

Varsinais-Suomen tulevaisuuden kotona
asumista tukevat palvelut iäkkäille
2022–2023
(V-S TulKoti)–hankkeen loppuraportti

Vesala Maria, Aaltonen Pinja, Kivelä Nina, Kaisti Päivi, Pilpola Mari, Harikkala Elina, Levy Sirpa, Junnila Elina

2023



Sisälllys

Hankkeen toiminnan ja tulosten tiivistelmä.....	3
Sammanfattning	5
Abstract	7
Johdanto	9
1. Aluehankkeen kuvaus ja tarkoitus.....	10
1.1. Hankkeen tarve.....	10
1.2. Kohderyhmät	11
2. Aluehankkeen tavoitteet	13
2.1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä.....	13
2.2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan	13
2.3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun.....	13
2.4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla	14
3. Tulokset	15
3.1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä.....	15
3.1.1. Toimintamallit	15
3.1.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset	18
3.2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan	22
3.2.1. Toimintamallit	22
3.2.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset	24
3.3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun.....	25
3.3.1. Toimintamallit	25
3.3.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset	27
3.4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla	28
3.4.1. Toimintamallit	28
3.4.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset	31
4. Johtopäätökset	34

Hankkeen toiminnan ja tulosten tiivistelmä

Tavoitteet

Varsinais-Suomen Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille -hankkeen (V-S TulKoti) tavoitteena oli vahvistaa ja kehittää yhtenäisiä kotona asumista tukevia palveluja Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ikäihmisille vuosina 2022–2023. Hankkeen tavoitteina olivat yhteisten palvelukriteereiden määrittely ikääntyneiden keskeisissä palveluissa, yhtenäisten arviointivälineiden ja arviointiprosessien käyttöönotto palveluita myönnettäessä, keskeisten kotona asumista tukevien palvelujen palvelukuvausten, prosessien ja toimintamallien kartoitus ja yhdenmukaistaminen, yhteiset toimintakäytännöt kotihoidossa tarvittavan henkilöstöressurin määrittämiseen sekä alueellisia sijaisjärjestelyjä henkilöstön saatavuuden ja hyvinvoinnin varmistamiseksi, yhtenäisen tiedolla johtamisen prosessin ja sähköisten välineiden käyttöönotto ja kotona asumista tukevien teknologioiden kartoitus ja käyttöönotto.

Tulokset ja toimintamallit

Kuntouttava arviointijakso kotona ja yksiköissä

Hankkeessa on luotu Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ikääntyneiden palveluihin toimintamalli, jossa iäkkään asiakkaan kuntoutustarpeet arvioidaan systemaattisesti eri siirtymävaiheissa sekä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ennen päätöstä säännöllisten palveluiden aloittamisesta. Hankkeessa on mallinnettu palvelupolku Varhan Kuntouttavasta arviointijaksosta, jossa toteutuvat yhtenäiset arviointimenetelmät ja toimintakäytänteet ja jonka kautta Varsinais-Suomen hyvinvointialueella asuvien ikääntyneiden yhdenvertaisuus toteutuu asuinpaikasta riippumatta. Mallin mukaan arviointi- ja kuntoutus toteutetaan ensisijaisesti asiakkaan kotona, mutta arviointi- ja kuntoutusprosessi voidaan asiakkaan tarpeen mukaan toteuttaa myös ympärivuorokautisesti erityisesti tähän toimintaan perustetuissa yksiköissä. Kuntouttava arviointijakso on osa iäkkään palvelukokonaisuutta.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden suun terveyden arviointi

Hankkeessa loppuun saatettiin jo kehitteillä ollut toimintamalli säännölliseen kotihoidon asiakkaiden suun terveyden arviointiin. Toimintamalli pitää sisällään koulutuspaketin “Autettavan henkilön suunhoito” sekä systemaattisen arviointilomakkeen käyttämisen ja jatkohoitoon ohjaamisen suun terveydenhuoltoon. Arvioinnissa käytetään osana myös RAI-toimintakykymittaria.

Yhtenäisen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli

Hankkeessa luotiin Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ikääntyneiden palveluihin yhtenäisen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli. Tähän toimintamalliin sisältyy asiakas- ja palveluohjaukseen sekä palvelutarpeen arviointiin liittyvät prosessit ja niiden seuranta, myöntämisen perusteet ja yhtenäinen käsitteiden määrittely kotona asumista tukevien palveluiden osalta. Tavoitteena on matalan kynnyksen yhteydenotto sekä sujuva ja tasalaatuinen palvelu ikääntyneille koko Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Tuotoksena toimintamallista valmistui ”Ikäihmisten palveluohjauksen käsikirja”.

Riittävän ja osaavan henkilöstön varmistaminen

Hankkeessa luotiin Varsinais-Suomen hyvinvointialueelle yhtenäiset toimintakäytännöt kotihoidossa tarvittavan resurssin määrittelyyn ja resurssin kohdentamiseen tiimeille. Toimintamalli perustuu asiakkaiden tarpeista lähtevään resurssihallintaan. Toimintamalli mahdollistaa palveluyksiköiden ja toimipisteiden asiakastarpeen mukaisen henkilöstösuunnittelun, henkilöstö- ja sijaistarpeiden tunnistamisen ja päivittäisen toiminnan resurssiohjauksen toteuttamisen asiakastarpeen mukaisesti palveluyksiköiden ja tiimien tasolla.

Ikääntyneiden kotona asumista tukevien palveluiden asiakas- ja läheispalaute

Hankkeessa kehitettiin toimintamalli ikääntyneiden kotona asumista tukevien palveluiden asiakas- ja läheispalautemallista, jolla kerätään tietoa palvelujen laadusta asiakkaalta, läheiseltä ja henkilökunnalta osallistavia palautejärjestelmiä käyttäen. Sosiaalihuoltolaki sekä laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta edellyttää, että asiakas ja tarvittaessa hänen omaisensa ja läheisensä ovat mukana arvioinnin ja asiakassuunnitelman tekemisessä. Hankkeessa luotiin toimintamalli, joka on ketterä, helppokäyttöinen ja käyttäjäystävällinen huomioiden asiakaskunnan erityispiirre.

Johtopäätökset

Varsinais-Suomen TulKoti-hankkeessa keskityttiin laaja-alaisesti ikääntyneiden kotona asumista tukevien palveluiden kehittämiseen. Tavoitteena oli yhtenäistää ja tehostaa 27 kunnan alueiden toimintakäytäntöjä yhtenäisiksi takaamaan yhdenvertaisuutta ikääntyneille kansalaisille kautta hyvinvointialueen. Haasteena hankkeelle asetettujen tavoitteiden toteutumiseen oli hankekauden ajankohta, joka sijoittui siirtymään kuntien palvelutuotannosta hyvinvointialueelle. Yhteisten tavoitteiden asettamista haastoi kuntien erilainen laintulkinta ja käsitteiden määrittely, jonka vuoksi samaa palvelua on tuotettu hyvin eri sisältöisesti eri kunnissa. Hankkeen aikana tehtiin hyvää yhteistyötä ja yhteiskehittämistä ikääntyneiden palveluissa, onnistuttiin saavuttamaan merkittäviä yhtenäistämistoimenpiteitä ja parannuksia keskeisillä painopistealueilla. Osa suunniteltujen toimintamallien kehittämisestä jäi vielä alkutekijöihin ja jatkokehittettäväksi tulevaisuudessa.

Sammanfattning

Mål

Målet med projektet Framtidens hemservice för äldre i Egentliga Finland (V-S TulKoti) var att stärka och utveckla enhetliga tjänster som stöder boende hemma för äldre inom Egentliga Finlands välfärdsområde under åren 2022–2023. Projektets mål var att definiera gemensamma servicekriterier i nyckeltjänster för äldre, att införa enhetliga bedömningsverktyg och bedömningsprocesser för tillhandahållandet av tjänster, att identifiera och harmonisera servicebeskrivningar, processer och tillvägagångssätt för viktig service som stöder hemmaboende, gemensamma metoder för att fastställa vilka personalresurser som behövs inom hemvården och regionala vikariearrangemang för att säkerställa personalens tillgänglighet och välbefinnande, införande av en gemensam informationshanteringsprocess och elektroniska verktyg samt identifiering och införande av teknologi som stödjer hemmaboende.

Resultat och verksamhetsmodeller

En rehabiliterande bedömningsperiod i hemmet och på enheterna

I projektet har en verksamhetsmodell skapats för äldreservice inom Egentliga Finlands välfärdsområde, där rehabiliteringsbehoven hos den äldre klienten systematiskt bedöms i olika övergångsskeden och i samband med bedömning av servicebehov, innan beslutet om att inleda regelbunden service fattas. Projektet har modellerat en serviceväg baserad på Varhas Rehabiliterande bedömningsperiod, där enhetliga bedömningsmetoder och verksamhetspraxis förverkligas och genom vilken jämställdheten för äldre som bor inom Egentliga Finlands välfärdsområde förverkligas oavsett deras bostadsort. Enligt denna modell utförs bedömning och rehabilitering i första hand i klientens hem, men bedömnings- och rehabiliteringsprocessen kan också utföras dygnet runt i specialutformade enheter, beroende på klientens behov. Den rehabiliterande bedömningsperioden är en del av den äldres servicepaket.

Bedömning av munhälsan hos klienter med regelbunden hemvård

Projektet slutförde en verksamhetsmodell som redan var under utveckling av regelbunden bedömning av munhälsan hos hemvårdsklienter. Verksamhetsmodellen omfattar utbildningspaketet "Munvård för den som ska hjälpas" samt användning av ett systematiskt bedömningsformulär och hänvisning till munhälsovården för uppföljande behandling. En RAI-indikator för funktionsförmågan används också som en del av bedömningen.

Verksamhetsmodell för enhetlig bedömning av servicebehov

I projektet skapades en verksamhetsmodell för att bedöma det enhetliga servicebehovet för tjänster för äldre inom Egentliga Finlands välfärdsområde. Denna verksamhetsmodell omfattar processer relaterade till klient- och servicevägledning och bedömning av servicebehov och deras uppföljning, kriterier för tilldelning och en enhetlig definition av begrepp för service som stödjer boende i hemmet. Målet är att erbjuda en kontakt med låg tröskel och en smidig och enhetlig service för de äldre inom hela Egentliga Finlands välfärdsområde. Som en produkt av verksamhetsmodellen färdigställdes "Handbok i servicevägledning för äldre".

Att säkerställa tillräcklig och kompetent personal

I projektet skapades enhetliga verksamhetsmetoder för Egentliga Finlands välfärdsområde för att definiera de resurser som behövs inom hemtjänsten och allokera resurser till teamen. Verksamhetsmodellen bygger på resurshantering som utgår från klienternas behov. Verksamhetsmodellen möjliggör personalplanering i enlighet med klientbehoven på serviceenheter och verksamhetsställen, identifiering av personal- och vikariebehov samt implementering av resurshantering av den dagliga verksamheten i enlighet med kundernas behov på serviceenheternas och teamens nivå.

Klient- och anhörigrespons om tjänster för att stödja hemmaboende äldre

I projektet har en verksamhetsmodell utvecklats från en klient- och familjebaserad feedbackmodell för service för äldre som bor hemma, som samlar in information om servicekvaliteten från klienter, familjemedlemmar och personal med hjälp av deltagande feedbacksystem. Socialvårdslagen och lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga förutsätter att klienten och vid behov de anhöriga och närstående deltar i bedömningen och utarbetandet av klientplanen. Projektet skapade en verksamhetsmodell som är smidig, lätt att använda och användarvänlig, med hänsyn till klientbasens särdrag.

Slutsatser

TulKoti-projektet i Egentliga Finland fokuserade på ett brett utbud av service för att stödja de äldre som bor hemma. Målet var att förena och förbättra verksamheten i regionerna i 27 kommuner för att säkerställa jämställdhet för äldre medborgare i hela välfärdsområdet. En utmaning för att uppnå projektets mål var tidpunkten för projektperioden, som sammanföll med övergången från kommunal service till välfärdsområdet. Att sätta upp gemensamma mål utmanades av kommunernas olika tolkning av lagen och definitionen av begrepp, vilket innebar att samma tjänst tillhandahölls med mycket olika innehåll i olika kommuner. Under projektets gång har det skett ett gott samarbete och gemensam utveckling inom äldreservice, betydande enande åtgärder och förbättringar har uppnåtts inom viktiga prioriterade områden. En del av utvecklingen av de planerade verksamhetsmodellerna var fortfarande i inledningskedet och kommer att vidareutvecklas i framtiden.

Abstract

Objectives

The objective of the project “Services for the elderly to support living at home in the future” (V-S TulKoti) by the Wellbeing Services County of Southwest Finland was to reinforce and develop uniform services that support living at home by the elderly in the Wellbeing Services County of Southwest Finland in 2022-2023. The objectives of the project were to define common service criteria in the main services for the elderly, to introduce uniform assessment tools and evaluation processes when granting services, to survey and harmonise the service descriptions, processes and operating models of the key services that support living at home, to establish common operating practices for determining the human resources needed in home care, to establish regional substitute arrangements to ensure the availability and wellbeing of personnel, to introduce a uniform knowledge-based management process and electronic tools, and to survey and introduce technologies that support living at home.

Results and operating models

Rehabilitative assessment period at home and in units

The project was used for creating an operating model for services for the elderly in the Wellbeing Services County of Southwest Finland. In the model, the rehabilitation needs of an elderly client are systematically assessed in different transition phases and in connection with the assessment of the need for services before a decision is made to start regular services. The project has modelled a service path from Varha’s Rehabilitative Assessment Period, which implements uniform assessment methods and operating practices and through which the equal opportunities of elderly people living in the Wellbeing Services County of Southwest Finland are fulfilled regardless of their place of residence. According to the model, assessment and rehabilitation are primarily carried out at the client’s home, but the assessment and rehabilitation process can also be carried out around the clock in units specifically established for this purpose, depending on the client’s needs. The rehabilitative assessment period is part of the service package for an elderly person.

Assessment of oral health of clients of regular home care

The project completed an operating model, which was under development, for the regular assessment of the oral health of home care clients. The operating model includes the training package “Oral care of person to be helped” as well as the use of a systematic assessment form and referral to follow-up care for oral health. The assessment also employs the RAI performance indicator.

Operating model for uniform assessment of need for services

The project created a uniform operating model for assessing the need for services for the elderly in the Wellbeing Services County of Southwest Finland. This operating model includes the processes related to client and service guidance and to the assessment of the need for services and the monitoring of these processes, award criteria and uniform definition of concepts for services that support living at home. The goal is low-threshold contact as well as smooth service of consistent quality for the elderly throughout the Wellbeing Services County of Southwest Finland. As a result of the operating model, a “Handbook of service guidance for the elderly” was created.

Ensuring sufficient and competent personnel

The project created uniform operating practices for the Wellbeing Services County of Southwest Finland for the definition of the resource needed in home care and allocation of the resource to teams. The operating model is based on resource management based on client needs. The operating model enables personnel planning in accordance with the client needs of service units and operating units, identification of personnel and substitute needs and implementation of resource management of daily operations according to client needs at the level of service units and teams.

Feedback from clients and persons close to clients on services that support elderly people living at home

The project developed an operating model for feedback from clients and persons close to clients of services that support elderly people living at home. The model compiles information on the quality of services from clients, persons close to clients and personnel by using inclusive feedback systems. The Social Welfare Act and the Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Care Services for Older Persons require that clients and, if necessary, their relatives and people close to them are involved in the assessment and preparation of the client plan. The project created an operating model that is agile, easy to use and user-friendly, considering the special characteristics of the client base.

Conclusions

The TulKoti project in Southwest Finland focused comprehensively on the development of services that support living at home by elderly people. The objective was to harmonise and intensify the operating practices of the 27 municipalities to become uniform and to ensure the equal opportunities of older citizens throughout the Wellbeing Services County. Achieving the objectives set for the project was challenging because of the timing of the project period; it coincided with the transition from municipal service production to the Wellbeing Services County. The setting of shared objectives was complicated by the different interpretation of the law and definition of concepts by different municipalities, which is why the same service has been produced with very different contents in different municipalities. During the project, there was good co-operation and joint development in services for the elderly, and significant harmonisation and improvements were achieved in the key priority areas. Some of the development of the planned operating models is still in the early stages to be developed further in the future.

Johdanto

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

Hankekokonaisuudella toteutettiin Marinin hallitusohjelmaa (2020), jonka yhtenä tavoitteena oli ikäystävällisyyden vahvistaminen. Tavoitteeseen pyrittiin osaltaan parantamalla iäkkäiden palvelujen laatua ja saatavuutta.

Kotona asumista tukevien palvelujen vahvistaminen ja kotihoidon resurssien riittävyyden turvaaminen oli yksi keskeinen osa palvelujärjestelmään liittyvää toimenpidekokonaisuutta, jonka osa-alueita olivat 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 tuettiin kuntia ja uusia hyvinvointialueita niiden iäkkäiden kotona asumista tukevien palvelujen kokonaisuuden kehittämisessä. Hankkeen tavoitteita toteutettiin erityisesti Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi vuosille 2020–2023 annettuja sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävästä palvelujärjestelmästä koskevia suosituksia toimeenpanemalla

Tämä on Varsinais-Suomen Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille -hankkeen loppuraportti. Sen tarkoituksena on kuvata alueellisen hankkeen tarkoitus ja tavoitteet, hankkeessa kehitetyt toimintamallit ja muut tuotokset sekä niiden johtopäätökset. Varsinaiset tarkemmat toimintamallikuvaukset ovat liitetty Innokylään.

1. Aluehankkeen kuvaus ja tarkoitus

1.1. Hankkeen tarve

Varsinais-Suomessa ikääntyneiden kotihoidon palvelujen järjestämisessä on erilaisia rakenteita ennen hyvinvointialueelle siirtymistä. Varsinais-Suomessa on yhteensä 27 kuntaa: 20 kuntaa, yksi kuntayhtymä (kolme kuntaa) ja yksi yhteistoiminta-alue (kaksi kuntaa) järjestävät kotihoidon palvelut ikääntyneelle väestölle. Kaksi kuntaa järjestävät itse ikääntyneiden kotipalvelut ja kotisairaanhoidon palvelut järjestää terveydenhuollon yhteistoiminta-alue, johon kunnat kuuluvat. Tarve kehittämistyölle on tunnistettu yhteistyössä alueen vanhuspalveluista vastaavien henkilöiden, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa toimeenpanevan ikääntyneiden kuntoutus-, hoito- ja hoivatyöryhmän sekä muiden yhteistyötahojen kanssa.

Yksittäisissä kunnissa on kuitenkin kehitetty kuntoutuksen toimintakäytäntöjä iäkkään ihmisen asiakaspolkuun liittyvien siirtymävaiheiden osalta. Alueen kunnilla ei ole käytössä yhtenäisiä, asiakaslähtöisiä ikäväestön kotona asumista tukevia kuntoutuksen toimintakäytäntöjä. Hyviksi ja vaikuttaviksi todetut käytännöt ovat tärkeää saada käyttöön koko alueella ja siten edistää ikäväestön yhdenvertaisuutta ja toimintakykyisyyttä.

Kunnat ovat ottaneet käyttöön erilaisia teknologisia ratkaisuja ikääntyneiden palveluissa. Alueella ei ole ollut ennen hyvinvointialueelle siirtymistä käytössä yhtenäisiä periaatteita ja käytäntöjä teknologisten ratkaisujen käytöstä ikäväestön palveluissa.

Keva julkaisi keväällä 2021 tilastollisen analyysimallin ammattinimiketasoisista työvoimatarpeista Varsinais-Suomen kunnissa (1). Analyysin mukaan hoitotyössä toimivien lähihoitajien kysyntä oli tarjontaa huomattavasti suurempaa. Analyysimalli ennakoii työvoimapulaa lähihoitaja-nimikkeen kohdalla vuoteen 2030 asti, mihin asti analyysimalli ulottuu. Niin ikään sairaanhoitajanimikkeen kohdalla maakunnassa on työvoimapula. Työvoimapulaa sairaanhoitajista ennakoidaan jatkuvan tulevina vuosina. Hoitohenkilökunnan työvoimapula koskettaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaa kokonaisuutena. Työvoimapula edellyttää mm. alan vetovoimaisuuden parantamista ja koulutuksellisia ratkaisuja. Kaiken kaikkiaan väestön ikääntymisestä ja matalasta syntyvyydestä johtuen ikääntyneiden palveluissa on vahvistettava teknologisten ratkaisujen käyttöä asiakkaiden hoidon ja palvelujen toteuttamisessa.

Tämän lisäksi on kehitettävä ratkaisumalleja, miten käytettävissä olevaa henkilöresurssia kohdennetaan asiakkaille ja miten samanaikaisesti tuetaan henkilöstön hyvinvointia ja jaksamista.

Alueen kotihoidossa työskentelevistä ammattinimikkeistä ja henkilöiden lukumääristä ei ole käytettävissä yhteismitallista vertailutietoa. Asiakkaille myönnettyjen palvelujen määrä ja käytettävissä olevan resurssin seuranta toteutetaan kuntakohtaisilla toimintamalleilla.

Alueella ei ole tällä hetkellä seurantajärjestelmää, jossa asiakastietoa olisi mahdollista yhdistää henkilöstöstä saatavaan tietoon tai taloustietoihin. Alueella ei myöskään ole käytössä seurantajärjestelmää, joka mahdollistaisi asiakasohjauksen vertaiskehittämisen ja asiakasohjauksessa tehtävien päätösten ja perusteiden seurannan.

Varsinais-Suomen TulKoti-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. Ikääntyneiden palveluiden yhtenäiseen palvelutarpeen arvioinnin prosessia on kehitetty aiemmin, mutta tarpeena on luoda yksi yhteinen toimintamalli hyvinvointialueelle. Tarpeena on palveluketjun toimintojen yhtenäistäminen ja jalkauttaminen hyvinvointialueella. Tarpeena on tarveperusteisen resurssien suunnittelun toimintamallin luominen sekä jalkauttaminen koko hyvinvointialueelle. Sähköisiä työvälineitä otetaan enemmän käyttöön kuten toiminnan ohjauksen järjestelmiä ja etähoivaa. Tavoitteiden taustalla on uudistuva vanhuspalvelulaki ja hallitusohjelmaan sisältyvä Ikäohjelman vuoteen 2030 korostama sosiaalinen ja taloudellinen kestävyys.

Hankkeessa edistettäviä osahankkeita ovat:

1. yhteisten palvelukriteereiden määrittely ikääntyneiden keskeisissä palveluissa
2. yhtenäisten arviointivälineiden ja arviointiprosessien käyttöönotto palveluita myönnettäessä
3. yhtenäisen tiedolla johtamisen prosessin ja sähköisten välineiden käyttöönotto
4. keskeisten kotona asumista tukevien palvelujen palvelukuvausten, prosessien ja toimintamallien kartoitus ja yhdenmukaistaminen (mm. kotihoito, lääkäripalvelut, kuntoutuspalvelut ja suun terveydenhuolto.)
5. Kotona asumista tukevien teknologioiden kartoitus ja käyttöönotto (mm. virtuaali – ja etäpalvelut).

Hankesuunnitelmaan oli asetettu laajemmat tavoitteet RAI-arviointivälineiden käytön jatkuvan osaamisen ja kouluttamisen toimintamallissa ennen hankesuunnitelman tarkentamista. RAI-asiantuntijatiimi ja RAI-koordinaatioryhmä olivat edistäneet RAI-toimintaa ja RAI-järjestelmään liittyvät toimintakäytännöt, osaamisen ja kouluttamisen toimintamalli, sekä RAI-osaajien verkosto etenivät RAI-asiantuntijatiimin ja alueellisen koordinaatioryhmän vetämänä. Tästä syystä hankesuunnitelman tarkennusvaiheessa RAI-arviointivälineiden käytön jatkuvan osaamisen ja kouluttamisen toimintamalli (osahanke 2B) osatavoite on jätetty pois. Hankkeessa on tehty aktiivista yhteistyötä RAI-asiantuntijatiimin ja alueellisen koordinaatioryhmän kanssa.

1.2. Kohderyhmät

Hankkeen kohderyhmänä ovat maakunnan ikääntyneet ja ikääntyneiden kotona asumista tukevissa palveluissa työskentelevät sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset.

Vuonna 2018 säännöllisessä kotihoidon asiakkuudessa oli lähes 6500 asiakasta. Asiakkaista hieman yli tuhat oli 65–74-vuotiaita. 75–79-vuotiaita asiakkaita oli lähes 900 ja 80–84-vuotiaita oli lähes 1400. Yli 3200 säännöllisen kotihoidon asiakkaista oli 85 vuotta täyttäneitä.

Maakunnan väkiluku oli 483 477 vuoden 2021 lopussa Väestöstä 75 vuotta täyttäneitä oli 11,1 %, 80 vuotta täyttäneitä oli 6,3 % ja 85 vuotta täyttäneitä 3,1 %.

Varsinais-Suomessa 75 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa 2040 mennessä 53 633 henkilöstä 82 317 henkilöön. Ikääntyneiden määrän kasvua tapahtuu alueen kaikilla seutukunnilla. (Lähde: Väestöennuste 31.12.2021, Tilastokeskus)

2. Aluehankkeen tavoitteet

Hankkeen tavoitteet ovat yhteneviä hyvinvointialueen valmistelun tehtävien kanssa ja tarkoitus on, että hanke tekee tiivistä yhteistyötä hyvinvointialueen valmistelun kanssa ja että hankkeen tuotokset ovat hyödynnettävissä hyvinvointialueen valmistelussa

2.1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä

Kuntoutustarpeen tunnistaminen ja kuntoutuksen toimintakäytäntöjen ja –prosessien yhtenäistäminen (osahanke 1A)

Tavoitteena on luoda toimintamalli, jossa iäkkäiden asiakkaiden kuntoutustarve arvioidaan systemaattisesti siirtymävaiheissa sekä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ennen päätöstä säännöllisen palveluiden aloittamisesta. Kuntoutus toteutetaan ensisijaisesti asiakkaan kotona hyödyntäen myös etäkuntoutuksen vaihtoehtoja.

Lääkäri- ja suun terveydenhuollon palvelujen toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen kotihoidon asiakkailla (osahanke 1B)

Tavoitteena on luoda toimintakäytäntö, jossa kotihoidon asiakkaiden lääkäri- ja suun terveydenhuollon palvelut yhtenäistetään.

Asiakasturvallisuutta ja palvelujen laatua edistävät teknologiset ratkaisut (osahanke 1C)

Tavoitteena on luoda yhtenäinen toimintakäytäntö, jossa keskiössä ovat asiakkaan kodinturvallisuus, kotiympäristön turvallisuus ja yhtenäiset apuvälineiden tarpeen arvioinnin käytännöt. Laaditaan lyhyen- ja pitkäkätähtäimen suunnitelma asiakasturvallisuutta parantavista teknologisista ratkaisuista.

2.2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan

Yhtenäisen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli (osahanke 2A)

Tavoitteena on luoda Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ikääntyneiden palveluihin yhtenäisen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli. Tähän toimintamalliin sisältyy asiakas- ja palveluohjaukseen sekä palvelutarpeen arviointiin liittyvät prosessit ja niiden seuranta, myöntämisen perusteet ja yhtenäinen käsitteiden määrittely.

Tavoitteena on matalan kynnyksen yhteydenotto, sekä sujuva ja tasalaatuinen palvelu ikääntyneille koko Varsinais-Suomen hyvinvointialueella.

2.3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun

Kotihoidon henkilöstöresurssin määrittely (osahanke 3A)

Tavoitteena on luoda alueelle yhtenäiset toimintakäytännöt kotihoidossa tarvittavan resurssin määrittelyyn ja resurssin kohdentamiseen tiimeille ja otetaan käyttöön toiminnan johtamista tukeva teknologia.

Alueelliset sijaisjärjestelyt henkilöstön saatavuuden ja hyvinvoinnin varmistamiseksi (osahanke 3B)

Tavoitteena on kehittää toimintamalli, jossa lisätään erilaisia alueellisia sijaisjärjestelyjä henkilöstön saatavuuden ja hyvinvoinnin varmistamiseksi. Tunnistetaan ja mallinnetaan toimintapa varmistamaan työntekijän osaamisen asiakastarpeen mukaisesti

2.4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla

Tiedolla johtamisen käytäntöjen kehittäminen johtamisen eri tasoilla (osahanke 4A)

Tavoitteena on kehittää ikääntyvien palveluissa tiedolla johtamisen käytäntöjä johtamisen eri tasoilla ja ottaa käyttöön tiedolla johtamisen ja laadunhallinnan mahdollistavat välineet ja mittarit. Määritellä yhtenevät tietojohtamisen ja laadunhallinnan välineet sekä yhdenmukaistaa omavalvonnan käyttöä. Kuvataan ja otetaan käyttöön toimintamalli, miten hyvinvointialueen ikäihmisten palvelujen laatua seurataan järjestelmällisesti.

Lähtökohtana on kehittää tiedon systemaattista hyödyntämistä siten, että käytössä olevia ja kehitettäviä arviointityövälineitä ja mittareita käytetään entistä enemmän ja päätöksen teko perustuu kotihoidon toiminnan eri tasoilla kerättyyn tietoon, jonka keskeiset tietolähteet on määritelty.

Alueen ikääntyneiden palveluiden yhtenäinen palautekysely

Tavoitteena on, että alueen ikääntyneiden palveluissa otetaan käyttöön yhtenäinen palautekysely, jolla kerätään tietoa palvelujen laadusta asiakkaalta, läheiseltä ja henkilökunnalta osallistavia palautejärjestelmiä käyttäen. Sosiaalihuoltolaki sekä laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta edellyttää, että asiakas ja tarvittaessa hänen omaisensa ja läheisensä ovat mukana arvioinnin ja asiakassuunnitelman tekemisessä.

3. Tulokset

3.1. Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä

3.1.1. Toimintamallit

Toimintamalli 1: Kuntouttava arviointijakso kotona ja yksiköissä

Tavoite

Tavoitteena luoda Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ikääntyneiden palveluihin toimintamalli, jossa iäkkään asiakkaan kuntoutustarpeet arvioidaan systemaattisesti eri siirtymävaiheissa sekä palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä ennen päätöstä säännöllisten palveluiden aloittamisesta. Tavoitteena mallintaa palvelupolku Varhan Kuntouttavasta arviointijaksosta, jossa toteutuvat yhtenäiset arviointimenetelmät ja toimintakäytänteet ja, jonka kautta Varsinais-Suomen hyvinvointialueella asuvien ikääntyneiden yhdenvertaisuus toteutuu asuinpaikasta riippumatta. Mallin mukaan arviointi- ja kuntoutus toteutetaan ensisijaisesti asiakkaan kotona, mutta arviointi- ja kuntoutusprosessi voidaan asiakkaan tarpeen mukaan toteuttaa myös ympärivuorokautisesti erityisesti tähän toimintaan perustetuissa yksiköissä. Kuntouttava arviointijakso on osa iäkkään palvelukokonaisuutta.

Toimintamalli

Monipuolinen ja moniammatillinen arviointi- ja kuntoutustoiminta on tutkimuksiin pohjautuen keino ylläpitää ja kohentaa iäkkään henkilön toimintakykyä ja mahdollisuuksia selviytyä omassa kodissaan mahdollisimman pitkään ja turvallisesti. Palvelutarpeen ja kuntoutustarpeen arviointi yhdistettynä kuntouttavaan arviointijaksoon luo edellytyksiä oikea-aikaiseen ja tehokkaaseen väliintuloon iäkkään asiakkaan toimintakyvyn muutoksien taitekohdissa. Kun iäkkäiden henkilöiden oikeaan palveluun siirtyminen pitkittyy, aiheuttaa se ruuhkautumista päivystykseen, sairaalapalveluihin sekä pahimmillaan iäkkään kohtuutonta ja toimintakykyisyyttä heikentävää odotusta palvelutarpeidensa arviointiin. Jotta palvelut kohdentuisivat oikea-aikaisesti, asiakkaan tarpeen mukaisesti sekä myös taloudellisesti, tulee systemaattista ja laaja-alaista iäkkäiden kuntouttavaa arviointitoimintaa kehittää osana Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ikääntyneiden palveluiden perustoimintoja.

Mallin kehittäminen työstettiin työpajatoiminnan kautta. Aluksi oli tärkeää selkeyttää koko Varhan toiminta-alueen 27 kunnan nykykäytänteet ja sen jälkeen luoda jo olemassa olevien hyvien käytänteiden pohjalta yhdessä alueiden henkilöstöryhmien kanssa näkemys yhtenäisestä kuntouttavan arviointijakson ydinprosessista. Toimintamallin ja palvelukokonaisuuden selkiyttämiseksi ja sisällöllisen moniammatillisuuden takaamiseksi työpajojen työryhmiin osallistui myös palveluohjauksen, sairaalapalveluiden ja sotepalveluiden asiantuntijaryhmiä. Näissä työpajoissa selkiytettiin myös asiakasrajapintoja.

Malli koostuu kahdesta palvelukuvauksesta Kuntouttava arviointijakso kotona ja Kuntouttava arviointijakso yksikössä. Mallissa on kuvattu palveluun ohjautumisen kriteeristö sekä asiakaspolun prosessikuvaus työvaiheineen. Palvelulle on asetettu tavoitteet ja tulosten seurantamenetelmät.

Toimintamallin keskiössä on RAI-asiantuntijatiimin kanssa yhteistyössä työstetty RAI-arviointivälineiden käyttö osana kuntouttavan arviointijakson arviointiprosessia niin kotona kuin yksiköissäkin. RAI-välineiden käyttöä on kuvattu kuntouttava arviointijakso kotona ja arviointiyksiköiden toiminnassa osana jakson prosessikuvausta.

Palveluntarpeiden selvittämisestä, hoidosta ja kuntoutuksesta vastaa iäkkään henkilön tarpeiden kannalta tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetun lain (817/2015) 3 §:ssä tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu ammattihenkilö, jolla on laaja-alaista asiantuntemusta. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012, 15 §.)

Malli

1. Kuntouttava arviointijakso kotona palvelukuvaus

Kuntouttava arviointijakso on uusien asiakkaiden säännöllistä kotihoitoa edeltävä moniammatillisesti suoritettava asiakkaan toimintakykyisyyttä tukeva toimintamalli osana palvelutarpeen arviointia. Kuntouttava arviointijakso sisältää lain velvoittamana RAI-järjestelmän avulla tuotetun aineiston asiakkaan toimintakyvystä ja palveluiden tarpeesta. Päätökset iäkkäälle myönnettyistä yksilöllisen tarpeen mukaisista palveluista perustuvat arviointijaksolla saatuun aineistoon.

Kuntouttavan arviointijakson tarkoituksena on saada kokonaiskuva asiakkaan arkuoriutumuksesta, arvioiden hänen toimintakykyään ja selviytymistään hänen omassa elinympäristöään. Arvioinnissa huomioidaan mistä päivittäisistä toimista ikäihminen selviytyy itsenäisesti ja missä hän mahdollisesti tarvitsee apua ja tukea. Arvioinnin perusteella ja yhteistyössä asiakkaan kanssa laaditaan henkilökohtaiseen tavoitteeseen pohjautuva kotona kuntoutumisen suunnitelma. Tavoitteellinen ja suunnitelmallinen moniammatillinen kuntoutusjakso toteutetaan yhteistyössä asiakkaan ja mahdollisten läheistensä kanssa.

Kuntouttavan arviointijakson tavoitteena on asiakkaan toimintakyvyn ja kotona pärjäämisen vahvistaminen ja yksilöllisen palvelutarpeen selvitys. Arviointijaksolla arvioidaan myös apuvälineiden tarve. Kuntouttava arviointijakso on edellytys säännöllisten kotiin tuotavien palvelujen alkamiselle. Kuntouttava arviointijakso on aina määräaikainen. Jakso on maksullinen. Kuntouttava arviointijakso kotona mallia toteutetaan koko Varhan alueella kaikissa kunnissa.

2. Kuntouttava arviointijakso yksikössä palvelukuvaus

Kuntouttava arviointijakso yksikössä on moniammatillinen geriatrinen arviointi- ja kuntoutusjakso osana iäkkään moniammatillista palvelutarpeen arviointia. Arviointi ja kuntoutusjakso yksiköissä on tarkoitettu niille iäkkäille, joiden kuntouttavan arviointijakson suorittaminen kotioloissa on asiakkaan terveydentilan ja turvallisuuden kannalta vielä haasteellista. Kun toimintakykyä alentavat akuutit sairaudet on selvitetty ja saatu hoitotasapainoon, mutta asiakkaan kotona selviytyminen ei ole turvallista, on jatkumona siirtyminen kuntouttavaan arviointiyksikköön. Yksikköjaksoille siirtyvien vanhuksien toimintakykyisyyteen liittyy monialaisempaa haasteellisuutta ja heillä saattaa ilman systemaattista väliintuloa olla vaarana ohjautuminen ennen aikaisesti ympärivuorokautiseen hoivaan.

Jakson tarkoituksena on saada kokonaiskuva asiakkaan toimintakyvystä ja tukea kuntoutuksen keinoin hänen toipumistaan. Jaksolla tehdään geriatrinen arviointi ja siihen perustuva tavoitteellinen kuntoutussuunnitelma yhdessä asiakkaan, omaisten ja moniammatillisen tiimin yhteistyönä. Jaksolla pyritään tukemaan asiakkaan omatoimisuutta ja kotona selviytymisen mahdollisuuksia myös ryhmämuotoisen liikunta- ja virikkeellisen toiminnan keinoin.

Kohderyhmänä iäkkäät, + 65-vuotiaat asiakkaat, joilla tarvetta kuntouttavaan arviointiin sairaalasta kotiutumisen mahdollistamiseksi ja turvaamiseksi tai kotihoidon ja omaishoidon asiakkaat, jotka tarvitsevat arviointia ja kuntoutusta tueksi, koska kotona selviytyminen on vaarantumassa.

Kuntouttavaa arviointijaksoa yksiköissä toteutetaan Varhassa alueellisissa iäkkäiden palveluiden omissa kuntoutusyksiköissä.

Toimintamallin arviointi, vaikutukset ja vaikuttavuus

Hankkeelle asetetut tavoitteet saavutettiin ja syntyneen mallin jalkauttaminen Varhan yhtenäiseksi iäkkään kuntouttavaksi arviointijaksomalliksi on jo aloitettu. Mallin jalkauttaminen tapahtuu vaiheittain vuosien 2024–2025 aikana. Ensisijaiset kehittämistoimenpiteet on suunnattu Kuntouttavan arviointijakso kotona mallin laajentamiseen kattamaan koko Varhan aluetta ja Kuntouttava arviointi yksiköissä mallia viedään eteenpäin tiiviissä yhteistyössä ja osana ikääntyneiden palveluiden palvelurakennemuutostyötä. Myös muiden palvelualueiden; sairaalapalvelut ja Sotekeskus, palvelurakennemuutokset vaikuttavat osaltaan Kuntouttavan arviointiyksikkömallin laajentamiseen mm. tilatarvesuunnitelmien ja lääkäriresurssointien osalta.

Hankkeen tavoitteen saavuttamista edisti Varhan strateginen päätös mallintaa kuntouttava arviointijakso osana iäkkäiden palvelukokonaisuutta. Sen kehittäminen nähtiin tärkeänä osa-alueena Varhan kokonaiskehittämistä. Näin myös hanketyön nähtiin edistävän vahvasti strategian jalkautumista kenttätyöhön ja sen kehittämiseen.

Toimintamallin rakentamisen myötä Varhan organisaatiokaavioon tehtiin myös selkeä muutos ikääntyneiden palveluissa, nostamalla arviointi- ja kuntoutuspalvelut omaksi osa-alueekseen kotona asumista tukevien kotihoitopalveluiden ja asumispalveluiden rinnalle. Tällä toimenpiteellä hallinto tuki mallin liittämistä osaksi Varhan iäkkään palvelukokonaisuutta.

Toimintamalli 2: Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden suun terveyden arviointi

Ikääntyneen suun terveyden omahoidolla on suuri merkitys suun terveyteen ja sitä kautta kokonaisterveyteen ja toimintakykyyn. Suun terveydenhuollon tarpeellisuutta ja hammashoitopalveluiden säännöllistä käyttöä onkin tarpeellista korostaa kotihoidossa, jonka asiakkaiden hoitorippuvuus koskee myös suunterveyttä heidän toiminnallisten, kognitiivisten ja gerasteniaan liittyvien rajoitustensa vuoksi.

Kotihoidon henkilöstö tarvitsee sopivaa koulutusta suun hoitoon ja ohjeita ikääntyneen suun terveyden omahoitoon. Toimintamallissa kotihoidon henkilöstö suorittaa hyvinvointialueen verkko-oppimisympäristössä olevan verkkokurssin ”autettavan henkilön suun hoito”. Verkkokurssin voi suorittaa osissa ja kurssin lopuksi on tentti.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaille tehdään RAI HC-arviointi puolivuositain. RAI HC-arvioinnissa on kaksi suun terveyteen liittyvää kysymystä:

1. Ravitsemustila ja suun terveys; hampaat ja suu
2. Hoito ja muut toimenpiteet; hampaiden tarkastus tehty viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Kun näistä kysymysten vastauksista nousee heräte tai ainakin kerran vuodessa asiakkaan vastuuhoidtaja tekee tarkemman kartoituksen erillisellä suun terveydentilan kartoitus lomakkeella. Lomakkeella arvioidaan hampaiston tilaa, asiakkaan omaa kokemusta suun terveydestä, hammashoidossa käyntiä ja päivittäisestä avun tarpeesta suun hoidossa. Jokaisesta kartoituksen osasta lasketaan pisteet riskin arvioimiseksi ja asiakas ohjataan suun terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle, kun pisteet ylittävät tietyn pisterajan yhdessäkin kartoituksen neljästä osiosta.

Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Hankeaikana on luotu toimintamalli, mutta toimintamallia ei ole saatu koko hyvinvointialueelle jalkautettua. Hyvinvointialueella otettiin yhtenäinen RAI-arviointijärjestelmä käyttöön keväällä 2023 ja osalle kotihoidon yksiköitä RAI-arviointi alkoi uutena toimintona. Lisäksi hyvinvointialueella on erilaisia asiakastietojärjestelmiä, joten suun terveyden kartoituslomakkeen siirto asiakastietojärjestelmään ei onnistunut.

Henkilökunnan osaamista iäkkään asiakkaan suun terveyden arviointiin vahvistetaan verkkokoulutuksella. Hyvinvointialueen omaan verkko-oppimisympäristöön lisättiin koulutus ”autettavan henkilön suunhoito”. Työntekijä suorittaa verkkokurssin osioiden mukaisesti ja lopputenttiin pääsee, kun on käynyt kaikki kurssiosiot läpi. Koulutuksen suorittamisen tiedot tallentuvat automaattisesti työntekijän täydennyskoulutustietoihin, kun hän on tehnyt kurssin tentin hyväksytysti. Koulutuksen suorittamisen velvoittavuudesta ei saatu luotua mallia pilotin aikana.

Toimintamallin arviointi

Toimintamallia on pilotoitu hyvinvointialueen neljässä kotihoidon yksikössä noin kolmen kuukauden ajan. Lisäksi Hyvinvointialueen isoimmassa kaupungissa kartoituslomake on ollut käytössä jo muutaman vuoden ajan. Pilotoivat yksiköt pitivät toimintamallia helppona ja ketteränä käyttää sekä kokivat tämän hyvänä ja heille malli jäi käyttöön.

Kotihoidon asiakasmäärät tulevat nousemaan väestön ikääntyessä ja kotihoidon asiakkaiden toimintakyky tulee olemaan heikompi. Ikääntyneiden avuntarve lisääntyy ja vastuu ikääntyneen suun terveyden omahoidosta siirtyy myös yhä enemmän kotihoidon työntekijöille, joten kotihoidon työntekijät tarvitsevat osaamisen vahvistamista suun terveydestä.

3.1.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset

Lääkäri- ja suun terveydenhuollon palvelujen toimintakäytäntöjen yhtenäistäminen kotihoidon asiakkaila (osahanke 1B)

Vanhuspalvelulaki edellyttää RAI-välineistön käyttöä iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arvioinnissa säännöllisten sosiaalipalvelujen käynnistyessä ja niiden aikana. Säännöllisen kotihoidon asiakkaille RAI-arviointi tehdään puolivuositain sekä palvelutarpeen muuttuessa. RAI-arviointitieto antaa laajaa kuvaa ikääntyneen asiakkaan terveydentilaan ja toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä sekä puuttumista edellyttävistä ongelma-alueista hoitohenkilökunnalle ja lääkärille. Tavoitteena on, että asiakkaan ajantasaista RAI-arviointitietoa hyödynnetään systemaattisesti lääkäriyhteistyössä asiakkaan kokonaistilanteen tunnistamisessa. Asiakkaan RAI-arvioinnissa todetun toimintakyvyn muutoksen taustalla oleva lisädiagnostiikkaa tai lääkehoidon muutosta vaativat lääketieteelliset syyt tunnistetaan, kun arviointia tarkastellaan myös lääketieteellisestä näkökulmasta.

Nykytilakartoituksen mukaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueen kotihoidon tiimeissä asiakkaan RAI-arviointia hyödynnetään vain vähän tai ei ollenkaan asiakkaan lääkärin vuositarkastuksissa. Tämä vähäinen hyödyntäminen johtuu siitä, että RAI-arviointi otettiin vasta vuoden alussa käyttöön kaikissa hyvinvointialueen kunnissa, joten arviointi on vielä uutta toimintaa osassa alueen kunnista. Kotihoidon lääkäripalvelut ovat myös hyvin eri tavalla järjestetty hyvinvointialueella, osalla kunnista on oma kotihoidon lääkäri, ja osalla kunnista sote-keskusten lääkärit hoitavat sektorityönä kotihoidon asiakkaiden vuosittaiset sekä muut kontrollit.

Hankkeesta olimme mukana suunnittelemassa koulutusta lääkäreille kotihoidon asiakkaiden RAI-arviointitulosten hyödyntämisestä yhdessä RAI-asiantuntijoiden ja lääkäreiden kanssa. Koulutukset alkavat vuonna 2024.

Lääketieteen tohtori, geriatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri Jukka Rönnekkö on väitöskirjassaan todennut, että kotihoidon asiakkaan arviointiin tarkoitettun RAI-HC arviointityökalun avulla voidaan tunnistaa kotihoidon asiakkaan ennalta suunnittelemattomasti alkavaan sairaalahoitoon liittyviä riskitekijöitä jo kotihoidon palveluiden alussa. RAI:n käytön laajentuminen edellyttää, että ikääntyneitä hoitavilla lääkäreillä on ymmärrys järjestelmän perusteista, luottamus arviointien tuottamaan tietoon ja kyky hyödyntää arviointitietoa monipuolisesti. Tämä edellyttää panostusta lääkäreille kohdennettuun RAI-koulutukseen. Myös kotihoidon sairaanhoitajien ja lähihoitajien RAI-arvioinnin osaamista pitää vahvistaa. RAI-arviointijärjestelmä tukee moniammatillista yhteistyötä asiakkaan terveydentilan ja toimintakyvyn systemaattisessa arvioinnissa sekä sen perusteella tehtävissä interventioissa.

Asiakasturvallisuutta ja palvelujen laatua edistävät teknologiset ratkaisut (osahanke 1C)

Tarkistuslista asiakkaan kodin turvallisuuteen

Kodin turvallisuuden tarkistuslistan avulla kotihoidon työntekijät pystyvät tarkistamaan kodin turvallisuuden järjestelmällisesti. Kodin turvallisuuden tarkistuslista on saatavilla sähköisenä versiona tai se voidaan tilata paperisena SPEKin (Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö) verkkokaupasta. Tarkistuslistassa on myös toimintaohjeita ongelmatilanteita varten ja vaaraa aiheuttavien tilanteiden korjaamista varten.

Toimintamallissa kotihoidon kuntouttavan arviointijakson aikana kotihoidon työntekijä käy tarkistuslistan läpi asiakkaan kanssa jakson aikana tarkistettava asia kerrallaan. Listassa on 32 kysymystä, joista toimintamalliin otettiin seuraavat kahdeksan kysymystä:

- Kykeneekö asukas poistumaan hätätilanteessa asunnostaan 2-3 minuutissa?
- Onko asunnissa riittävä määrä toimivia ja asukkaan tarpeisiin soveltuia palovaroittimia? Onko savuun reagoinnin nopeus ja hälytyksen kuuluvuus tai muu havaittavuus varmsitettu?
- Onko lieden käyttö turvallista? Onko liesi turvallinen? Onko liedessä jokin turvalaite?
- Onko asunnossa vain normaali määrä tavaraa (vain tavanomainen palokuorma)?
- Tupakointi?
- Onko kynttilöiden poltto turvallista?
- Onko tulen, tulisijan ja tuhkan käsittely turvallista?
- Käytetäänkö sauna vain saunomiseen?

Listan käyttöönotto ei vaadi erityistä turvallisuusosaamista mutta turvallisuuskoulutuksiin osallistuminen helpottaa tarkistuslistan käyttöä. Ongelmatilanteiden korjaamiseen tarvitaan yhteistyötä omaisten kanssa sekä isommissa ongelmissa myös asiantuntijoiden kanssa.

SPEKin tarkistuslista antaa työntekijöille valmiuksia tunnistaa kotihoidon asiakkaan kodin paloturvallisuuteen liittyviä riskejä ja tarkistuslista auttoi työntekijöitä kiinnittämään huomiota paloturvallisuusriskeihin, joita he eivät ole aikaisemmin huomioineet. Työntekijät kokivat kuitenkin tarkistuslistan työläänä ja raskaana osana asiakastyötä, jos asiakkaalla paljon palveluntarvetta. Tarvitaan myös selkeä ohjeistus siitä kuka korjaa asiakkaan vaaraa aiheuttavat tilanteet ja ongelmat. Suunnittelimme yhdessä pelastuslaitoksen edustajan kanssa koulutuksen ”Paloturvallisuusriskien tunnistaminen palvelutarpeen arvioinnissa -iRAI CA + HELSA välinettä hyödyntäen”. Koulutuksesta jää tallenne palveluohjaajille perehdytysmateriaaliksi. Paloturvallisuusriskit kartoitetaan ensimmäisellä palvelutarpeenarviointikäynnillä.

Tarkistuslista on käyttökelpoinen toimintakyvyltään heikentyneiden henkilöiden asumisturvallisuuden varmistamiseen. Tarkistuslistaa voidaan jakaa esimerkiksi seniorineuvolassa ikääntyneille omaoimisesti tai omaisten kanssa katsottavaksi.

Yhteistyössä Tulkoti-hankkeen (osahanke 1 C) ja Varsinais-Suomen pelastuslaitoksen kanssa järjestettiin kolme samansisältöistä koulutusta aiheena ”*Paloturvallisuusriskien tunnistaminen palvelutarpeen arvioinnissa -iRAI CA + HELSA välinettä hyödyntäen*”. Asiakkaan paloturvallisuus riskien tunnistamisessa hyödynnettiin interRAI CA + HELSA arviointia. Koulutuksen tavoitteena oli vahvistaa osaamista paloriskiasiakkaiden tunnistamisessa sekä puheeksiotossa palvelutarpeen arvioinnissa. Pelastuslaitoksen koulutukseen tehty materiaali käytiin läpi koulutuksessa. Materiaali ja koulutustallenne on hyödynnettävissä jatkossa esimerkiksi asiakasohjauksen perehdytyksessä.

Hanke oli mukana työryhmässä, jossa suunniteltiin interRAI CA + HELSA välineeseen henkilöraporttia yhteistyössä järjestelmätuottaja RAIfin kanssa. Raporttiin syntyvän, palvelutarpeen arvioinnissa yhteistyössä asiakkaan kanssa kerätyn arviointitiedon avulla, havaitaan henkilön toimintakyvyn vahvuudet ja voimavarat sekä asiat, joihin tulisi kiinnittää huomiota hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämässä sekä hoidon ja palveluiden suunnittelussa. Henkilöraportti on hyödynnettävissä moniammatillisessa yhteistyössä ja asiakasrajapinnoilla esimerkiksi asiakkaan siirtymässä palvelutarpeen arvioinnista kuntouttavalle arviointijaksolle tai lääkäriyhteistyössä.

Lyhyen- ja pitkántähtäimen suunnitelma asiakasturvallisuutta tukevien teknologisten ratkaisujen käyttöönotosta

Tavoitteena on tukea ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden itsenäistä kotona asumista teknologian avulla. Teknologia on laaja käsite, joka pitää sosiaali- ja terveyspalveluissa sisällään lukuisia alakäsitteitä, kuten hyvinvointiteknologia, turva-, terveys-, apuväline-, kommunikaatio- tai geroteknologia. Tässä teknologian laajennussuunnitelmassa teknologialla tarkoitetaan etähoivaa ja sensoritekniologiaa:

etähoiva eli etäyhteydellä toteutetut hoitajan käynnit, joissa kotihoidon työntekijä ja asiakas ovat yhteydessä toisiinsa kuvapuhelinpalvelun (videopuhelun) avulla kuva – ja ääniyhteyksin

kotona asumista tukeva sensoritekniologia, jonka avulla havainnoidaan asiakkaan arkea mm. Liikettä, oven, jääkaapin ja mikron käyttöä sekä seurataan aktiivisuutta ja toimintakykyä

Etähoivaa tuotetaan keskitetystä etäpalveluyksiköistä yli kuntarajojen. Etäpalveluyksiköitä perustetaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueelle neljä kpl. Etähoivan videopuhelut kotihoidon asiakkaille tekee etäpalveluyksiköiden lähihoitajat. Etäpalveluyksiköt tekevät tiivistä yhteistyötä kotihoidon tiimien kanssa.

Kotona asumista tukevassa sensoritekniologian mallissa asiakkaan kotiin asennetaan turvallisuussensoreita, jotka antavat tilannekuvaa asiakkaan aktiivisuudesta kotona, keittiön sähkölaitteiden käytöstä sekä jääkaapin käytöstä.

Varsinais-Suomen hyvinvointialueen 27 kunnasta yhdellä kunnalla on etähoiva ollut keskitettynä toimintana ja seitsemällä kunnalla etähoivaa on ollut käytössä hajautetulla mallilla. Hajautettu malli tarkoittaa siis sitä, että kaikki kotihoidon työntekijät tekevät etähoivaa omassa työvuorossaan fyysisten kotikäyntien rinnalla. Toimintamallin etenemistä edisti hyvinvointialueen strateginen tavoite kotihoidon vahvistamisesta. Hankkeen aikana etäpalveluille saatiin yhteinen palveluntuottaja.

Kotona asumista tukevasta sensoritekniologiasta saatiin myös sopimus palveluntuottajan kanssa. Sensoritekniologiasta tehtiin mallinnus, mutta sensoritekniologiaa ei ole hankkeen aikana otettu käyttöön mutta tullaan ottamaan käyttöön hyvinvointialueella hankkeen päättymisen jälkeen.

Suunnittelussa käytettiin Kotona asumisen teknologiat ikäihmisille (KATI) -viitearkkitehtuuria sekä kansallista Kati-toimintamallia. Viitearkkitehtuurin ensisijainen tarkoitus on tukea hyvinvointialueita ja muita palvelunantajia teknologian monipuolisessa käyttöönotossa osana kotiin tuotavia palveluja näiden saatavuuden ja asiakkaiden yhdenvertaisuuden varmistamiseksi. Teknologialla voidaan varmistaa ja uudistaa palveluja ja myös luoda uudentyyppisiä palveluja.

Ikäteknologiaan liittyviä tärkeimpiä eettisiä periaatteita ovat ihmisarvo ja sen loukkaamattomuus, itsemääräämisoikeus, hyvän tekeminen, vahinkojen välttäminen ja oikeudenmukaisuus. Teknologian apua harkitessa tulisi aina kysyä, auttaako se henkilön turvallisuutta, terveyttä, itsenäisyyttä ja elämänlaatua. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan mukaan teknologiaan liittyvät eettiset kysymykset ovat tyypiltään samankaltaisia kuin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin liittyvät eettiset kysymykset yleensä. Ongelmat eettisyyden suhteen syntyvät käytännön tilanteiden erilaisista tulkinnoista ja monimuotoisuudesta. Teknologian tarkastelun arvoperustana kotihoidossa on ihmisarvo ja sen haavoittuvuus. Hoitajat joutuvat pohtimaan tuoko ikäteknologian käyttöönotto juuri tälle asiakkaalle lisää hyvää arkeen.

3.2. Asiakas saa oikeat palvelut oikeaan aikaan

3.2.1. Toimintamallit

Toimintamalli 1: Yhtenäinen palvelutarpeen arviointi

Yhtenäisen palvelutarpeen arvioinnin toimintamallissa ikääntyneiden neuvonta on keskitettyä toimintaa. Asiakas saa tarpeidensa mukaista neuvontaa ja ohjausta ja tarvittaessa palvelutarpeen arvioinnin. Tähän toimintamalliin sisältyy ikääntyneiden keskitetty neuvonta ja ohjaus, palvelutarpeen arvioinnit, ja kuntouttava arviointijakso ennen palveluihin siirtymistä. Tähän prosessiin ohjautuvat ne ikääntyneet, jotka eivät ole vielä säännöllisen kotiin tuotavan palvelun piirissä.

Tavoite

Tavoitteena on matalan kynnyksen yhteydenotto, sekä sujuva ja tasalaatuinen palvelu ikääntyneille koko Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Palvelutarpeen arvioinnin toimintamallissa on tärkeää monikanavaisuus ja teknologian hyödyntäminen niin ikääntyneiden kuin ammattilaisten osalta.

Tavoitteena on, että toimintamalliin sisältyy kuntouttava arviointijakso, jonka perusteella tarkentuu iäkkään ihmisen tarvitsema palvelu. Kuntoutujan palvelutarpeen perusteella päätetään, tarvitseeko asiakas kotiin tuotavia palveluita, kuten säännöllistä kotihoitoa (ks. Toimintamalli 3.1.1).

Tavoitteena on, että palvelutarpeen arvioinnissa on käytössä yhtenäiset arviointivälineet ja palveluiden myöntämisperusteet ja toimintakäytännöt, jotta Varsinais-Suomen hyvinvointialueella asuvien ikääntyneiden yhdenvertaisuus ja palvelutarpeen arvioinnin tasalaatuisuus toteutuu asuinpaikasta riippumatta. Tavoitteena on lisäksi selkeyttää omatyöntekijän nimeämistä ja roolia palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä.

Toimintamalli

Yhtenäinen palvelutarpeen arviointi: Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on tavoitteena kehittää yhtenäinen toimintamalli ikääntyneiden palveluihin ohjautumiseen. Toimintamallin tavoitteena on se, että ikääntyneet saavat asuinkunnasta riippumatta tasalaatuisen palvelutarpeen arvioinnin ennen kotona asumista tukeviin palveluihin siirtymistä.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (28.12.2012/980) mukaan hyvinvointialueilla on velvollisuus käyttää iäkkään henkilön palvelutarpeiden ja toimintakyvyn arvioinnissa RAI-arviointivälineistöä viimeistään 1.4.2023. Varsinais-Suomen hyvinvointialueella on päätös interRAI CA +HELSA välineen käyttöönotosta palvelutarpeen arvioinnissa. Hyvinvointialueella on otettu käyttöön palvelutarpeen arvioinnin interRAI-väline 20.3.2023.

Toimintamallin toteuttamisen taustalla on yhtenäinen arviointiväline (RAI) ja palveluiden myöntämisperusteet. Kotona asumista tukevien palveluiden myöntämisperusteita on hankeaikana työstetty useassa työpajassa, jossa on ollut ammattilaisedustusta koko Varsinais-Suomen alueelta. Ennen hyvinvointialuetta jokaisella 27 kunnalla on ollut oma tapansa arvioida ja myöntää palveluita ikääntyneille. Työpajojen myötä on päästy yhtenäiseen näkemykseen hyvinvointialueen ikääntyneiden palveluiden myöntämisperusteista. RAI-arviointijärjestelmän käyttö lisää myös asiakkaan osallisuutta ja

yhdenvertaisuutta oman tilanteensa arvioinnissa sekä hoidon ja palveluiden suunnittelussa osana palvelutarpeen arviointiprosessia.

RAI-järjestelmän käytössä on keskeistä RAI-välineen yhdenmukainen käyttö, laadukkaat arvionnit sekä osaamisen lisääminen ja ylläpitäminen. Hanke on ollut mukana interRAI CA + HELSA välineen koulutusten suunnittelussa ja järjestämisessä. Koulutukset ovat osa RAI-asiantuntijatiimin ja RAI-koordinaatiotyöryhmän hyväksymää perehdytysprosessia. Koulutuksiin osallistui syksyn 2022–2023 aikana n. 600 henkilöä. Koulutuksia on järjestetty teams-koulutuksina ja tallenteina. Koulutuksen kohderyhmänä oli asiakas- ja palveluohjauksen, omaishoidon, kotiutus- ja kotikuntoutustoiminnan ja arviointiyksiköiden työntekijät, jotka tekevät työssään palvelutarpeen arviointia.

Työpajoissa lisäksi työstettiin ammattilaisten kanssa palvelutarpeen arvioinnin prosessia. Prosessin työstössä on syvennyt pohtimaan asiakkaiden ohjautumista, neuvontaa ja ohjausta, palvelutarpeen arviointia ja kuntouttavaa arviointijaksoa. Prosessin työstöön osallistui laaja joukko ikääntyneiden parissa työskenteleviä ammattilaisia ja asiantuntijoita sekä esihenkilötasoa.

Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Hankeaikana on saatu luotua toimintamallin prosessikuvaukset, jotka on otettu Varsinais-Suomen hyvinvointialueella käyttöön. RAI-prosessi on kuvattu osana palvelutarpeen arviointiprosessia.

Hyvinvointialueen ikääntyneiden palveluiden organisoitumisen keskeneräisyyden vuoksi toimintamallin jalkautuminen on viivästynyt. Kuitenkin toimintamallin mukaisesti käytössä on keskitetty asiakkaiden neuvonta, ohjaus ja palvelutarpeen arviointiyksikkö. Lisäksi uusien asiakkaiden palvelutarpeen arvioinneissa käytetään RAI-arviointivälinettä arvioinnin tukena. Asiakkaat ohjautuvat lisäksi palveluihin pääsääntöisesti yhtenäisten myöntämisperusteiden avulla.

Toimintamallia kehitetään ja muokataan hyvinvointialueen rakentumisen ja asiakkaiden tarpeiden mukaan, joten toimintamalli tulee vielä muotoutumaan. Hankkeen aikana luotu toimintamalli toimii kuitenkin pohjana jatkuvalla kehitystyöllä.

Toimintamallin arviointi

Ennen työpajojen järjestämistä tehtiin laajaa nykytilakartoitusta. Hyvinvointialueen jokaisesta kunnasta kerättiin olemassa olevia prosesseja, palveluiden kuvauksia ja myöntämisperusteita. Lisäksi kartoitettiin aiemman hankkeen (I&O -kärkihanke 2016-2018) tuottamaa materiaalia ja sen jalkautumista osaksi palvelutarpeen arviointia. Kerättyä tietoa koostettiin ja luokiteltiin kategorioihin, josta hahmoteltiin työpajoihin pohjaa.

Toimintamallin työstämiseen liittyviin työpajoihin osallistui laaja ammattilaisedustus Varsinais-Suomen kunnista. Työpajoissa oli edustusta työntekijätasolta (asiakasohjaajia, palveluohjaajia, kotihoidon työntekijöitä, omaishoidon ohjaajia) ja esihenkilötasolta työntekijöiden esihenkilöitä. Toimintamallin työstämisessä keskityttiin ammattilaisten tuomiin näkemyksiin, eikä tässä vaiheessa työpajoja kohdennettu asiakkaille. Asiakkaiden ääni tuli lähinnä esille työntekijöiden tuoman tiedon kautta. Suurin osa työpajoista järjestettiin etäyhteyksin, joka mahdollisti myös laajemman osallistujajoukon.

Hyvinvointialueen käynnistyessä toimintamallin jalkauttamiseen liittyen työntekijöille suunnattiin ohjeklinikoita, joiden tarkoituksena oli tukea palvelutarpeen arviointeja tekevää henkilöstöä ottamaan käyttöön uutta yhtenäistä toimintamallia. Nämä kuitenkin päätettiin lopettaa, koska hyvinvointialue oli vasta käynnistynyt, joten moni asia oli vielä epäselvää ja odotti ohjeistusta ja linjauksia.

Lisäksi palvelutarpeen arviointeja ja palvelupäätöksiä tekeville työntekijöille on suunnattu hankeaikana kysely, jolla on kartoitettu toimintamallin käyttöönottoa ja käyttöönoton tukena olevaa materiaalia (Ikäihmisten palveluohjauksen käsikirja).

Toimintamallin suunnittelussa on otettu huomioon myös eettisiä kysymyksiä liittyen hyvän elämän edellytyksiin. On tärkeää, että ikääntynyt asiakas pääsee osallistumaan oman elämänsä ja palveluidensa suunnitteluun. Lisäksi on tärkeää huomioida saavutettavuus näkökulma. Tieto palveluista ja myöntämisperusteista on oltava jokaisen asiakkaan tiedossa. Yhtenäisen palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin luonnissa mietittiin näitä periaatteita, jotta ne olisivat osana päivittäistä asiakastyötä. Toimintamalliin sisältyy asiakkaiden informointi heidän oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan, ja asiakkaan kuuleminen on keskiössä. Lisäksi toimintamallissa tulee esille se, että jos asiakas ei täytä palveluiden myöntämisperusteita, niin toimintamallin mukaisesti ohjataan asiakas tarvitsemiinsa muihin palveluihin. Toimintamallissa on tärkeää, että asiakas saa tasalaatuisen palvelutarpeen arvioinnin, asuinpaikastaan riippumatta, jolloin jokaisen asiakkaan arviointi on myös yhdenmukaista.

Toimintamallin vaikutuksia ja vaikuttavuutta voidaan arvioida sillä, että onko toimintamalli otettu käyttöön vai ei. Toimintamalli on otettu osaksi ikääntyneiden palveluihin ohjautumista. Kuitenkin edelleen on aluekohtaisia eroja.

3.2.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset

Tärkeänä osana yhtenäisen palvelutarpeen toimintamallia luotiin lisäksi muuta materiaalia. Toimintamallin jalkauttamisen tueksi tehtiin Ikäihmisten palveluohjauksen käsikirja, joka toimii pohjana työntekijöiden päivittäisessä asiakastyössä ja tukee myös uusien työntekijöiden perehdytystä. Käsikirjaan on koottuna tärkeimpiä palveluohjauksen arvoja ja periaatteita sekä koottuna hyvinvointialueella tehtyjä päätöksiä. Näin työntekijät löytävät asiakastyön kannalta tärkeät asiat yhdestä paikasta ja tieto ei ole hajallaan. Toimintamallin prosessikuvaukset luotiin IMS-ohjelmassa, joissa on kuvattuna prosessien vaiheet asiakkaan näkökulmasta asiakkuuden alusta loppuun asti. Prosessikuvauksissa on myös kuvattuna jokaiseen asiakastyön vaiheeseen liittyvät ammattilaisten eri työvaiheet.

Hankkeen aikana lisäksi työstettiin työpajoissa ammattilaisten kanssa ikääntyneiden palveluiden kuvauksia sekä myöntämisperusteita. Työpajojen pohjalta luotiin palveluiden määrittelykortit ja ehdotukset myöntämisperusteista kotihoitoon, omaishoidon tukeen ja tukipalveluihin. Hankkeen aikana lisäksi oltiin mukana työstämässä asiakassegmentointia ja oltiin hyvinvointialueen palveluverkkotyön tukena. Lisäksi hankkeesta työstettiin kotihoidon esitettä, joka annetaan säännölliseen kotihoitoon tuleville asiakkaille.

Hankkeen aikana tunnistettiin myös erilaisia yhtymäpintoja ja yhteistyötarpeita eri toimijoiden välillä. Tästä syystä pidettiin lisäksi työpaja yhteistyössä toisen hankkeen (TulSote) kanssa, jossa aloitettiin tunnistustyö

rajapinnoista eri ammattilaisten tekemän asiakastyön välillä. On tärkeää, että jatkossa ammattilaiset osaavat tunnistaa asiakkaiden tarpeiden mukaiset tahot, jotta asiakas saa oikean avun oikeaan aikaan.

Varsinais-Suomen alueella on kehitetty vuosien 2016–2018 aikana sosiaali- ja terveystieteiden I&O-kärkihankkeessa muun muassa keskitettyä asiakasohjauksen mallia, jonka yhtenä osana kehitettiin maakunnan laajuiseen käyttöön ATSOR-asiakasohjausmallia. Alusta on toiminut ikään kuin tiedon välityskanavana yhteydenotosta asiakasyksiköstä toiseen. Lisäksi Varsinais-Suomen alueella oli käytössä kaksi muuta asiakasohjausmallia, joista toisessa pystytään seuraamaan asiakkaan polkua yhteydenotoista palveluihin. Varsinais-Suomessa on tunnistettu tarve kehittää edellisen kaltaista asiakkuuden hallintaan perustuvaa mallia. Alun perin hankesuunnitelman mukaisesti oli tarkoitus asiakasohjauksen vertaiskehittämisen työkalun hankinta. Tämä ei onnistunut, joten resurssia käytettiin asiakasohjausjärjestelmän määrittelytyöhön. Määrittelytyötä tehtiin syksyn 2023 aikana viidessä työpajassa. Työpajat olivat jaettuna asiakokonaisuuksiin ja kuhunkin työpajaan osallistui noin 20 eri ammattilaista. Määrittelytyön perusteella lähdetään kehittämään vuonna 2024 Varsinais-Suomen alueelle asiakasohjaustyökalua, joka kattaa koko ikääntyneen henkilön asiakasprosessit.

3.3. Riittävä ja osaava henkilöstö turvaa kotiin annettavien palvelujen laadun

3.3.1. Toimintamallit

Toimintamalli 1: Riittävän ja osaavan henkilöstön varmistaminen

Tavoite

Luoda alueelle yhtenäiset toimintakäytännöt kotihoidossa tarvittavan henkilöstöresurssin määrittelyyn ja resurssin kohdentamiseen tiimeille ja otetaan käyttöön toiminnan johtamista tukeva resurssihallinnan prosessimalli varahenkilöstöjen sekä muiden sijaisjärjestelyiden kohdentuminen asiakaslähtöisen tarpeen mukaisesti.

Toimintamalli

Asiakkaiden tarpeista lähtevä resurssihallinnan toimintamalli, joka perustuu asiakkaille myönnettyihin palveluihin ja kotihoidon palvelutunteihin varmistuen, että tarvittava henkilöstömäärä on tarvitussa paikassa, oikealla osaamisella tekemässä suunnitelman mukaista tehtävää. Toimintamallin kehittämisessä hyödynnettiin oppilaitosyhteistyönä toteutettu kotihoidon vetovoimaisuuden kyselytutkimuksen tuloksia (Vetovoimaa kotihoitoon Varsinais-Suomen hyvinvointialueella, Wikberg Johanna 2023, Satakunnan ammattikorkeakoulu)

Resurssihallinnan toimintamalli mahdollistaa palveluyksiköiden ja toimipisteiden asiakastarpeen mukaisen henkilöstösuunnittelun, henkilöstö- ja sijaistarpeiden tunnistamisen ja päivittäisen toiminnan resurssiohjauksen toteuttamisen asiakastarpeen mukaisesti palveluyksiköiden ja tiimien tasolla. Toimintamalli on kuvattu prosessikuvana. Hankkeen aikana toteutetut osat on esitetty erillisinä nostoina [Innokylässä](#) toimintamallin sivuilla.

- Yksikön asiakastarpeen mukainen riittävän ja osaavan henkilöstön **laskentamalli** ja työvuorokohtainen vahvuus.
- Asiakkaille suunnitelluista palveluista lähtevä **resurssiohjauksen prosessi**

- **Yhteinen henkilöstö**, alueelliset sijaisjärjestelyt henkilöstön saatavuuden ja hyvinvoinnin varmistamiseksi (osahanke 3B)
- Rekrytoinnin sujuvoittaminen ja tehostaminen, **keskitetty hoitajarekrytointi**
- Yksiköiden rekrytoinnin tilaa ja työvuorosuunnittelun resurssitilannetta kuvaavan **tietojärjestelmän kuvaus**

Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Toimintamalli mahdollistaa sosiaalihuoltolain (46 a §, 46 b §) mukaisen toiminnan johtamisen osaavan ja riittävän henkilöstön varmentamiseksi sekä kuvaa asiakastyön suunnitteluista vastaavien käytettävissä olevat toimet henkilöstön riittävyyden turvaamiseksi.

Toimintamallin tavoitteisiin on päästy osittain. Toimintamallin käyttöönotto on toteutettu porrastaen alue- ja kuntakohtaisten toimintamallien eroavuuksista johtuen. Toimintamallissa on useita riippuvuuksia organisaatorakenteeseen, kotihoidon määrittelyyn sekä käytettävissä oleviin asiakas- ja potilastietojärjestelmiin. Ikääntyneiden palveluiden organisaation on rakennettu resurssiohjausta ja asiakastarpeen mukaista henkilöstösuunnittelua tukeva toimintarakenne, mutta vahvan tietojärjestelmäriippuvuuden vuoksi asiakastarpeen mukainen henkilöstöresurssin laskenta on osittain vielä manuaalista. Henkilöstöorganisaation ja asiakastyön suorituspaikan selvitystyö on kesken, osassa kuntia asiakastarpeen mukaisessa henkilöstöresurssin laskennassa on tunnistettu tilanne, jossa asiakas- tai potilastietojärjestelmän suorituspaikka ei vastaa yksikön henkilöstöorganisaatiota, eikä tällöin asiakastietoa pystytä yhdistämään henkilöstöorganisaatioon yksikköön. Lisäksi sosiaalihuollon palveluprosessin mukaista asiakkaiden palveluiden suunnittelua, ei palveluyksiköissä tunnisteta erilliseksi osaksi käyntien jakamisesta ja työnjärjestelytoiminnasta, jolloin palveluyksiköissä voidaan kokea työnjärjestelyn keskittäminen vievän vallan pois yksikön päivittäisen asiakastyön johtamisesta. Ongelma on hankkeen aikana tunnistettu hidastavan toimintamallin tavoitteisiin pääsemistä ja vaatii erillistä jatkokehittämistä.

Toimintamalli on osittain otettu käyttöön hankkeen aikana ja toimintamallia ohjaavat työprosessit on osittain jalkautettu käytäntöön. Toimintamallia jatketaan ja edelleen kehitetään etenkin tiedon johtamisen näkökulmasta, jotta yksiköiden johdossa ja toiminnasta vastaavilla henkilöillä on mahdollisuus saada tarvittava tieto organisaation toiminnasta ja johtaa toimintaa tiedolla, turvaten yksiköiden asiakastarpeen mukainen osaava ja riittävä henkilöstö.

Sosiaalihuollon palveluprosessin mukainen, ikääntyneiden palveluiden asiakasprosessin kuvaaminen on aloitettu joulukuussa 2023 liittyen tietojärjestelmien kilpailutukseen ja ohjaavan lainsäädännön muutosten toteuttamista varten. Asiakasprosessin kuvaaminen nostaa esiin palveluyksiköiden tasolla tapahtuman asiakkaiden palvelusuunnittelun, jonka kautta toimintamallin mukainen prosessi jalkautuu vahvemmin käytäntöön ja kohdentaa palveluyksiköiden johtamisen asiakkaiden palvelusuunnitteluun asiakkaiden asiakassuunnitelman ja myönnettyjen palveluiden mukaisesti.

Toimintamallin arviointi

Toimintamallin vaikutus kattaa tuhansien asiakkaiden palvelutarvetta ja palvelutapahtumia/kotikäyntejä, joita tehdään Varsinais-Suomessa arviolta 8500–9500 kuukausittain. Toimintamallin tuottamaa tietoa voidaan käyttää palvelutuotantoon tehtyjen toimenpiteiden vaikuttavuuden arviointiin. Henkilöstön työajan kohdistuminen pääosin välittömään asiakastyöhön on tunnistettu laajasti onnistumisen edellytyksenä

palvelutuotannon turvaamisessa henkilöstön saatavuuden edelleen heiketessä tulevina vuosina. Tehtäväkuvien tarkastamisen ja työtehtävien tarkastelun, teknologian ja digitalisuuden lisääminen sekä palveluiden myöntämisen perusteiden tarkastelu ovat kaikki toimenpiteitä, joilla pyritään turvaamaan osaavan ja riittävän henkilökunnan määrää. Näiden toimenpiteiden vaikuttavuutta voidaan arvioida tässä raportissa kuvatun riittävän ja osaavan henkilökunnan toimintamallin tuottamalla tiedolla. Esimerkiksi Turun kotihoidon osalta tieto asiakastarpeen mukaisesta henkilöstötarpeesta on tehty seuranta vuodesta 2019 alkaen perustuen vastaavaan laskentamalliin.

Riittävän ja osaavan henkilöstön varmistamisen toimintamalli ei ole itseisarvo, toimintamallin mittarointi perustuu siten toimintamallin käyttöönottoon ja yksiköiden samaan näkyvyyteen henkilöstöressurssista suhteessa asiakastyöhön ja kykyyn johtaa tiedolla yksiköiden toimintaa. Toimintamallin varmistaa, että yksiköiden päivittäinen henkilöstöressurssin tilanne on riittävä, mahdollistamalla asiakastarpeen mukaisen resurssiohjauksen riittävyyden turvaamiseksi.

Riittävän ja osaavan henkilöstön varmistaminen lähtee asiakkaiden tarpeista ja asiakkaille myönnettyistä palveluista. Kotihoitoon kuuluu asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan terveydenhuoltolain 25 §:ssä tarkoitettu kotisairaanhoido. Sosiaalihuoltolain mukaan kotikäyntiä toteuttavan tai siihen osallistuvan työntekijän osaaminen pitää vastata kotikäyntiin sisältyvien tehtävien edellyttämää osaamista. Toimintamallissa on huomioitu kotihoidon sisäinen palvelu/käyntityyppi, joka kuvaa kotikäynnin tehtäväsisältöä ja voidaan siten huomioida henkilöstötarpeen arvioinnissa ja käyntisuunnittelussa. Kotihoidon sisältämien käyntityyppien lisäksi hyvän elämän edellytyksiin löytyy rajapinta kotihoidon käyntien tasaisesta suunnittelusta kotihoidon toimintayksikössä. Toimintamalli nostaa esille myös nyt puutteellisesti tunnistetun asiakkaiden palvelusuunnittelun, joka mahdollistaa kotikäyntien tasaisen suunnittelun asiakkaiden palvelutarve huomioiden ja estää asiakastyön kasaantumisen yksittäisille viikonpäiville tai tunneille. Kotikäyntien aikakriittisyys on tunnistettava asiakkaan palvelutarpeen mukaisesti.

3.3.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset

Resurssien hallinnan ja resurssiohjauksen prosessin kuvaus on otettu käyttöön soveltuvin osin kaikilla Varsinais-Suomen hyvinvointialueen tulosalueilla ja liitetty osaksi ammattilaisten arvostama Kärkihanketta. Keskeiset tunnistettavat ja kuvattavat kohdat ovat nostettu riittävän ja osaavan henkilöstön toimintamallin pohjalta:

- Asiakasvirtojen ja palvelutapahtumien tunnistaminen (asiakastarpeen mukainen henkilöstösuunnittelu)
- Palveluyksiköiden rekrytoinnin tilanne ja sijaistarpeet (mitä henkilökuntaa puuttuu, mistä puuttuu)
- Työvuorosuunnittelu, miten työvuorovahvuudet määritellään (perustuuko asiakkaiden palvelutapahtumiin eli asiakkaiden tarpeisiin)
- Vuoropuutokset listasuunnittelussa ja puutosten syiden kuvaaminen (vakituista henkilökuntaa puuttuu, pitkiä poissaoloja ilman sijaista, liian vähän suunnittelua henkilökuntaa suhteessa asiakastyöhön, tai vuoropuutokset muodostuvat vasta toteuman aikana lyhyinä akuutteina poissaoloina)
- Mistä ja miten vuoropuutokset täytetään, tunnistetaanko aina, onko vuoropuutos täytettävä (asiakastyön määrä ko. vuorossa)
- Mitä henkilöstöressurssia vajauksia paikataan henkilöstövuokrauksella, miten tarve määritellään, kuinka pitkiä sopimuksia/tilauksia tehdään?

- Mitä toimia oman rekrytinnin ja sijaishallinnan osalta tehdään vuokratyövoimatarpeen vähentämiseksi?

Toimintamallin kuvaamisen aikana tunnistettiin lisäksi organisaation kustannuspaikka- ja henkilöstöorganisaatorakenteen yhteensopimattomuus SOTE-organisaatioreksiterin. Soteri-palvelutuottajareksiterin palvelupisteiden ja ATJ/PTJ suorituspaikkojen ja toimipistetietojen kanssa. Tunnistettu ongelma koskee lähinnä käsitteiden määrittelyä, joita ei ole kuvattu riittävän tarkasti, jotta palveluysikkötasoista ja kustannuspaikoista olisi täysin yhteneväinen IT:n toimijoiden ja palvelutuotannon kanssa. Yhteisen kuvauksen tekeminen liitettiin osaksi ATJ ja PTJ käyttöönottoprojekteja ikääntyneiden palveluissa, jossa riittävän ja osaavan henkilöstön seuranta perustuu vanhuspalvelulain mukaiseen THL:n seurantaan ja tavoite on siirtyä suoratiedonsiirtoon kertakirjaamisen perustein lähitulevaisuudessa. Toimintamallin käyttöönotto ja kustannuspaikkarakenteen yhdenmukaisuus SOTE-organisaatioreksiterin sekä suorituspaikkojen ja toimipisteiden mahdollistaa jatkuvan riittävän ja osaavan henkilöstön seurannan ja resurssiohjauksen prosessin eri vaiheissa osana organisaation päivittäistä johtamista.

3.4. Palvelujen laatu varmistetaan järjestelmällisellä seurannalla

3.4.1. Toimintamallit

Toimintamalli 1: Varsinais-Suomen hyvinvointialueen ikääntyneiden kotona asumista tukevien palvelujen asiakas- ja läheispalaute

Tavoite Tavoitteena on, että alueen ikääntyneiden palveluissa otetaan käyttöön yhtenäinen palautekysely, jolla kerätään tietoa palvelujen laadusta asiakkaalta, läheiseltä ja henkilökunnalta osallistavia palautejärjestelmiä käyttäen.

Toimintamalli

Toimintamallin tarkoituksena on ikääntyneiden kotona asumista tukevien palveluiden asiakas- ja läheispalautteen kehittäminen. Ottaa käyttöön palautetoimintamalli, mikä mahdollistaa ketterän, helppokäyttöisen ja käyttäjäystävällisen palautteen keruun huomioiden asiakaskunnan erityispiirteet. Asiakaspalautteen keruu tapahtuu lähellä asiakasta, asiakkaan omassa asuinympäristössä asiakastapahtuman yhteydessä. Hankkeen aikana syntynyt ikääntyneiden kotona asumista tukevien palvelujen asiakas- ja läheispalaute toimintamalli on kuvattu Innokylässä laajemmin.

Kerätty tieto mahdollistaa tilanteen, jossa ikääntyneiden kotona asumista tukevat palvelut saavat juuri omaan tarpeeseensa sopivan tiedon palautteista. Palautekooste tuottaa selkeän tiedon kuvaajien ja mittareiden välityksellä avaintoimijoille, joiden avulla tunnistetaan organisaatio- ja/tai yksikötason onnistumisia tai kipupisteitä ja niiden pohjalta tehdään vaadittavia toimenpiteitä. Keskeistä toimintamallissa on eri toimijoiden vastuut ja tehtävät, jotka ovat selkeästi määriteltyjä.

Asiakas- ja läheispalautetoimintamalli pohjautuu hyvinvointialueen strategiaan tavoitteisiin ja arvoihin sekä kansallisiin ohjeistuksiin.

Toimintamallin kehittämiseen osallistuivat hyvinvointialueen asiakasraati ja palvelutarpeen ja omaishoidon palveluohjaajista, kotihoidon esihenkilöistä, aluevastaavista ja päälliköistä koostuva asiantuntijaryhmä. Ryhmä kokoontui kerran kuukaudessa vuoden ajan.

Asiakasymmärrystä lisättiin ikääntyvistä koostuvan asiakasraadın ja jo aiemmin kerätyn asiakaspalutteen ja tutkitun asiakaskokemustiedon avulla. Näiden kautta luotiin kuva asiakkaan tarpeista, odotuksista sekä palvelujen käytöstä ja niihin liittyvistä haasteista. Asiakasraati koostui hyvinvointialueen ikääntyvistä henkilöistä, joilla oli keskeinen rooli toimintamallin asiakas- ja läheispalauteväittämien määrittelyssä. Asiakasraati testasi ja arvioi asiakas- ja läheispalauteväittämien ulkoasun, koon, värityksen ja väittämien määrän.

Toimintamallin tarkoituksena on saada asiakkaan ääni kuuluville, asiakkaan asiakaskokemuksen esille tuominen, asiakkaan osallistamisen vahvistaminen omien palvelunsa suunnitteluun ja kehittämiseen. Tarkoituksena on myös kehittää mittareita, raportointia ja analysointia, saada kerätty tieto kaikkien toimijoiden käyttöön ja hyödynnettäväksi.

Toimintamalliin liittyy kiinteänä osana tilannekohtaisen asiakas- ja läheispalutteen pilotointi, asiakas- ja läheispalutetiedon kerääminen mobiilisovelluksen avulla palvelutarpeen arvioinnin, omaishoidon ja kotihoidon käynnin yhteydessä sovittujen käytäntöjen mukaisesti. Sähköinen palutteen keruu tapahtuu joustavasti ja käyttäjäystävällisesti lähellä asiakasta, asiakkaan omassa asuinympäristössä asiakastapahtuman yhteydessä. Asiakaspalutetieto on saatavilla palvelutapahtumittain ja mahdollisimman reaaliaikaisesti.

Asiakas- ja läheispalutetoimintamalli muodostuu prosessin kolmesta toisiaan täydentävistä kokonaisuuksista, palutteen keruusta ja käsittelystä, raportoinnista, tiedon analysoinnista ja niiden tuotoksena syntyneistä kehittämistoimenpiteistä sekä kehittämistoimenpiteiden seurannasta.

Toimintamallin onnistumisessa on tärkeää, että kaikki toimijat, henkilökunta ja johto sitoutuvat asiakaskokemuksen keräämiseen ja hyödyntämiseen, koska se nähdään systemaattisena osana omaa työtä ja ikääntyvien palvelujen toimintaa. Toimintamallissa asiakaspalutteen jokainen vaihe on kuvattu, nimetty vastuutoimijat ja -tehtävät ja tuloksia hyödynnetään systemaattisesti ikääntyvien kotona asumista tukevia palveluja kehittäessä. Vastuutoimijat- ja tehtävät vaihtuvat toimintamallin prosessin edetessä, jokaisen toimijan tulee olla tietoinen omasta roolistaan toimintamallin vaiheiden edetessä.

Asiakas- ja läheispalutetoimintamallin juurruttamisen viimeinen vaihe on raporttien analysoiminen ja kehittämistoimenpiteiden toteutus, seuranta ja arviointi, jotta asiakkaan käyttämiä palveluja aidosti kehitetään yhdessä asiakkaan kanssa ja asiakas saa oikean palvelun, oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa.

Toimintamallin vaikutukset ja vaikuttavuus

Toimintamalli vahvistaa asiakkaan ja läheisen kuulluksi tulemisen kokemusta. Palvelujen käyttäjillä on mahdollisuus osallistua oman palvelunsa suunnitteluun ja kehittämiseen ja saada tietoa ikääntyneiden palveluiden kehittämistoimenpiteistä. Asiakas- ja läheiskokemus tulee näkyväksi.

Toimintamalli pohjautuu vanhuspalvelulain (980/2012) sekä sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositukseen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023 (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:29), jotka velvoittavat asiakaskokemuksen mittaamiseen ja laadun arviointiin sosiaalihuollon palveluissa. Palvelujen laadun riittävyyden arviointiin hyvinvointialueen on kerättävä säännöllisesti palautetta palveluja käyttäviltä ja heidän läheisiltään. Palveluja on kehitettävä palautteen perusteella. Lisäksi palvelujen laadun seurannan osalta hyvinvointialueen on huolehdittava, että asiakkaalla on tieto kyselyn tarkoituksesta ja mahdollisuus vastata.

Asiakas- ja läheispalautteen tulokset ovat saatavissa reaaliaikaisesti ja käsittely toteutuu lyhyellä viiveellä. Alueellinen ja yksikkötasoinen vertailu mahdollistuu. Vertailu tuo tietoa koko ikääntyvien kotona asumista tukevien palveluiden kehittämistyön tueksi. Kehittämistoimenpiteiden toteutuksen seuranta ja arviointi tulee näkyväksi.

Toimintamallin pilotoinnin tavoitteena on testata asiakas- ja läheispalautteen väittämien toimivuutta ja saada käyttäjäkokemusta ja palautetta asiakkailta ja ammattilaisilta. Käyttäjäkokemusta ja -palautetta kerätään pilotoinnin loputtua kyselyllä palveluohjaajilta ja kotihoiton toimijoilta.

Kerätty data mahdollistaa tilanteen, jossa, ikääntyvien kotona asumista tukevat palvelut saavat juuri omaan tarpeeseensa sopivan tiedon palautteista. Raportoinnin ja palautteesta nousseiden kehittämistoimenpiteiden käsittely, arviointi ja seuranta tulee dokumentoida. Kehittämistoimenpiteiden vaikuttavuus ja vaikutukset tulee kirjata ja arvioida. Tieto ikääntyvien kotona asumista tukevien palvelujen korjaavista ja kehittävästä toimenpiteistä tulee olla kaikkien käytettävissä ja sellaisessa muodossa, että ne ovat kaikkien saatavilla ja omaksuttavissa esitys- tai julkaisutavasta huolimatta.

Asetetut tavoitteet saavutettiin. Asiakas- ja läheispalautteen sovelluksen hankintaprosessin viivästyminen aiheutti asiakas- ja läheispalautteen käytettävyyden suhteen muutoksia. Asiakas- ja läheispalautteiden pilotointi toteutettiin kertaluonteisesti. Tavoitteena oli toteuttaa asiakas- ja läheispalautteen pilotoinnin aikana palautteen keruun kaksi kertaa palveluittain. Lisäksi tavoitteiden mukainen yksittäisten palvelutapahtumien sähköisen palautteen keruu ei toteutunut aikataulu syistä.

Koulutukset toteutuivat koulutussuunnitelman mukaisesti. Asiakas- ja läheispalautteen tiedon säilönnän pohjana toimi tiimikanava, joihin kaikille toimijoilla oli pääsy. Tiimikanava toimi tiedottamisen ja viestinnän alustana. Tiimikanava toimi myös raporttien ja kehittämistoimenpiteiden dokumentoinnin alustana.

Toimintamallin arviointi esiteltiin Varhan ikääntyneiden palveluiden johdolle, Varhan asiakaskokemus ja –osallisuudesta vastaavalle taholle ja tietojohdamisen palvelulle joulukuussa 2023. Toimintamallin käyttöönotosta ei ole tehty päätöstä, mutta toimintamalli on vapaasti sovellettavissa eli ei ole sidottu mihinkään järjestelmään.

Toimintamallin arviointi

Asiakas- ja läheispalautteen toimintamallin työstämiseen osallistui toimintamallin eri vaiheissa yhteensä noin 1800 henkilöä. Väittämien määrittelyssä oli osallisena asiakasraadın (20) lisäksi alueellinen edustus palveluittain (15). Koulutuksiin osallistui noin 180 henkilöä ja palautteen keruun osallistui lähes 1800 henkilöä. Palautetta kerättiin laajasti Varhan ikääntyneiden palvelujen käyttäjiltä ympäri hyvinvointialuetta. Vastausprosentti oli omaishoidossa 47 % ja kotihoitossa 55 %, palveluohjauksen vastausprosenttia ei ollut mahdollista saada järjestelmien ja kirjaamisen haasteiden takia.

Pilotoinnissa testattiin myös asiakas- ja läheispalautteen väittämien toimivuutta ja kysyttiin käyttäjäkokemusta ja palautetta asiakkailta ja läheisiltä. Palvelutarpeen arvioinnissa 84 %, omaishoidossa 99 % ja kotihoidossa 93 % asiakkaista kokivat palautteen antamisen helpoksi. Läheisistä yli 78 % koki vastaamisen helpoksi.

Pilotoinnin loppuessa kerättiin ammattilaisten käyttäjäkokemusta ja – palautetta. Haasteena nousi esille mobiililaitteen koko ja puheominaisuuden puuttuminen. Kuvakkeet tulee vaihtua automaattisesti ja vastaus tulee havaita selkeämmin esimerkiksi kuvakkeen väri ja koko vaihtuisi vastaamisen jälkeen selkeästi. Sähköistä asiakas- ja läheispalautteen keruuta suositteli 55 % ammattilaisista.

Kerätty data mahdollistaa tilanteen, jossa ikääntyvien kotona asumista tukevat palvelut saavat juuri omaan tarpeeseensa sopivan tiedon palautteista ja alueellinen ja yksikkökohtainen vertailu mahdollistui. Raportoinnin ja palautteesta nousseiden kehittämistoimenpiteiden käsittely, arviointi ja seuranta dokumentoitiin ja kehittämistoimenpiteiden vaikuttavuus ja vaikutukset saatiin näkyväksi. Valitut mittarit olivat toimivia ja toimintamallin vaikutuksia ja vaikuttavuutta kyettiin mittaamaan eri lähteistä.

Asiakas- ja läheispalautte tulee olla kaikkien käytettävissä, jokaisella tulee olla mahdollisuus osallistua ja vastata itsenäisesti tai kevyellä ohjeistuksella yhdenvertaisesti huolimatta heidän erityispiirteistään. Palautteesta nousseiden kehittämistoimenpiteiden toteutus sähköisessä muodossa tulee julkaista siten, että ne ovat kaikkien saatavilla ja omaksuttavissa esitys- tai julkaisutavasta huolimatta. Saavutettavuus on oikeudenmukaisuutta ja yhdenvertaisuutta digitaalisissa sisällöissä ja palveluissa sekä digitaalisen maailman esteettömyyttä.

3.4.2. Muut mahdolliset hankkeen tuotokset/tulokset

Palvelujen laadun varmistaminen on osa tietojohdamista ja siihen liittyvän tietopohjan kehittämistä ja käyttöä. Palvelujen laadun varmistaminen koostuu kotona asumista tukevien palveluiden käyttäjien palvelutarpeiden selvittämisestä monipuolisesti ja myöntämisperusteisiin sekä RAI-arviointiin pohjautuvien palvelujen toteutuksesta asiakas- ja palvelusuunnitelmien ja päätösten mukaan sekä asiakastarpeeseen pohjautuvasta riittävästä henkilöstöstä.

Tietojohdamisen ja tiedolla johtamisen kehittämisen tarve korostunut, sillä Varsinais-Suomen hyvinvointialueen muutos on valtava. Alueen tietojärjestelmien ja niistä tuotettavan raporttien ja tiedon kirjo on laaja ja vertailukelpoisen tiedon kerääminen asettaa haasteita. Varsinais-Suomen alueella on kymmeniä asiakas- ja potilastietojärjestelmiä, jolloin toiminnan yhtenäistäminen vie aikaa.

Lähtökohtana oli hankkeen aikana kehittää tiedon systemaattista hyödyntämistä siten, että käytössä olevia ja kehitettäviä arviointityövälineitä ja mittareita käytetään entistä enemmän ja päätöksen teko perustuu kotona asumista tukevien palveluiden toiminnan eri tasoilla kerättyyn tietoon, jonka keskeiset tietolähteet on määritelty. Sekä kuvata ja ottaa käyttöön toimintamalli, miten hyvinvointialueen ikäihmisten palvelujen laatua seurataan järjestelmällisesti. Toimintamallin tarkoituksena oli kehittää kotona asumista tukevien palveluiden tiedolla johtamisen käytäntöjä johtamisen eri tasoilla ja ottaa käyttöön tiedolla johtamisen ja laadunhallinnan mahdollistavia välineitä ja mittareita.

Palvelujen laadun varmentaminen systemaattisen seurannan kehittäminen ei edennyt hankkeen aikana yhtenevään hyvinvointitasoiseen toimintamalliin saakka. Suurimpana esteenä oli eri tietojärjestelmien

määrä, yhtenevän tiedon saatavuuden haasteet ja hyvinvointialueen järjestäytymisen hitaus. Yhteneviä mittareita ja arviointivälineitä ei kyetty kehittämään, koska tietoa ei ollut saatavissa eri tietojärjestelmistä lainkaan tai puutteellisesti hankkeen aikana. Tämän vuoksi hankkeen aikana edistettiin yhtenevien kotona asumista tukevien palvelujen tietotarpeiden tunnistamista, huomioitiin ja tunnistettiin jo olemassa olevat ja käyttöön otettavien järjestelmien ja välineiden tiedolla johtamisen mahdollisuudet ja vaikutukset laadun seurantaan.

Jotta voimme kehittää ikääntyneiden kotona asumista tukevien palveluiden tiedolla johtamisen mahdollistavia käytäntöjä johtamisen eri tasoilla, meillä tulee olla yhteinen ymmärrys ja näkemys tietotarpeista ja mitä ja mihin tarpeeseen tarvitsemme tietoa eri johtamisen tasoilla. Jotta voimme määritellä tiedolla johtamisen ja laadunhallinnan mahdollistavat välineet, tulee tarkastella, miten ja mistä lähteestä tieto tuotetaan ja missä muodossa. Ja huomioitava, onko kaikki tarvittava tieto saatavilla. Jotta voimme ottaa käyttöön tiedolla johtamisen mahdollistavat välineet ja mittarit, meillä on olla tieto siitä, mihin saatavilla oleva tieto varastoidaan ja missä muodossa? Onko käytössä yhteinen tietoaalusta, yhteinen tiedosto vai kansio. Vai onko tieto hajautettu?

Lähtötilanteessa kartoitettiin asiakas- ja potilastietojärjestelmät ja niitä tukevat järjestelmät Varsinais-Suomen hyvinvointialueella. Hyvinvointialueella oli käytössä kuusi eri asiakas- ja potilastietojärjestelmää ja näiden lisäksi muita tieto- ja toiminnanohjausjärjestelmiä. Kuvattiin työpajatyöskentelyssä tunnistetut ja dokumentoidut eri johtamistasojen ja kansalliset tietotarpeet, onko tieto saatavissa ja miksi tietoa tarvitaan. Työpajatyöskentelyyn, joissa tunnistettiin tiedolla johtamisen tietotarpeet ja dokumentoitiin palveluittain nykyiset tietotarpeet ja tietolähteet, osallistuivat V-S hyvinvointialueen kuntien ikääntyneiden palveluiden vastuuhenkilöt sekä sidosryhmät.

Hyvinvointialueella kirjataan useampaan eri järjestelmään. Lisäksi tietoa kirjataan manuaalisesti. Tiedon yhtenäistäminen ja saatavuus ovat haasteellista ja osittain mahdotonta, koska tieto ei ole samassa muodossa tai tietoa ei ollut hankkeen aikana saatavissa kaikista käytössä olevista järjestelmistä.

Hankkeen aikana RAI-järjestelmästä saatavaa tietoa on hyödynnetty tiedolla johtamisen tukena ja RAI-toiminnan seuraamisessa asiakasohjauksessa sekä kuntouttavassa toiminnassa muun muassa arviointimäärä raporteilla. Yhteistyössä RAI asiantuntijoiden ja asiakasohjauksen esihenkilöiden kanssa on suunniteltu asiakasohjaustoimintaan jatkossa seurattavia indikaattoreita.

Yhtenevä kotona asumista tukevien palveluiden tiedolla johtamisen ja laadunhallinnan mahdollistava toiminta yhdistyy neljästä toisistaan täydentävistä ja tukevista käytännön kokonaisuuksista, joita on toteutettu Varsinais-Suomen TulKoti- hankkeen osahankkeissa; Kotona asumista tukevat palvelut ovat asiakaslähtöisiä, oikeat palvelut oikeaan aikaan- asiakas- ja palveluohjaus kuntoon, osaavan henkilöstön riittävä määrä ja saatavuuden vahvistaminen ja palvelujen laadun varmistaminen järjestelmällisellä seurannalla. Yhtenevät palvelujen myöntämisen perusteet, yhtenevä kuntouttava arviointijakso, yhteinen resurssipooli ja asiakas- ja läheispalaute mahdollistavat vertailukelpoisen ja yhtenevän tiedon saannin ikääntyneiden kotona asumista tukevien palvelujen toiminnasta ja toimivuudesta.

Kotona asumista tukevien palveluiden vaikuttavuuden ja laadun seuranta tulee perustua kokonaisvaltaiseen asiakkaan palvelupolun arviointiin. Vaikuttavuuden ja laadun seuranta tulee perustua palveluohjauksen prosessien arviointiin (yhteydenotto, vireille tulo, palvelutarpeen arviointi), palvelujärjestelmän ja resurssien (kustannus ja käyttö) vaikutuksen arviointiin sekä asiakasvaikutuksen arviointiin. Yhtenevien käytäntöjen

taustalla on yhtenevät tiedolla johtamisen ja laadunhallinnan mahdollistavat välineet, joita on toteutettu omissa osahankkeissa mm. asiakastarpeen mukainen resurssilaskentamalli ja asiakas- ja läheispalautesovellus. Palvelujen laadun varmistaminen järjestelmällisellä seurannalla tarvitsee toteutuakseen toimivat ja yhtenevät käytännöt, välineet ja mittarit, jotka pohjautuvat strategisiin toiminnallisiin tavoitteisiin ja hyvinvointialueen arvoihin.

4. Johtopäätökset

Varsinais-Suomen TulKoti-hankkeessa keskityttiin laaja-alaisesti ikääntyneiden kotona asumista tukevien palveluiden kehittämiseen. Tavoitteena oli yhtenäistää ja tehostaa 27 kunnan alueiden toimintakäytäntöjä yhtenäisiksi takaamaan yhdenvertaisuutta ikääntyneille kansalaisille kautta hyvinvointialueen. Haasteena hankkeelle asetettujen tavoitteiden toteutumiseen oli hankekauden ajankohta, joka sijoittui siirtymään kuntien palvelutuotannosta hyvinvointialueelle. Vuoden 2022 hankeaika keskittyi nykytilan kuvauksen hahmottamiseen ja vuosi 2023 meni vahvasti uuteen perustuksen organisoitumiseen.

Hankkeen aikana onnistuttiin saavuttamaan merkittäviä yhtenäistämistoimenpiteitä ja parannuksia keskeisillä painopistealueilla. Kaikki hankkeessa varsinaisiksi toimintamalleiksi asti kehitetyt kokonaisuudet ovat onnistuneita: Kuntouttava arviointijakso kotona ja yksiköissä, Säännöllisen kotihoidon asiakkaiden suun terveyden arviointi, Yhtenäisen palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli, Riittävän ja osaavan henkilöstön varmistaminen sekä Ikääntyneiden kotona asumista tukevien palveluiden asiakas- ja läheispalaute. Toimintamallit vaativat vielä jalkautustyön jatkamista, kokemuksia toimivuudesta ja arvioinnista sekä mahdollista jatkokehittämistä. Jatkokehittämistä tapahtuu sekä Varsinais-Suomen hyvinvointialueen omana toimintana muun muassa osana strategisia linjauksia ja asiakasohjausjärjestelmän osalta osana EU:n Kestävän kasvun ohjelman RRP-rahoitteista hanketta.

Osa suunniteltujen toimintamallien kehittämisestä jäi vielä alkutekijöihin ja jatkokehittäväksi tulevaisuudessa. Ne tavoitteet, joissa ei päästy kehittämään toimintaa toimintamalliksi asti, olivat taustoiltaan vielä hyvin jäsentymättömiä Varsinais-Suomen hyvinvointialueella tai tietojärjestelmäriippuvaisia. Varsinais-Suomen hyvinvointialueelle ollaan ottamassa käyttöön yhtenäiset asiakas- ja potilastietojärjestelmät, joka helpottaa yhtenäisten prosessien ja tiedontuotannon rakentamista.

Tulevaisuuden kotona asumista tukevat palvelut iäkkäille-hankkeen rahoitus oli myönnetty hyvinvointialueelle toimeenpanon tueksi. Osittain hanketyö nähtiin hankkeessa työskennelleiden kannalta irralliseksi muusta toimeenpanosta sekä hankkeen ohjaaminen hyvinvointialueen toimesta oli osittain niukkaa. Ne toimintamallit, joita onnistuttiin menestyksellisesti toteuttamaan, liittyi vahvasti joko Varsinais-Suomen hyvinvointialueelle luotuun organisaatiomalliin tai vuoden 2023 alussa laadittuun strategiaan.

Hanketyössä sekä hyvinvointialueen rakentumisessa on tunnistettu muun muassa yhteisen näkemyksen ja yhteisen sanoittamisen tarve. Monesti asioiden eteenpäin viemisessä haasteena on ollut löytää yhteinen terminologia sekä asioiden määrittely. Lisäksi yli hallituskausien tapahtuva kehittäminen luo omat haasteensa. Pidempi rahoituskausi etenkin tälle hankekokonaisuudelle olisi varmistanut tavoitteiden paremman toteutumisen.