yhtenäiset toimintatavat vahvistavat yhteistyötä eri tahojen kesken ja asiakas saa tarvitsemansa palvelut. Muistisairaahan palveluketju lähtee liikkeelle aivoterveysten edistämisestä (FINGER-toimintamallista), jolla vähennetään muistisairaathun riskiä ja jolla edistetään ja ylläpidetään jo sairastuneiden aivoterveysttä. Palveluketju etenee aina elämän loppuvaiheeseen saakka antaen lisätietoa monesta eri teemasta.

Palveluketju on tehty sähköiselle alustalle. Palveluketjun jokainen osio on myös tulostettavissa missä tahansa vastaanotolla tai läheisen toimesta. Tällä varmistetaan yhtenäinen tiedonsaanti myös heille, joille ei sähköisen alustan käyttö ole mahdollista ja saavutettavissa. Rakenteellisesti palveluketjun jokaisesta osiosta avautuu ensin oma sivunsa asiakkaalle ja toiselta välilehdeltä sivu ammattilaisille. Palveluketjua voi käyttää ja hyödyntää kuka tahansa, osittain myös eri puolilta Suomea. Se on julkaistu myös Terveysportissa.

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

Muistisairaahan palveluketju toimii alueella ja palvelut ovat asiakaslähtöisiä. Pitkällä aikavälillä yhtenäisen palveluketjun myötä tiedon ja tuen saanti lisääntyy ja asuminen omassa kodissa onnistuu pidempään. Aivoterveysten edistäminen FINGER-toimintamallilla vähentää muistisairaathun riskiä ja lisää terveitä elinvuosia ja vähentää sairauskustannuksia. Lisäksi

esimerkiksi muistioireen tunnistaminen eri palveluissa lisääntyy ja mahdollinen diagnoosi saadaan ajoissa.

Muistisairaahan palveluketju on saatu tietoon ja käyttöön alueelle erityisesti kotona asumista tukeviin palveluihin. Muistisairaahan palveluketjua on juurrutettu/ koulutettu alueella erityisesti kotona asumista tukeviin palveluihin (mm. muistihoidajat, kotihoito). Koulutuksia on tarjottu lisäksi myös muille tahoille, kuten ympärivuorokautiseen palveluasumiseen, osastoille ja yksityisille tahoille. Lisäksi oltu mukana eri kokouksissa ja tilaisuuksissa, jossa palveluketjusta kerrottu. Juurruttamisen kohdalla haasteena on ollut hyvinvointialueelle siirtymiseen liittyvät kiireet. Koulutuksia on ollut haasteellista sopia kaiken siirtymiseen liittyvän työn oheen. Vaikka koulutuksia on saatu toteutettua, ei olla päästy siihen laajuuteen kuin on ollut tavoitteena. Lisäksi toimintoja on saatu yhtenäistettyä. Esimerkiksi alueen yhtenäiset ensitietopäivät järjestetään nyt säännöllisesti kaksi kertaa vuodessa.

Tietoa palveluketjusta ja sen käytöstä tulee vielä edistää eri tahoilla. Alueen muistihoidajat ja neurologian poliklinikka jakavat tietoa sairastuneille ja läheisille systemaattisesti. Lähiterveyspalvelut ja tulevat geriatrian osaamiskeskus ovat jatkossa keskeisiä tahoja toimintamallin ylläpidossa. Myös FINGER-toimintamallin levitys hyvinvointialueelle jatkuu yhteistyössä mm. Lähiterveyspalveluiden kanssa.

### **Toimintamallin arviointi:**

Käyttäjäpalautetta on kertaalleen kysytty Webropol-kyselyn avulla ja sen perusteella voidaan jo sanoa, että sitä hyödynnetään eri palveluissa. Palveluketjusta ammattilaiset ovat löytäneet mm. yhtenäisiä tapoja toimia, työhön liittyvää materiaalia ja tulostettavia ohjeita asiakkaille. Koetaan hyväksi, että kaikki tieto ja materiaali löytyy nyt yhdestä paikasta. Lisäksi esimerkiksi kaikenikäiset muistisairaath ja läheiset saavat diagnoosin saatuaan tiedon tästä palveluketjusta, johon voivat tutustua ja sitä hyödyntää. Muistisairaahan palveluketjuun liittyvä tarkistuslista on myös koostettu. Tätä arvioinnin tarkistuslistaa voidaan ja tullaan hyödyntämään säännöllisesti yksiköissä tarkistamaan palveluketjun hyödyntämiseen liittyvää tilannetta.



### **3.2.8. Toimintamalli 13: RAI arviointi kuntouttavan vuorohoidon yksiköissä**

**Aluetavoite:** 1. Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä

#### **Toimintamalli:**

Kuntouttavan vuorohoidon yksiköissä käytettävän RAI arvioinnin määrittely ja käyttöönotto. Ammattilaisten kanssa järjestetyllä työpajatoiminnalla määritelty arviointisisältö, jolla asiakkaan toimintakykyä ja kuntoutumista arvioidaan ja seurataan. Määrittelytyössä on huomioitu erilaiset asiakasryhmät. Käyttöön otettu kaksi erilaista iRAI-HC -osittaisarviointi -sisältöä. Toista hyödynnetään asiakkaan kuntoutussuunnitelman laatimiseen ja toista asiakkaan palvelutarpeen arviointiin yhteistyössä asiakasohjauksen kanssa.

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

Kuntouttavan vuorohoidon asiakkaiden RAI arvioinnin määrittely on tärkeä osa ikäpalveluiden kokonaisuutta. Vuorohoidossa suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan asiakkaan kuntoutusta tukemaan hänen kotonansa selviytymistään. Tässä apuna käytetään asiakkaalle säännöllisesti vuorohoitojaksolla tehtävää osittaisarviointia 6 kuukauden välein. Kuntoutumisen seuranta varten tehtävä arviointi sisältää; ADL-L, CPS, ABS, DRS, DRSSR, SOCWD, BMI, PAIN-R, FALLS, PACTIV, RISK, BEHAV, FALLS ja NUTR mittarit/ herätteet. Säännöllisen kotihoidon asiakkailla tehdään vuorohoitojaksolla arviointi siten, että arviointiajankohta sijoittuu 3 kuukauden päähän kotihoidon kokonaisarvioinnista. Näin asiakkaan kuntoutumisen tarvetta ja vaikuttavuutta voidaan arvioida 3 kuukauden välein.

Kuntouttavan vuorohoidon jaksolle tulee myös asiakkaita, joille on tarpeen tehdä palvelutarpeen arviointia. Kuntouttavassa vuorohoitoyksikössä tälle asiakasryhmälle voidaan toteuttaa iRAI-HC osittaisarviointi palveluiden myöntämisperusteita varten. Arvioinnin sisältö tälle asiakasryhmälle on: ADL-H, IHIER-C, CPS, CPS2, COMM, DbSI, ABS, DRS, DRSSR, SOCWD, AUDIT-C, CHES; PAIN-R, Maple 5, Maple 15 ja FALLS. Asiakasohjaus hyödyntää arvioinnin tuloksia osana laajaa palvelutarpeen arviointiaan. Kuntouttavan vuorohoidon yksiköihin on nimetty 2-3 RAI arvioinneista vastaavaa, jotka tekevät arvioinnit ja ovat saaneet siihen perehdytyksen.

Toimintamallilla päästiin tavoitteeseen jalkauttaa yhtenäisiä toimintamalleja alueella ja laajentaa RAI arviointivälineen hyödyntämistä

Toimintamalli on otettu käyttöön, mutta se vaatii käyttöönoton vahvistamista koulutuksella ja arviointiprosessin kirkastamisella vuonna 2024. Alueen RAI-koordinaattori vastaa kouluttamisesta ja toimintamallin edistämisestä.

### **Toimintamallin arviointi:**

Toimintamalli on otettu käyttöön lokakuussa 2023, joten vielä ei ole saatu vaikuttavuutta arvioitua. Vaikuttavuutta tulee alueen RAI-koordinaattori arvioimaan yhdessä ikäpalveluiden johdon ja ammattilaisten kanssa. Arviointien sisältöä tulee arvioida ammattilaisten kokemuksen sekä tiedolla johtamisen tarpeiden näkökulmasta, kun toimintamalli on kunnolla jalkautunut. Uuden toimintamallin ja arviointiprosessin juurruttaminen jatkuu 2024 RAI koordinaattorin toimesta.

Hyvän elämän edellytysten näkökulmasta toimintamallilla pyritään tehostamaan kuntouttavan vuorohoidon asiakkaiden kuntoutumistarpeen tunnistamista ja tukemaan palvelulla asiakkaan toimintakykyä.

### **3.2.9. Toimintamalli 14: Asiakkaan toimintakyvyn seurannan mittarit kuntouttavassa päivätoiminnassa**

**Aluetavoite:** 1. Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä

#### **Toimintamalli:**

Kuntouttavan päivätoiminnan asiakkaan kuntoutumisen seurantaan määritellyt mittarit Raisoft ohjelmistossa. Hyvinvointialueella ikäpalveluissa käyttöönotettu RAI järjestelmä halutaan hyödyntää myös kuntouttavan päivätoiminnan yksiköissä. Työpajatoiminnalla ammattilaisten kanssa määriteltiin mittarit, joilla saadaan merkityksellistä tietoa päivätoiminnan asiakkaasta. Käyttöön tulee iRAI-HC osittaisarviointi (DRSSR, BMI) ja SPPB. Arvioinnin sisältöä pohdittaessa huomioitiin kohderyhmä ja realistisesti resurssit tehdä arviointeja päivätoiminnan palvelussa tällä hetkellä. Tulosten avulla voidaan seurata asiakkaan toimintakyvyn muutosta. Lisäksi tiedon avulla voidaan arvioida päivätoiminta-palvelun vaikuttavuutta sekä kehittää palvelua. Kuntouttavan päivätoiminnan henkilöstö ollut mukana määrittelytyöpajassa.

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

Hyvinvointialueella yhtenäisten mittareiden käyttöönotto kuntouttavan päivätoiminnan yksiköissä. Mittareilla saadaan näkyväksi asiakkaan toimintakyvyn muutosta ja kuntouttamisen vaikuttavuutta.

Toimintamallien yhtenäistämisen tavoite saavutettiin, mutta jalkauttamiseen ei ehditty. HVA:n käynnistäessä yhtenäistettäviä toimintamalleja paljon eikä päivätoiminnan RAI järjestelmän hyödyntämiseen ehditty vuonna 2023.

Toimintamallin käyttöönotto edellyttää kuntouttavan päivätoiminnan henkilöstön kouluttamisen RAI arvioinnin tekemiseen. Päivätoiminnan yksiköissä RAI arviointiprosessin kuvaaminen on myös tärkeää, jotta arviointien tekeminen voidaan huomioida toiminnan suunnittelussa ja toteuttamisessa. Myös tulosten ja toiminnan tarkastelu tulosten pohjalta on suunniteltava. Tavoitteena on ottaa toimintamalli käyttöön 2024. Alueen RAI koordinaattori vastaa käyttöönotosta ja kouluttamisesta.

**Toimintamallin arviointi:**

Toimintamalli ei vielä käytössä. Kuntouttavan päivätoiminnan suorittama arviointi haluttiin pitää suppeana, jottei se hankaloita itse palvelun sisällön toteuttamista. Koettiin kuitenkin tärkeäksi saada sekä psyykkisistä, että fyysistä toimintakykyä näkyväksi. Tulosten avulla voidaan myöhemmin tarkastella myös asiakasryhmän tarpeita ja peilata sitä palvelun kehittämisen suunnitelmiin.

## 3.3. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan

### 3.3.1. Toimintamalli 15: Turva-auttaja malli

**Aluetavoite:** 3. Kotihoidon prosessit ovat yhteneväiset ja tiedolla johtamisen välineitä hyödynnetään suunnitelmallisesti ja systemaattisesti

#### **Toimintamalli:**

Mallia on hankkeessa kehitetty Ilmajoen, Isonkyrön ja Lapuan osalta. Seinäjoella malli on ollut toiminnassa jo ennen hanketta. Mallia on kehitetty samanaikaisesti Sote-tilannekeskuksen laajentumisen pilotoinnin kanssa. Malli turvaa osaltaan Sote-tilannekeskuksen kautta tulevia ennakoimattomia hälytyksiä ja niihin vastaamisen tarvetta. Samalla myös kotihoidon turvapuhelin hälytykset on siirretty turva-auttajalle. Malli lyhentää kotihoidon työntekijöiden työn keskeytyksiä. Alueella kartoitettiin lähihoitajia, jotka ovat kiinnostuneita toimimaan turva-auttajina. Kaikki kotihoidon työntekijät käyvät erillisen koulutuksen ennen Sote-tilannekeskuksen aloittamista alueella. Turva-auttajia on yksi vuorossa ja heille suunnitellaan työjärjestelyssä vähemmän asiakaspaikkoja sisältävä päivä. Tämä mahdollistaa työntekijälle ennakoimattomiin tilanteisiin vastaamisen. Lisäksi turva-auttajalle suunnitellut asiakaskäynnit ovat luonteeltaan lyhyitä eivätkä ole aikakriittisiä esimerkiksi insuliinin pistos käyntejä.

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

Toimintamallin vaikutuksista ja sen vaikuttavuudesta on saatu suullista palautetta, joka on ollut positiivista. Toimintamalli on saatu käytäntöön ja sen laajentuminen tapahtuu yhtäaikaaisesti Sote-tilannekeskuksen laajentumisen kanssa. Turva-auttajakompleksin toimivuutta arvioidaan nyky muodossaan. Lisäksi tulee huomioida mahdollisesti lakimuutokset turva-auttamistoimintaan liittyen.

#### **Toimintamallin arviointi:**

Toimintamallista ei ole kerätty hankkeen toimesta erillistä palautetta. Malli on otettu käyttöön vasta syksyn 2023 aikana. Toimintamallin avulla turvataan ennakoimattomiin tilanteisiin vastaaminen. Lisäksi keskittämällä pyritään lähtemään asiakkaalle mahdollisimman nopeasti, jolloin vasteaika palvelun tuottamiselle pyritään pitämään lyhyenä. Mallin avulla ja työnsisällön uudelleen organisoinnilla pyritään vähentämään kotihoidon työntekijöiden työn keskeytyksiä. Lisäksi asiakkaalle pystytään turvaamaan hänelle suunniteltu palveluaika.

### **3.3.2. Toimintamalli 16: Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen kotihoidon myöntämisen perusteet ja kotona asumista tukevien tukipalveluiden myöntämistä ohjaavat toimintaperiaatteet sekä kotihoidon yhteinen palvelukuvaus**

**Aluetavoite:** 3.Kotihoidon prosessit ovat yhteneväiset ja tiedolla johtamisen välineitä hyödynnetään suunnitelmallisesti ja systemaattisesti

#### **Toimintamalli:**

Etelä-Pohjanamaan hyvinvointialueelle luotiin ensimmäiset maakunnan yhteiset kotihoidon myöntämisen perusteet ja kotona asumista tukevien tukipalveluiden myöntämistä ohjaavat toimintaperiaatteet. Lisäksi luotiin yhteinen kotihoidon palvelukuvaus, jonka tavoitteena on yhtenäistää kotihoidossa tuotettavat palvelut ja sisällöt. Tämä osaltaan mahdollistaa asiakkaiden yhdenvertaisten palveluiden saamisen. Myöntämisen perusteet luotiin RAI perusteisiksi. Mallia RAI-myöntämisen perusteisiin haettiin kansallisesti eri maakunnista ja kaupungeista. Oman maakunnan sisältä hyödynnettiin saatavissa oleva RAI-tieto. Maakuntaan luotiin lisäksi tukipalveluita ohjaavat toimintaperiaatteet ja myös tukipalveluiden myöntämisen perusteet yhtenäistettiin. Kehitettäessä huomioitiin alueella saatavissa lähitulevaisuudessa (vuonna 2023) olevat palvelut, esimerkiksi yksityisten palvelutuottajien saatavuus sekä mielenterveys ja päihdepalveluiden saatavuus. Lisäksi mallia luotaessa huomioitiin myös tilastoinnin eroavaisuudet ja muut palveluiden saatavuuden tai järjestämisen eroavaisuudet ja reunaehdot. Tavoitteena oli, ettei asiakkaita tipu pois hallitsemattomasti palveluista uusien myöntämisen perusteiden vuoksi ja ettei aiheuteta tilannetta asiakkaille, ettei alueella ole tarjota muuta palvelua tilalle. Myöntämisen perusteita tulee jatkossa arvioida säännöllisesti, kun hyvinvointialueen toiminta on selkiytynyt ja palveluverkon muutoksista ja saatavilla olevista palveluista on saatu lisää tietoa.

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

Loppusyksyn ja alkutalven 2023 aikana tietoa kriteerien käytettävyydestä kerättiin asiakasohjauksesta. Kriteerien suunnitteluvaiheessa riskien arviointia mitattiin Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi -menetelmän avulla. Palautteen perusteella arvioidaan kriteerien muokkauksen tarvetta. Toimintamalli on otettu käyttöön 1.1.2023 ja malli on hyväksytty aluehallituksessa 31.10.2022, § 324 c.

#### **Toimintamallin arviointi:**

Huomioitavaa toimintamallissa on palveluita rajatessa huomioida asiakkaan eturistiriitoja aiheuttavia teemoja, joita tulee arvioida rajauksia tehdessä. Kun rajauksia on tehty, on niiden

vaikutuksia aktiivisesti tarkasteltava asiakas-, työntekijä-, resurssi- ja taloudellisesta näkökulmasta. Lisäksi on huomioitava sosiaalihuoltolain vaatimukset.

### **3.3.3. Toimintamalli 17: Ikäihmisten asiakasohjauksen prosessien kehittäminen Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella**

**Aluetavoite:** 2. Ikäihmisten asiakasohjauksen toiminta ja prosessit ovat yhteneväiset, palvelutarpeen arviointi on tasapuolista ja moniammatillisen yhdyspintatyön prosessit on kuvattu ja luodut toimintamallit ovat käytössä

#### **Toimintamalli:**

Asiakkaat saavat tarvitsemansa avun ja palvelut yhtenäisten prosessien myötä oikeaan aikaan. Yhtenäiset toimintamallit ja prosessit sujuvoittavat ammattilaisten työtä vaihe vaiheelta: asiakkaan tarpeen tunnistamisessa, ohjauksessa/ neuvonnassa, jatkosuunnitelmissa, palvelutarpeen arvioinnissa, asiakkuuden suunnittelussa, palvelun käynnistämisessä ja päätöksenteossa. Niihin sisältyvät myös taustatoimenpiteet (RAI, SBM ja SosiaaliLifecare) ja niiden laajentaminen Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella. Kirjauksiin ja fraaseihin liittyvää työ linkittyy myös toimintamalliin.

Yhtenäisiä asiakaspolkuja on luotu liittyen kuntouttavaan lyhytaikaishoitoon ja palvelutarpeen arviointiin kotihoitoon liittyen. Yhtenäisiä toimintaohjeita on koostettu Omatyöntekijä -malliin ja SAS-työryhmien uudistettuun toimintamalliin liittyen (mallille avattu erillinen toimintamallipohja). Lisäksi yhteistyömallia (hva, kunnat, yhdistykset, oppilaitokset) on rakennettu liittyen 75-vuotiaiden hyvinvointipäivien järjestämiseen ja sitä edeltävään varhaisen vaiheen tapahtumaan (juuri eläkkeelle jääneille suunnattu avoin tapahtuma). FINGER-toimintamalli on vahvasti mukana näissä tapahtumissa.

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

Alueelle on luotu yhtenäistä ikäihmisten asiakasohjausyksikön mallia. Tällöin alueen ikäihmisten asiakasohjaus ja palvelutarpeen arviointi ovat tasavertaista koko hyvinvointialueella. Yhteistyö/konsultaatiomallien työstämisestä on käyty keskustelua eri toimialueiden/ tahojen kesken ja tiivistä yhteistyötä halutaan. Varsinaisen mallin rakentaminen yhteistyöhön liittyen on vielä kuitenkin avaamatta. Painopisteenä on vielä ollut asiakasohjauksen omien yhtenäisten mallien rakentamisessa. Yhteistyön tehostaminen eri tahojen kesken on kuitenkin työnalla.

Eri prosessien työstöä tarvitaan vielä ja niiden toimivuuden tarkastelu jatkuu vielä pitkälle 2023 vuoden jälkeenkin. Taustatoimenpiteiden (RAI, SBM ja SosiaaliLifecare) ottaminen mukaan

vaihe vaiheelta jatkuu edelleen vuoden 2023 jälkeenkin. Prosessien ja taustatoimenpiteiden työstäminen tapahtuu jatkossakin ikäihmisten asiakasohjausyksiköissä palvelualuejohtajan ja vastuuyksikköjohtajien johdolla.

### **Toimintamallin arviointi:**

Toimintamallin / prosessien yhtenäistämiseen liittyvää arviointia aletaan tekemään v. 2024 aikana asiakasohjauksen palvelualuejohtajan ja yksikköjohtajien toimesta. Tällöin määritellään tarkemmin mm. Mitä mittareita käytetään. Taustatoimenpiteiden istuminen asiakaspolkujen oikeisiin kohtiin vaatii vielä tarkastelua ja varmistelua.

### **3.3.4. Toimintamalli 18: SAS-työryhmän toiminta Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella**

**Aluetavoite:** 2. Ikäihmisten asiakasohjauksen toiminta ja prosessit ovat yhteneväiset, palvelutarpeen arviointi on tasapuolista ja moniammatillisen yhdyspintatyön prosessit on kuvattu ja luodut toimintamallit ovat käytössä.

**Asiakkaat saavat tarpeensa mukaisen asumispaikan sujuvan toiminnan myötä.**

### **Toimintamalli:**

Toimintamalli yhtenäistää SAS-työryhmien toiminnan hyvinvointialueen eri puolilla ja sujuvoittaa ammattilaisten yhteistyötä. Alueen kuntien omat SAS-työryhmät yhtenäistetään kolmeksi alueelliseksi SAS-työryhmäksi. Prosessissa on huomioitu myös taustatoimenpiteet, kuten SBM, RAI ja SosiaaliLifecare. Ammatilliset valitsevat asiakkaat mm. ympärivuorokautiseen palveluasumiseen asiakaslähtöisesti ja tarpeenmukaisesti sujuvan toiminnan avulla. Toimintamallin painopisteenä on ennakoivatyö.

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

Asiakkaat saavat tasalaatuista palvelua eri puolilla hyvinvointialuetta. Toimintamallissa on avattu selkeästi koko prosessi; SAS-työryhmän tavoite ja tehtävät, ennakoivatyö ennen SAS-työryhmää (mm. tarvittavien tietojen keruu eri asiakkailla & moniammatillisuus), SAS-työryhmien kokoonpano, kirjaamiseen (luotu mm. yhtenäinen esityslistan sisältö) ja päätöksentekoon liittyvät asiat ja myös asiakkaiden liikkumiseen (eri alueiden välillä) liittyviä asioita. Tämä varmistaa tasalaatuista toimintaa koko hyvinvointialueella.

Toimintamallia on lähdetty toteuttamaan koko hyvinvointialueella ja mm. yhteinen esityslista ja muistiopohja on käytössä. Kokemuksia toimintamallista kerätään. Jatkoseurantaa tehdään

alueilla mallin toimivuudesta ja seuraava arviointikokous on sovittu pidettäväksi. Lisäksi kolmen alueen SAS-vastuuhenkilöt ovat alkaneet pitää yhteistyökoukousia liittyen mm. asiakkaiden liikkumiseen eri alueiden kesken.

#### **Toimintamallin arviointi:**

Seuranta tehdään mm. alueiden asiakasmääristä ja päätösten määristä ym. Vertailua kolmen eri alueiden kesken tehdään. Toimintamallin toimivuutta on myös tärkeä seurata ja sitä toteutetaan näin alkuvaiheessa säännöllisillä arviointikokouksilla.

### **3.3.5. Toimintamalli 19: FINGER-toimintamalli Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella**

**Aluetavoite:** 6. Muistisairaiden palveluketju toimii ja palvelut ovat asiakaslähtöisiä.

#### **FINGER-toimintamallin käyttöönotto Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueelle**

##### **Toimintamalli:**

Muistisairauksien riskissä olevat asiakkaat tunnistetaan eri palveluissa, autetaan/ ohjataan terveellisempien elintapojen pariin ja ohjataan esim. kuntien elintapaohjaukseen monitahoiseen interventioon. FINGER on myös osa Etelä-Pohjanmaalle luotua ikäihmisten terveyttä ja hyvinvointia edistävää polkumallia. Polkumallissa järjestetään avoin tapahtuma eläkkeelle jääneille, johon FINGER-teemat sisältyvät. Lisäksi 75 -vuotiaille suunnatut hyvinvointipäivät sisältävät FINGER-teemapisteet. Näitä tapahtumia järjestetään yhteistyössä kuntien, hyvinvointialueen, yhdistysten, oppilaitosten ja muiden eri toimijoiden kanssa.

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

Muistisairauksien ennaltaehkäisyä on tutkittu maailman ensimmäisessä laaja-alaisessa interventiotutkimuksessa (FINGER-tutkimus). Tutkimuksen pohjalta luotiin FINGER-toimintamalli, jossa liikunnalla, terveellisellä ravitsemuksella, aivojumpalla, sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden hallinnalla sekä sosiaalisella aktiivisuudella vaikutetaan muistisairausriskin vähentämiseen. Toimintamallin toteuttamisella on todettu olevan terveystaloudellista hyötyä.

Etelä-Pohjanmaalla mallia ollaan ottamassa käyttöön. Pitkäaikaisvaikutukset eivät vielä näy. Tavoitteena on, että muistisairausriskissä olevia henkilöitä tunnistetaan ja autetaan elintapojen kohentamisessa. Tämä vähentää riskiä sairastua muistisairauksiin tai viivästyttää sairauden



puhkeamista, jolloin terveitä elinvuosia on enemmän. Tämä vähentää pitkällä aikavälillä sairaudesta johtuvia kustannuksia hyvinvointialueella.

### **Toimintamallin arviointi:**

FINGER-toimintamalli on kokonaisuudessaan todettu vaikuttavaksi toimintamalliksi ja mm. Kansallinen ikäohjelma kannustaa eri hyvinvointialueita toimintamallin käyttöönottoon.

Toimintamallin arviointia ei ole vielä tehty, koska mallia ollaan ottamassa vasta alueella käyttöön. Jatkossa voidaan seurata mm. toimintamalliin liittyvän riskitestin käyttömääriä tai kunnan elintapaohjaukseen ohjattujen määriä. Suoraa arviota ja lukuja muistisairauksien diagnoosimääristä tai niiden laskusta/ noususta on vaikea saada. Diagnoosimäärät perustuvat arvioon, jota on tehty eri tilastojen perusteella.

### **3.3.6. Toimintamalli 20: Gerontologinen sosiaalityö**

**Aluetavoite:** 7. Gerontologisen sosiaalityön asema ja osaaminen on vahvistunut osana ohjausta, neuvontaa, palvelutarpeen arviointia ja palvelujen toteuttamista

#### **Toimintamalli:**

Gerontologiseen sosiaalityöhön sisältyy sekä sosiaalityö, että sosiaaliohjaus ikääntyneiden kanssa. Se on luonteeltaan muutosta tukevaa työtä, joka pyrkii yhdessä yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen kanssa lieventämään elämäntilanteen vaikeuksia, vahvistamaan yksilöiden ja perheiden omia toimintaedellytyksiä ja osallisuutta sekä edistämään yhteisöjen sosiaalista eheyttä.

Asiakkaita tuetaan muun muassa hakemaan heille tarpeellisia palveluita ja etuisuuksia, löytämään arkeen mielekäästä tekemistä sekä löytämään ratkaisuja arjessa kohdattaviin hankaluuksiin, kuten ihmissuhteisiin, riippuvuuksiin, elämänhallintaan tai esimerkiksi taloudellisiin ja asumiseen liittyviin vaikeuksiin. Työskentely tapahtuu yhdessä asiakkaan ja hänen verkostonsa kanssa. Työn tavoitteena on ikääntyneen asiakkaan hyvinvoinnin edistäminen, johon pyritään parantamalla asiakkaan olosuhteita, toimintakykyä ja yhteisöjen toimivuutta ja auttamalla erilaisten sosiaalisten ongelmien ratkaisemisessa. Gerontologinen sosiaalityö on sosiaalityön erityisala, jossa työntekijöillä on erityistä tietämystä ikääntymisestä ja sen vaikutuksesta yksilön elämään.

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

Hankkeen tuloksena tällä hetkellä voidaan katsoa olevan gerontologisen sosiaalityön tunnettavuuden lisääminen ja tunnistaminen. Hankkeen aikana koostettua erityisen tuen tarpeessa olevan asiakkaan määrittelyä hyödynnetään alueen asiakasohjausyksiköissä. Kokonaisuudessaan toimintamallia ei ole vielä kaikenkattavasti pystytty toteuttamaan, vaikka osia siitä hyödynnetäänkin. Tavoitetila on kuitenkin, että gerontologinen sosiaalityö ja osaaminen ovat tulevaisuudessa entistä vahvemmin mukana osana neuvontaa ja ohjausta, palvelutarpeen arviointia ja palveluiden toteuttamista.

### **Toimintamallin arviointi:**

Toimintamallin vaikuttavuuden arviointia ei ole erikseen toteutettu. Gerontologiseen sosiaalityöhön liittyvää osaamisen arviointia voidaan tulevaisuudessa toteuttaa ja tarpeen mukaisia koulutuksia järjestää. Ikäihmisten asiakasohjauksen ja (gerontologisen) sosiaalityön yhteistyön vahvistaminen edelleen on keskeistä jatkossakin.

### **3.3.7. Toimintamalli 21: Yhtenäinen hoitosuunnitelma Raisoft ohjelmistossa ikäpalveluiden kotihoidon asiakkaille**

**Aluetavoite:** 1. Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä

#### **Toimintamalli:**

Raisoft hoitosuunnitelmamoduulin käyttöönotto ikäpalveluiden kotihoidon asiakkaille. Asiakas huomioidaan kokonaisvaltaisesti ja tasa-arvoisesti hoidon suunnittelussa. Työpajatoiminnalla on määritelty yhtenäistä hoitosuunnitelman sisältöä, josta ohjelmisto poimii asiakkaan RAI arvioinnin tuloksista. Asiakkaille tehdään yhtenäisen mallin mukaisesti hoidon suunnitelma huomioiden asiakas kuitenkin aina yksilönä. Yhtenäinen Raisoft hoitosuunnitelmamoduulin käyttöönotto yhtenäistää hoitosuunnitelmien sisältöä ja tukee asiakkaan RAI tulosten hyödyntämistä palvelun suunnittelussa. Hoitosuunnitelman sisältöön on määritelty myös ehdot, joiden mukaan kyseinen tulos nousee hoidon suunnitteluun, jolloin kaikki alla luetellut asiat eivät automaattisesti sisälly kaikkien asiakkaiden suunnitelmiin. Omahoitaja voi asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan myös lisätä tai poistaa sisältöä hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelmaan nousseiden tulosten rinnalle omahoitaja kirjaa asiakkaan palvelun tavoitteet ja keinot. RAI-arvioinnin tuloksia hyödynnetään asiakkaan nykytilan arvioimisessa ja tavoitteiden asettamisessa.

## Hoitosuunnitelman sisältö

**Perustiedot** (kirjataan manuaalisesti, kopioituu seuraavaan suunnitelmaan)

- Hoidon suunnitteluun osallistuneet henkilöt
- Perussairaudet
- Tilattavat/kotiin vietävät hoitotarvikkeet ja apuvälineet
- Asiakkaan oma/läheisten ilmaisemat hoidon tarpeet
- Asiakkaan ilmaisemat hoidon tavoitteet
- Asumistiedot (asumismuoto, mukavuudet, sijainti, kotikunta ja avaintieto)
- Harrastukset/ mielenkiinnon kohteet, voimavarat
- Edunvalvoja, edunvalvontavaltuus etuudet
- Yhteystiedot kotihoitoon, alue, tiimi, sh numero ja Kotihoidon yhteysnumero

**Kotihoidon käynnin sisältö** (kirjataan manuaalisesti, kopioituu seuraavaan suunnitelmaan)

- Aamu
- Päivä
- Iltapäivä
- Ilta
- Yö

**Kotona asumista tukevat toiminnot** (kirjataan manuaalisesti, kopioituu seuraavaan suunnitelmaan)

- Kuntoutussuunnitelma, tukipalvelut, kuntouttava päivätoiminta, lyhytaikaishoito, yksityiset palvelut, (kuntopolun olemassaolotieto)

## Arvioinnin tulokset

- MAPLe5 (palvelutarveluokka), Aina
- CPS (kognitiomittari), Aina
- ADLH (arkisuoriutumisen, perustoiminnot, hierarkkinen), Aina
- IHIER-C (arkisuoriutumisen, välinetoiminnot, hierarkkinen), Aina
- Kysymys G4A: 4 metrin ajastettu kävely, aina
- DRS, <0
- Heräte: c risk (ympäri vuorokautiseen hoivaan joutumisen riski), jos aktivoituu
- Heräte: Sekavuus c\_DELIR, aina jos heräte aktivoituu

- J2g Poikkeavat, epänormaalit ajatuksenkulut, >0
- J2h Harhaluulot, deluusiot, >0
- J2i Aistiharhat, hallusinaatiot, >0
- Heräte: Käyttäytymisen (behav) c\_BEHAV, aina jos heräte aktivoituu
- PURS (Painehaavan riskimittari), >0

### **Toimintakyvyn tukemisessa ja hoidossa huomioitavat asiat**

#### Toimintakyky ja lääkehoito

- ADLLF ADL-L, aina
- IADLCH, aina
- Kysymys M3: Lääkärin määräämien lääkkeiden käyttö, aina

#### Kognitio ja psyykkiset voimavarat

- CPS, >0
- COMM, >1
- DBSI, >0
- SOCWD, >1

#### Terveydentila ja elämäntavat

- PAIN-R, >1
- J8 Päivittäinen tupakointi, >0
- AUDIT-C, aina
- CHESS, >0
- Aliravitsemus c\_NUTR, jos aktivoituu
- Elimistön kuivuminen c\_DEHYD, jos aktivoituu
- K4 a-d Hampaat ja suu, jos mihin tahansa kohdista a-d vastattu >0 + a aina pakollinen, sillä asiakkaan suunhoidosta olisi kirjattava myös silloin jos se on itsenäisesti tapahtuvaa.
- PURS, aina

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

Tavoitteena on vähentää hoitajan kirjaamista, sillä suunnitelmaan siirtyy asiakkaan RAI tulokset automaattisesti ja valmis suunnitelma siirtyy integraation avulla Lifecare potilastietojärjestelmään.

Yhtenäinen hoitosuunnitelma Raisoftin hoitosuunnitelmamoduulissa on pilottikäytössä. Pilotoijille pidetään koulutukset hoitosuunnitelmamoduulin käytöstä.

### **Toimintamallin arviointi:**

Tavoitteena on siirtyä pilotoinnista tuotantokäyttöön vuonna 2024. Alueen RAI- koordinaattori vastaa toimintamallin jalkauttamisesta.

Yhtenäisellä hoitosuunnitelma-mallilla tuetaan asiakkaiden RAI tulosten hyödyntämistä hoidon ja palvelun suunnittelussa. Pyrkimyksenä on varmistaa palveluiden ja toimien kohdentamista asiakkaan tarpeisiin. Vaikka hoitosuunnitelmaan sisältyviä mittareita on yhtenäistetty, niin omahoitaja tekee asiakkaan suunnitelmasta aina yksilöllisiä tarpeita vastaavan ja asiakkaan esille nostamat toiveet huomioivan. Raisoft hoitosuunnitelmamoduulin pilotoijien antamana palautteen mukaan asiakkaan RAI tulosten hyödyntäminen tuo henkilöstölle konkreettisesti näkyväksi miksi RAI arviointeja tehdään. Tulosten hyödyntäminen lisää motivaatiota ja ymmärrystä.

## **3.4. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun**

### **3.4.1. Toimintamalli 22: Hoiva-avustajan toimenkuvat**

**Aluetavoite:** 3. Kotihoidon prosessit ovat yhteneväiset ja tiedolla johtamisen välineitä hyödynnetään suunnitelmallisesti ja systemaattisesti

#### **Toimintamalli:**

Toimenkuvissa on eroteltu kaksi erilaista toimenkuvaa: 1. Toimenkuva rajatulla lääkehoidon luvalla 2. Toimen kuva ilman lääkehoidon lupaa. Toimintamallin tavoitteena on selkiyttää hoiva-avustajan toimenkuvaa, koska tämä on varsin uusi toimenkuva.

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

Toimintamalli selkiyttää toimenkuvaa työntekijälle ja työyhteisölle. Esimerkiksi ohjaajalle ja työjärjestelijälle. Auttaa hahmottamaan työntekijä/osaamistarvetta, kun tiedetään millaisiin tehtäviin työntekijä voi osallistua ja mihin hänellä on lupa ja osaaminen. Toimenkuvat auttavat heti arjentyötä sekä tulevia lomakausia. Toimenkuvien avauksien avulla suunnitellaan työntekijälle asiakaspaikkoja ja tiedetään millaisia työtehtäviä työntekijälle, voidaan suunnitella työjärjestelyssä. Toimintamalli otetaan hankkeen päättymisen jälkeen ja avattuja toimenkuvia tullaan käyttämään arjessa.

#### **Toimintamallin arviointi:**

Tähän toimintamalliin ei tarvita mittaria. Toimenkuvan määritykseen vaikuttaa STM:n turvallinen lääkehoito-opas sekä Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen oman lääkehoito-oppaan ohjeistukset. Työntekijän osaaminen tulee varmistaa.

### **3.4.2. Toimintamalli 23: Oppisopimusopiskelijoiden opiskelun ja työelämässä hoitotyön tehtävien kehittyminen opiskelujen edetessä**

**Aluetavoite:** 3. Kotihoidon prosessit ovat yhteneväiset ja tiedolla johtamisen välineitä hyödynnetään suunnitelmallisesti ja systemaattisesti

#### **Toimintamalli:**

Toimintamallin tavoitteena oli avata näkyväksi ja lisätä:

- Oppisopimuksessa opiskelun eteneminen
- Hoitotyön vastuiden lisääntyminen
- Tehdä näkyväksi työnkuva, jotta työjärjestely pystyy optimoimaan työntekijälle oikeat asiakaspaikat
- Lisätä opiskelijoiden sitoutumista
- Lisätä laadukasta ohjausta

Taustalla vaikuttaa opiskeluissa eteneminen sekä näyttöjen suorittaminen

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

Tavoitteisiin on päästy ja toimintamalli on saatu avattua. Oppisopimus, lähihoitaja asiaa on tavoitteena kehittää niin, että siihen saadaan liitettyä myös palkkakehitys. Tästä toimintamallista on jo tehty ehdotus. Mallia mahdollisesti pyritään esittämään myös yksityisille toimijoille. Lisäksi yhtenä jatkotavoitteena on esittää toimintamallia opiskelijoille. Tavoitteena on edelleen hyödyntää muuhunkin oppisopimusopiskeluun, jota suoritetaan EP HVA:lla ja näin avata polkuja läpinäkyväksi.

#### **Toimintamallin arviointi:**

Toimintamallia varten ei suunniteltu mittareita eikä käytetty mitään. Huomioitavaa toimintamallissa on opiskeluohjaus ja oppimisen etenemisen tulee tapahtua hallitusti, ja opiskelijan tarpeista lähtien, jotta potilasturvallisuus voidaan turvata.

### **3.4.3. Toimintamalli 24: Etähoivan käyttöönoton laajennus Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueelle**

**Aluetavoite:** 3. Kotihoidon prosessit ovat yhteneväiset ja tiedolla johtamisen välineitä hyödynnetään suunnitelmallisesti ja systemaattisesti

### **Toimintamalli:**

Toimintamalli on kehitetty yhtenäistämään Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen kotihoidon etähoivan palveluita. Tavoitteena toimintamallilla on tarjota tasapuolisia ja tehokkaita etäpalveluita kotihoidon asiakkaille. Organisaatiomalli on luotu kotihoidon etähoivan hallinnointia varten, ja se sisältää eri roolit, kuten kotihoidon päällikkö etä- ja tukipalveluissa, etähoivan tiiminvetäjät ja etähoitajat, jotka toimivat alueellisissa tiimeissä ja toimipisteissä. Toimintamalli sisältää selkeät prosessit etähoivan asiakkuuksien hallinnasta, etähoivan ryhmätoiminnasta, hyvinvointiteknologialaitteiden hallinnasta, klo 21.00–7.00 aikavälillä vastaanotetut lääkeautomaattien hälytykset ja henkilöstön koulutus ja perehdytysuunnitelman. Toimintamallia on rakennettu vuoden 2023 ajan niin, että ei ole väliä mitkä kuvapuhelin- lääkeautomaatti tai kotihoidon ohjausjärjestelmä tulevat käyttöön. Toimintamallin perehdytys ja koulutus alkavat mahdollisesti vuoden 2023 loppupuolella hyvinvointialueen ammattilaisille.

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

Toimintamalli kotihoidon etähoivan, etähoivan ryhmätoiminnan ja uudet etähoivan asiakkuusprosessit otetaan suunnitelmien mukaisesti vasta käyttöön vuoden 2024 puolella. Tämän takia toimintamallin vaikutuksia ja vaikuttavuutta ei ole vielä voitu arvioida. Hypoteettisesti toimintamallin tulisi tukea kotihoidon henkilöstöä sekä alueen kotihoidon asiakkaita tarjoamalla yhtenäiset ja laadukkaat palvelut ympäri hyvinvointialuetta. Kustannushyödyiksi voidaan arvioida esimerkiksi, että kotihoidon lähihoitajien siirtymäajat tulevat vähentymään, kun osa asiakkaiden hoitokäynneistä siirtyy etähoivan etähoitajien hoidettavaksi. Aluksi, kun saadaan päätökseen eri järjestelmien kilpailutukset, aloitetaan henkilöstön perehdyttäminen toimintamalliin koulutuksilla ja koulutustallenteilla.

### **Toimintamallin arviointi:**

Eettisesti toimintamalli pyrkii vastaamaan hyvän elämän edellytyksiin Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueella tarjoamalla yhtenäisiä ja tehokkaita etähoivan palveluita, jotka vastaavat asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin. Toimintamalli pyrkii myös nopeuttamaan asiakkaiden pääsyä etähoivan palveluiden pariin ja tuomaan selkeyttä ja yksinkertaisuutta toimintamalleihin hyvinvointialueen ammattilaisille. Lisäksi Toimintamallissa on otettu huomioon asiakkaan läheisten ja hyvinvointialueen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten näkökulmat, ja se pyrkii edistämään fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä etähoidon ryhmätoiminnan kautta. Mittareita toimintamallia varten ei ole vielä valittu, mutta ne tulevat varmasti ilmi, kun tiedolla johtamista aloitetaan rakentamaan.



### **3.4.4. Toimintamalli 25: RAI- käyttäjien roolit ikäpalveluissa**

**Aluetavoite:** 1. Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä

#### **Toimintamalli:**

Ikäpalveluiden kotihoidon, asiakasohjauksen ja ympärivuorokautisen asumispalvelun RAI käyttäjien roolin määrittäminen. Lakisääteisen RAI järjestelmän käyttöönoton tukemiseksi määritelty Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen ikäpalveluiden eri tasojen RAI käyttäjien rooleja ja vastuita selkeyttämään kokonaisuuden hahmottamista. Roolien läpikäyminen sisältyy alueen henkilöstön RAI koulutukseen, jotta saadaan aikaan laaja ymmärrys järjestelmän käytöstä eri tasoilla sekä omasta roolista organisaation RAI-käyttäjänä.

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

Henkilöstön ymmärrys järjestelmän käytöstä eri tasoilla on lisääntynyt ja oma rooli RAI järjestelmän käyttäjänä on kirkastunut. Toimintamallin osalta tavoitteeseen on päästy luomalla yhtenäinen toimintamalli tukemaan järjestelmän käytön laajentumista. Toimintamalli on pysyvässä käytössä organisaatiossa ja liitetty osaksi henkilöstön RAI koulutuksia.

#### **Toimintamallin arviointi:**

Toimintamallin vaikuttavuutta on arvioitu henkilöstön ja yksikköjen RAI- vastaavien antaman suullisen palautteen kautta. Palautteen mukaan roolien määrittely on selkiyttänyt omaa roolia ja tukenut yksiköissä vastuun jakamista.

### **3.4.5. Toimintamalli 26: RAI arvioinnin prosessi ikäpalveluiden kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa asumispalvelussa**

**Aluetavoite:** 1. Ajanmukaiset ja toimintaan soveltuvat ICT ja teknologiaratkaisut ovat käytössä

#### **Toimintamalli:**

RAI arvioinnin toteuttaminen kotihoidon ja ympärivuorokautisen asumispalvelun yksiköissä. Työryhmä-toiminnalla kuvattiin RAI arviointiprosessin vaiheet, joihin kirjattiin näkyviin myös toimintatapoja, jotka tukevat laadukasta RAI arvioinnin toteuttamista.

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

RAI-arvioinnin tekemisen yhtenäisen toimintamallin luominen sekä luotettavuuden ja jalkauttamisen tukeminen. RAI-arviointiprosessin kuvaamisella tuetaan yksiköiden lakisääteistä RAI-järjestelmän käyttöönottoa. Prosessiin kuvattiin huomioon otettavia vaiheita, joilla varmistetaan ja tuetaan yksikköjen yhtenäistä toimintaa RAI järjestelmän käytössä. Toimintamalli on käytössä hyvinvointialueen ikäpalveluissa ja liitetty osaksi henkilöstön RAI-koulutuksia.

### **Toimintamallin arviointi:**

Toimintamallin vaikuttavuutta on arvioitu yksikköjen esihenkilöiltä ja RAI-vastaavilta sekä ammattilaisilta saadun suullisen palautteen avulla. Prosessikuvaus on koettu tarpeelliseksi tukemaan yksiköiden lakisääteistä järjestelmän käyttöönottoa. Toimintamalli kertoo selkeästi, millaisia asioita tulee huomioida arviointiprosessin eri vaiheissa, jota järjestelmän käyttö muodostuu mahdollisimman sujuvaksi ja osaksi yksikön suunnitelmallista toimintaa. Prosessissa on huomioitu myös asiakkaan näkökulma.

## **3.4.6. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset**

### **Toimintamalli: Kirjaamisohjeet on yhtenäistetty**

**Aluetavoite:** 3. Kotihoidon prosessit ovat yhteneväiset ja tiedolla johtamisen välineitä hyödynnetään suunnitelmallisesti ja systemaattisesti

Maakunnalliset kotihoidon kirjaamisohjeet on päivitetty hoitajille. Kirjaamisessa lähtökohdaksi on otettu kirjaamisen sisällön kehittäminen. Nyt ohjeissa ei ole keskitytty fraaseihin koska ne tulevat muuttumaan SosiaaliLifeCaren tuleessa käyttöön. Tämä tapahtuu vuoden 2024 aikana, joten sen vuoksi ei ollut tarkoituksenmukaista lähteä sitä kokonaisuutta kouluttamaan. Nyt on huomioitu ohjeissa RAI sekä kuvaava/kertovan kirjaamisen tapa. Malli on jalkautettu käyttöön syys-lokakuun 2023 aikana kotihoidossa.

### **Muu Tuotos: Suun terveyden edistäminen ja suun hoidon osaamisen kehittäminen**

**Aluetavoite:** 3. Kotihoidon prosessit ovat yhteneväiset ja tiedolla johtamisen välineitä hyödynnetään suunnitelmallisesti ja systemaattisesti

Hankkeessa tehtiin yhteistyötä Tulevaisuuden sote-keskus -hankkeen Suun terveyden edistämisen toimintamallin kehittämisen teemassa. Ikäkoti-hankkeen rooli oli avata kotihoidon toimintaa ja organisaatiota sote-keskus-hankkeen kehittäjälle. Lisäksi IkäKoti -hankkeesta toimittiin yhteyshenkilönä ja kokoonkutsujana, siten aiheen kehittämiseen löydettiin oikeat asiantuntijat kertomaan lisää eri aihealueista, kuten esimerkiksi RAI.

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

### **3.5.1. Toimintamalli 27: Ympäri vuorokautisen palveluasumisen laatutavoitteet ja mittarit ikäpalveluissa**

**Aluetavoite:** 3. Kotihoidon prosessit ovat yhteneväiset ja tiedolla johtamisen välineitä hyödynnetään suunnitelmallisesti ja systemaattisesti

#### **Toimintamalli:**

Käyttöön otetun RAI-järjestelmän tuloksia hyödynnetään ikäpalveluiden tiedolla johtamisessa ja laatutyöskentelyssä. Raisoft ohjelmiston laatumoduulilla on luotu laatuanalyysit. Jokainen ympärivuorokautisen asumispalvelun esihenkilö on työpajoissa luonut itselleen sähköisesti seurattavat laatukortit, joilla alueella seurataan yhtenäisiä indikaattoreita omalta vastuualueelta. Laatuindikaattorit kertovat yksikköjen toiminnan laadusta. Seurattaviksi laatuindikaattoreiksi valikoituivat asiat, jotka nähtiin merkityksellisiksi laadun näkökulmasta mutta myös asioita, joissa alueen tuloksien perusteella nähtiin kehittämistarvetta. Ympäri vuorokautisen asumispalvelun indikaattoreille määriteltiin johdon toimesta myös alueelliset tavoitearvot. Tavoitteiden määrittelyssä huomioitiin hyvinvointialueen yksikköjen nykytila, jota verrattiin kansalliseen keskiarvoon. Näiden tietojen pohjalta määriteltiin tavoitetaso. Yhtenäisillä laatukorteilla voidaan arvioida palveluiden toteutumista sekä löytää hyviä käytänteitä ja kehittämiskohteita.

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

Laatuindikaattoreiden tuloksia tarkasteltaessa Etelä- Pohjanmaan hyvinvointialueen ikäpalveluiden ympärivuorokautisessa asumispalvelussa on syksyn aikana tapahtunut jo pientä muutosta toivottuun suuntaan. Toiminnan seurattavat laatuindikaattorit tuodaan esiin henkilöstön RAI koulutuksissa ja niiden tuloksia seurataan esihenkilöiden kanssa yhdessä. Toimintamallin käyttöönoton tavoitteet on saavutettu. Asetettujen laatutavoitteiden toteutuminen on käynnistynyt mutta arvojen toteutuminen vie aikaa. Toimintamalli on otettu pysyvään käyttöön syksyllä 2023 ja sen jalostaminen kotihoidon palveluun on aloitettu.

#### **Toimintamallin arviointi:**

Ympäri vuorokautisessa asumispalvelussa laatukorteilla seurataan: aktiviteetteihin osallistuvien asiakkaiden osuus, arviointiin osallistuneiden asiakkaiden osuus, asiakkaat, joilla toteutuu

hoitajan antama kuntoutus, omaisen osallistuminen arviointiin, rajoittavien välineiden ja toimenpiteiden yleisyys sekä vuoteessa elävien määrä. Näillä indikaattoreilla seurataan yksiköiden toiminnan laatua sekä arvioidaan yksiköiden toimintatapojen yhtenäisyyttä.

### **3.5.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset**

**Aluetavoite:** 3. Kotihoidon prosessit ovat yhteneväiset ja tiedolla johtamisen välineitä hyödynnetään suunnitelmallisesti ja systemaattisesti

#### **Toimintamalli: Tiedolla johtaminen**

Vuoden 2023 alussa huomattiin, että yhteisiä mittareita ei ole määritelty. Sovittiin yhdessä mittarit, joita seurataan ja niistä tehtiin exel-taulukko. Mittari valmistui myöhemmin keväällä 2023. Ei ollut helppoa saada selville paljon palveluita käyttävien asiakkaiden määrä (yli 60h/kk) ja todettiin, että tällaista lukua ei saada automaattisesti tietoon tällä hetkellä.

Mitattavia aiheita: Palveluihin pääsyn odotusaika, uudet asiakkaat, ARVI-jaksolta poistuneet sekä minne poistuneet (tähän määritelty eri vaihtoehtoja 7 kappaletta esim. Palvelusetelille, kuollut, siirtynyt tukipalveluihin)

Taulukko on jaettu palvelualuejohtajille ja heiltä edelleen palveluyksikköjohtajille arjen työkaluksi.

## 4. Johtopäätökset

Etelä-Pohjanmaan IkäKoti -hankkeessa keskityttiin laaja-alaisesti ikäpalveluiden kehittämiseen, tavoitteena yhtenäistää ja tehostaa palveluita sekä tukea ikäihmisten kotona asumista. Hankkeen aikana onnistuttiin saavuttamaan merkittäviä parannuksia useilla keskeisillä painopistealueilla.

Seuraavissa kappaleissa kuvataan erikseen osa-alueiden keskeisimmät kehittämistoiminnan johtopäätökset, mitä haasteita kehittämistyössä oli ja miten jalkauttamista edistettiin.

### **Kotihoito**

Kotihoidon osalta saavutettiin asetetut tavoitteet lähes kaikilta osin. Asiakasprosessit, jotka integroitiin uusien kehitettyjen toimintamallien alle, lähtivät hyvin toimimaan uudessa organisaatiossa ja samanaikaisesti yhtenäistetyt ja avatut palvelukuvaukset tukivat toiminnan tasaisuutta ja laatua.

Toimintamallien jalkauttaminen ja juurruttaminen aloitettiin heti piloteissa ja toiminta pyrittiin ottamaan osaksi organisaation normaalia toimintaa. Myöntämisperusteet ja yhtenäiset kriteerit otettiin sovitusti käyttöön ja siten jalkauttaminen lähti aidosti liikkeelle, kuten esimerkiksi kotiutuskoordinaattoritoiminta on vuoden 2024 talousarviossa.

Hankkeessa oli helppo lähteä kehittämään, koska taustalla oli toimiva ja hyvä kokemus aikaisemmasta yhteisestä kehittämistyöstä ja alueellinen kehittämisosaaminen oli hyödynnettävissä. Tällainen selvästi arkeen ja käytäntöön tehty kehittäminen on ollut hankkeen aikana palkitsevaa, eikä kehittämistä voi tehdä erillisenä, vaan se tulee sitoa tiiviisti yhteen johdon ja organisaation kanssa. Huoli on siitä, miten jatkossa kehittäminen olisi luonteva osa organisaation toimintaa.

### **Muistisairaiden palvelut**

Tavoitteena oli ottaa käyttöön muistisairaalan palveluketju, joka yhtenäistää alueen muistisairaiden palveluita ja lisää tiedon ja tuen saantia. Hankkeen aikana palveluketju saatiin moniammatillisella työryhmällä koostettua ja julkaistua keväällä 2022. Myös palveluketjuun liittyviä koulutuksia saatiin toteutettua. Yhteistyö Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistyksen kanssa koko hankkeen aikana on ollut tiivistä ja toimivaa. Hankkeen aikana on myös kehitetty ja koostettu FINGER-toimintamalliin liittyviä asioita.

Muistisairaalan palveluketjuun liittyvä kehittäminen moniammatillisella työryhmällä on ollut toimivaa ja yhteisiä toimintatapoja on saatu sovittua. Tuloksena valtakunnallisesti laajin

aihealueeseen liittyvä palveluketju. FINGER-toimintamalliin liittyvän kehittämistyön tuloksena saatiin koostettua mallia, jonka eri osissa FINGER-teemoja hyödynnetään.

Muistisairaahan palveluketjuun liittyviä koulutuksia on saatuihin toteutettua erityisesti kotona asumista tukeviin palveluihin, kuten muistihoitajille ja kotihoitoon. Koulutuksia on tarjottu ja toteutettu myös ympärivuorokautisen palveluasumisen ja lyhytaikaishoidon yksiköihin. Lisäksi muistisairaahan palveluketju on ollut esillä eri verkostoissa sekä hyvinvointialueen sisällä, että valtakunnallisesti. Muistisairaahan palveluketjua on hyödynnetty valtakunnallisesti muutamalla muullakin hyvinvointialueella. Muistisairaahan palveluketjuun liittyvää tiedon levitystä jatketaan edelleen mm. lähiterveyspalveluissa, kuten esim. muistihoitajien toimesta ja tulevan geriatrisen osaamiskeskuksen kautta.

Palveluketjun kehittäminen vaati moniammatillista yhteistyötä ja eri osa-alueiden asiantuntijoiden osallistumista kehittämistyöhön. Myös muistisairaiden ja läheisten näkökulmat ja kokemukset on tärkeä huomioida. Näin on tehty tässä kehittämistyössä alkukartoituksissa (sairastuneiden ja läheisten näkökulma) ja ennen palveluketjun julkaisua (kommentit palveluketjusta ja sen materiaalista).

Palveluketjuun liittyviä koulutuksia toteutettiin, mutta niitä haastoi muut hyvinvointialueelle siirtymiseen liittyvät asiat. Koulutuksien sopiminen eri yksiköihin tai kokouksiin oli haastavaa kaiken myllerryksen keskellä. Siispä koulutuksiin ja tiedon levitykseen liittyviä asioita on jatkettava, jotta yksiköt ottavat palveluketjua entistä enemmän käyttöön. FINGER-toimintamallin juurruttaminen alueellemme on vasta alkamassa. Malli saatiin rakennettua, mutta haasteena on seuraavaksi saada se käytäntöön.

## **Asiakasohjaus**

Ikäihmisten asiakasohjauksen tavoitteena oli toimintojen ja prosessien yhtenäistäminen erityisesti palvelutarpeen arvioinnin osalta. Yhtenäisiä kriteereitä koostettiin yhteistyössä ja ne otettiin käyttöön hyvinvointialueella. Toimintaohjeita koostettiin mm. omatyöntekijyyteen ja SAS-toimintaan liittyen. Melkein valmiiksi saatettiin yhteistyömalli ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen (mm. 75-vuotiaiden hyvinvointipäivät).

Asiakaspolkuja kuvattiin palvelutarpeen arviointiin kotihoidossa ja lyhytaikaishoitoon liittyen. Iso painopiste työskentelyssä on ollut asiakasohjausyksiköiden toimintojen ja taustaohjelmistojen (RAI, SBM ja Sosiaali-LifeCare) yhtenäistämässä. Kaiken kaikkiaan työstetyt toimintamallin ovat onnistuneet.

Yhteistyö alueen asiakasohjaajien, vastuuyksikköjohtajien ja palvelualuejohtajan kanssa on ollut toimivaa ja alueen vastuuyksikköjohtajien ja palvelualuejohtajan kanssa on sovittu asioiden etenemisestä hankkeen päättymisen jälkeen. Haasteena levityksessä ja jalkautuksessa on

kuitenkin ollut alueiden erilaisuus. Alueiden maantieteellinen koko on erilainen ja samoin asiakasmäärissä eroa. Alueiden välillä on myös eroja käytännön toiminnoissa ja resursseissa ja siksi vaatii aikaa, että kaikki prosessit ja toiminnat yhtenäistyvät kunnolla. Työ on kuitenkin hankeaikana hyvin edennyt ja asioiden eteenpäin viemisestä on sovittu.

## **RAI-järjestelmä**

Tavoitteena oli RAI-järjestelmän käyttöönoton laajentaminen, yhtenäisten toimintamallien jalkauttamisen jatkaminen ja saadun tiedon hyödyntäminen mahdollisimman laajasti. IkäKoti-hankkeessa näitä tavoitteita edistettiin ICT ja teknologia kokonaisuudessa. Syyskuusta 2022 lähtien hankkeessa oli osoitettuna yhden henkilön työpanos RAI tavoitteiden edistämiseen. RAI järjestelmään liittyvien toimintamallien ja prosessien kehittäminen oli ajoittain haastavaa samaan aikaan hyvinvointialueen käynnistymisen kanssa. Toisaalta ajankohta loi hedelmällisen tilaisuuden kehittämiselle, koska toimintamallien ja prosessien yhtenäistäminen oli IkäKoti-hankkeessa ikäpalveluiden osalta laajasti käynnissä. Tästä syystä oli merkittävää, että samassa hankkeessa voitiin kehittää myös ikäpalveluiden RAI-toimintamalleja, jotta RAI saatiin rakennettua osaksi ikäihmisen palvelupolkua eikä se jäänyt irralliseksi osaksi palveluiden kehittämisen ulkopuolelle. RAI-järjestelmän hyödyntämistä ja toimintamallien luomista voitiin tehdä rinnakkain ikäpalveluiden kehittämisen kanssa yhdessä ammattilaisten ja johdon kanssa. Palveluiden erilaisten rajapintojen huomioiminen mahdollistui ja sen eteen tehtiin paljon kehittämistyötä. Hankkeella saatiin edistettyä paljon RAI:n käyttöä ja tiedon hyödyntämistä. Myös alueen RAI-koordinaattorin tehtävänkuvan muotoutuminen ja verkostojen rakentaminen saatiin aikaiseksi IkäKoti-hankkeessa.

RAI-järjestelmän käyttäjien tueksi on luotu kuvaukset käyttäjien rooleista ja vastuista sekä visuaalinen RAI-arviointiprosessikuvaus kotihoitoon ja asumisyksiköihin. Arviointiprosessikuvauksiin työryhmissä kirjattiin asioita, jotka tulee huomioida RAI-järjestelmän käytössä, ja jotka tukevat yksikköjä RAI-työskentelyssä sekä varmistavat osaltaan prosessin laatua. Nämä rooli- ja arviointiprosessikuvaukset ovat onnistuneita, sillä ne tukevat yksiköissä niin peruskäyttäjiä kuin esihenkilöitäkin varmistaen prosessin sujuvaa toteuttamista.

IkäKoti-hankkeen aikana järjestetyillä koulutuksilla on saatu luotua vankka pohja järjestelmän hyödyntämiselle jatkossakin. Tavoitteena on ollut hankkeessa tukea RAI-järjestelmän käyttöönottoa, mutta erityisesti antaa henkilöstölle lisäosaamista arviointien luotettavuuden arviointiin ja tiedon hyödyntämiseen. Alueella on pilotoinnissa kotihoidon yhtenäinen hoitosuunnitelmamalli, joka toteutetaan Raisoft-hoitosuunnitelmamoduulilla. Myös asumisyksikköjen puolelle on määritelty yhtenäinen hoitosuunnitelman sisältö, jonka pilottikäyttö alkaa 2024.

Esihenkilö- ja johtotason tiedolla johtamista on kehitetty ottamalla käyttöön yhtenäiset Raisoft-ohjelmistossa seurattavat laatukortit. Laatukorttien indikaattorit määriteltiin johdon tasolla. Kotihoidossa tarpeellista oli tarkastella asiakasrakennetta, kun taas ympärivuorokautisessa asumispalvelussa tarve oli tarkastella yksikköjen toteuttaman palvelun laatua. Esihenkilöitä kannustetaan käymään tuloksia läpi henkilöstönsä kanssa; pohtimaan mistä oman yksikön tulos muodostuu, arvioida RAI-järjestelmän käyttöönoton edistymisen vaihetta ja tulosten luotettavuutta sekä tunnistaa hyviä käytänteitä ja mahdollisia kehittämiskohteita yksikössä. Laatukorttien tarkastelu tulee osaksi esihenkilötyön vuosikelloa. Yksikköjen RAI-vastaaville on koulutettu oman yksikön RAI-järjestelmän käytön toteutumisen seuranta, luotettavuuden arviointia ja ohjelmiston admin-toimintoja. Hankkeessa luoduissa RAI-koulutusmateriaaleissa on huomioitu ikäpalveluiden kokonaisuuden kehittämisen tuomat muutokset ja uudet toimintamallit.

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue tulee tarjoamaan yksityisille ikäpalveluiden tuottajille mahdollisuuden liittyä RAI-tietokantaan. Alkuperäisestä aikataulusta poiketen yksityisten palveluntuottajien liittyminen tietokantaan tapahtuu vuonna 2024, sillä yhteyden avaaminen yksityisille hyvinvointialueen tietoaltaaseen on aiheuttanut yllättäviä teknisiä haasteita. Hankkeessa on tehty yhteistyötä yrittäjien kanssa ja heidän RAI osaamisensa varmistetaan mahdollistamalla heidän henkilöstönsä kouluttaminen HVA:n tarjoamissa koulutuksissa. Tulevaan RAI yhteistyöhön liittyen hankkeen aikana on pidetty info-tilaisuudet sekä yrittäjille että heidän työntekijöilleen.

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialueen ikäpalveluissa aloittaa 1.1.2024 vakituudessa toimessa RAI-koordinaattori, joka jatkaa IkäKoti -hankkeessa kehitettyjen toimintamallien jalkauttamista ja juurruttamista sekä vastaa toimintamallien ja prosessien jatkokehittämisestä yhteistyössä ikäpalveluiden johtoryhmän ja ammattilaisten kanssa. Hankkeessa luodut toimintamallit ja koulutusmateriaalit siirtyvät RAI-koordinaattorin käyttöön. RAI-koordinaattori hyödyntää yhteistyöverkostoja, jotka rakennettiin IkäKoti- hankkeen aikana. RAI-vastuuhenkilön nimeäminen ja palkkaaminen nähtiin hankkeen myötä tarpeelliseksi, jotta voitiin lakisääteisen käyttöönoton ohella myös kehittää tiedon hyödyntämisen ja tiedolla johtamisen malleja.

Tiedolla johtaminen ja RAI tulosten hyödyntäminen laaja-alaisesti on tulevaisuuden kehittämishaasteita. Vuonna 2024 on sovittu ikäpalveluiden RAI-tiedolla johtamisen määrittelystä; millaisia indikaattoreita seurataan, kuka seuraa ja miten raportoidaan. Geriatrian poliklinikka ja infektioiden torjuntayksikkö ovat kiinnostuneet myös hyödyntämään asiakkaista kerättyä RAI-dataa. Heidän kanssaan yhteistyö jatkuu 2024. Myös käynnissä olevat pilotoinnit jatkuvat ensi vuonna ja tavoitteena on ottaa yhtenäiset hoitosuunnitelmat käyttöön ja hyödyntää Raisoft- hoitosuunnitelmamoduulia suunnitelman tekemisessä. Hoitosuunnitelmamoduuli on konkreettinen työkalu omahoitajille, joka auttaa hyödyntämään asiakkaan RAI-tuloksia palvelun



suunnittelussa. Suunnitteilla on hyvinvointialueen henkilöstön intraan RAI-materiaalipankki, joka tukee kaikkia käyttäjiä tarjoten ajantasaista sekä helposti saatavilla olevaa tietoa käytön tueksi. Materiaalipankin toteuttaminen jää hankkeen jälkeen RAI-koordinaattorin toteutettavaksi. Hankkeessa luodut materiaalit on tarkoitus hyödyntää intrassa. Hankkeessa on käynnistetty toimintoja, joiden jatkokehittäminen ja jalostaminen jatkuu alueella RAI-koordinaattorin vastuutehtävänä.

## **Kuntoutus**

Hankkeen yhtenä osa-alueena oli kehittää ikäihmisille kotiin annettavaa ja yksiköissä tuotettavaa kuntoutuspalvelua oikea-aikaisesti. Hankkeessa vastattiin tähän mm. rakentamalla kotiutumisen tuen tiimit hyvinvointialueelle, tiimit tuottavat ikäihmisille tasalaatuista kuntoutuspalvelua heidän asuinpaikastaan riippumatta.

Lyhytaikaisia kuntouttavia yksikköpaikkoja rakennettiin vuorohoitoa tuottaneiden yksikköjen sisälle, muuttamalla osa paikoista kuntouttaviksi arviointipaikoiksi. Kuntoutukseen rakennettiin työpajoissa asiakaspolut, joiden kautta asiakkaat tulevat tiimeille ja yksikköpaikoille.

Kuntoutuksen kokonaisuudessa myös määriteltiin ja otettiin käyttöön kotiin annettavan kuntoutuksen toimintamallit. Luotiin malli arkikuntoutuksesta ja tehostetusta kotikuntoutuksesta sekä määriteltiin niille myöntämisperusteet. Hankkeen tuotokset otettiin heti käyttöön ja niiden jalkautuminen eteni ammattilaisten ja esihenkilöiden kautta.

Jo vuoden 2024 aikana on tavoite saada kaikki kotiutumisen tuen tiimit toimimaan ja lyhytaikaiset asiakaspaikat kattamaan koko hyvinvointialue. Tehostettua kotikuntoutusta pyritään viemään sitä tarvitseville ikäihmisille oikea aikaisesti.

Suurena haasteena kehittämisessä oli eri organisaatioissa käytössä olevat erilaiset toimintamallit, esim. kotiuttamisprosesseissa. Vanhoista käytänteistä yhdessä tulevaisuuteen vaatii vielä paljon yhteistä työtä ja kaikkien organisaation tasojen sitoutumista. Myös pula osaavasta henkilökunnasta, tässä tapauksessa lähinnä fysioterapeuteista ja lähi- ja sairaanhoitajista toi haasteita uusien toimintojen yhtenevälle käyttöönotolle.

## **Etähoiva**

Hanke onnistui vastaamaan kehittämistarpeeseen yhtenäistämällä toimintamallin kotihoidon etähoivalle ja laitehallinnalle. Meidän ja muiden hyvinvointialueiden ammattilaisilta kerättiin tietoa etähoivan toteuttamisesta, jolloin valittiin toimivimmat tavat ja resurssit. Etähoivan toimintamalli oli onnistunut, se mallinnettiin käytännönläheisesti ja on käyttöönotettavissa ilman

suuria satsauksia. Hankkeen päätyttyä jäljelle jää juurrutustyö, josta vastaavat etä- ja tukipalveluiden kotihoidon päällikkö ja etähoivan toimipisteiden tiiminvetäjät.

Tuloksia ei ole vielä levitetty, kun odotetaan kilpailutusten päätöstä kuvapuhelinpalvelun ja lääkeautomaattien osalta. Levitys alkaa, kun järjestelmät ovat selvillä. Toimintamallin muodostamisprosessissa huomioitiin ammattilaisten ja johtajien näkökulmat, järjestelmätoimittajien mukaan ottaminen olisi ollut hyödyllistä.

Etähoivaa tulee kehittää edelleen, laajentamalla palveluita kotihoidon ulkopuolisille asiakkaille, jolloin katsotaan ja harkitaan, mikä taho tuottaa palvelua näille asiakkaille. Tulevaisuudessa keskitytään jalkautukseen, juurruttamiseen ja asiakasmäärän kasvattamiseen, huomioiden työntekijöiden olosuhteet ja palvelun laatu.

### **ICT ja teknologia**

Ikäkoti-hanke onnistui vastaamaan kehittämistarpeeseen, joka liittyy ikääntyneiden hyvinvoinnin tukemiseen digitalisaation ja uusien teknologioiden avulla. Ikäteknologiapalvelut tukevat ikääntyneiden toimintakykyä ja mahdollistavat kotona asumisen pidempään.

Hankkeessa panostettiin Gllie.AI:n IoT-palvelualustan käyttöönottoon ja hyvinvointialueen kokonaissuunnitteluun käytön laajentamisen jalkautukseen ja juurruttamiseen. Lisäksi hankeaikana otettiin käyttöön kattava ikäpalveluiden SBM toiminnanohjausjärjestelmä sekä kilpailutettiin yhtenäinen kotihoidon toiminnanohjaus- ja optimointijärjestelmä. Hyvinvointialueella ammattilaisten käyttämät ohjelmistot ja toimintamallit on yhtenäistetty viimeisen kilpailutuksen ja käyttöönoton myötä.

Tuloksia levitettiin ja jalkautettiin kouluttamalla ammattilaisia teknologisten ratkaisujen käyttöön, mikä tehosti palvelujen tarjoamista ja asiakkaan tarpeiden huomioimista. Hanke korosti ammattilaisten roolia teknologian käyttöönotossa, ja tiivis yhteistyö eri toimijoiden ja verkostojen kanssa oli keskeistä. Hankkeen tuloksia ja kokemuksia aiotaan hyödyntää myös hankkeen päättymisen jälkeen, ja tavoitteena on jatkaa yhteistyötä eri toimijoiden kanssa sekä osallistua Ikäteknologian kansallisen koordinaatiokehitystyöhön.

Haasteina hankkeessa tiedostettiin teknologian käyttöönoton vaikutus toimintaprosesseihin ja työtapoihin, mutta ammattilaisten vahva osallistuminen auttoi varmistamaan, että järjestelmät vastaavat arjen tarpeisiin.

Kokonaisuutena hankkeen kehittäjät saivat erittäin hyvin edistettyä hankesuunnitelman tavoitteita ja toimenpiteitä. Kiinteä ja hyvä yhteistyö organisaation ja johtoryhmän kanssa varmisti, että toimintamalleja otetaan käyttöön ja resursseja kohdennetaan jatkossakin toimintamallien kehittämiseen ja juurruttamiseen.