

Hankehakemus

Toimiva kotihoito Lappiin

Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen

Asta Niskala
31.8.2016
(Täydennetty syyskuu 2016)

Sisällys

Tiivistelmä.....	2
1 Hankkeen nimi	3
2 Alue ja toimintamalli.....	3
3 Hakijan tiedot.....	3
4 Lähtötilanne	3
4.1 Toiminta-alue ja väestö	3
4.2 Palvelurakenne	5
4.3 Haasteet.....	6
4.4 Maakunnallinen ikäihmisten palveluiden kehittämistyö	7
5 Kehitettävien toimintamallien kuvaus	10
5.1 Toimiva kotihoito ja kotikuntoutus	10
5.2 Alueellinen toimintamalli ikäihmisten kotikuntoutuksen kehittämiseen	13
5.3 Yhteinen yleinen palveluneuvonta ja -ohjausmalli	14
5.4 Teknologian hyödyntäminen	15
6 Hankkeen toteutus ja aikataulu	17
7 Tarvittavat voimavarat.....	21
8 Viestintä ja vaikuttaminen	23
9 Toiminnan arviointi	24

Tiivistelmä

Ikäihmisten tulevaisuuden palvelukokonaisuudet kotona asumista tukemassa

Taustaa

Hankkeessa ovat keskiössä kotona asumista tukevat, varhaista tukea ja kuntoutusta tarjoavat ja teknologiaa hyödyntävät palvelut, joita tuotetaan laajassa yhteistyössä eri toimijoiden kesken ja joissa huomioidaan myös saamenkieliset ikäihmiset ja heidän palvelutarpeensa. Haasteena on maakunnan pinta-alan laajuus ja 80 vuotta täyttäneiden määrän lisääntyminen sekä henkilöstön eläköityminen. Sote-valmistelutyössä päätavoitteiksi nostettiin laitoshoidon (1 %) sekä tehostetun palveluasumisen (5–6 %) vähentäminen vuoteen 2020 sekä kotona asumisen (93–95 %) ja omaishoidon (8 %) lisääminen. Asiakasprosessityöskentelyn aikana on arvioitu, että laatusuosituksen rajoissa ikäihmisten palvelurakennetta on mahdollista keventää noin 20 miljoonalla eurolla.¹

Lapin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmissa vuosille 2016–2020 kehittämiskohteita ovat: 1) Integraatio ja johtaminen, 2) asumisratkaisut, 3) kotihoidon uudistaminen ja tuottavuuden kasvattaminen ja 4) kuntoutus.

TAVOITTEET

1. Asiakas keskiössä

Vaikuttavat ja toimintakykyä ylläpitävät toimintatavat ovat käytössä ja osallisuus on lisääntynyt.

2. Toiminnallinen integraatio ja toimintakäytäntöjen kehittäminen

Sos–pth–esh-integraatio on toteutunut ja yhteiset vaikuttavat työmallit ja työvälineet, myös sähköiset, ovat käytössä. Järjestöt, seurakunnat ja yritykset ovat mukana.

3. Osaava henkilöstö

Muutosjohtamista on vahvistettu ja henkilöstön osaaminen, osallistuminen ja hyvinvointi ovat lisääntyneet.

Pilottikohteet

- Kotihoidon prosessien ja käytäntöjen uudistaminen
 - o Omahoidon lisääminen ja asiakkaiden osallisuuden lisääminen palveluissa
 - o Kotihoidon uudet työmuodot
 - o Muistisairaana palvelupolun käyttöönotto
- Laajan kotikuntoutusmallin käyttöönotto
 - o Ikäihmisten hyvinvoinnin malli
 - o Kuntouttava työote
 - o Kotikuntoutusmalli
- Yhteinen alueellinen palveluneuvonta ja -ohjaus -toimintamallin suunnittelu ja palvelualueen kokeilu
- Kotihoidon prosessien kehittäminen teknologia-avusteisiksi

Yhteiset toimintatavat: Sopimukset, Valmennukset & Teknologiset ratkaisut

Tulokset

lääkkäiden palvelut ovat yhdenvertaistuneet ja tarjolla on parempia ja joustavasti kohdennettuja kotiin annettavia palveluja. Toimintakykyä ja kuntoutusta edistävä toiminta ja palvelut ovat lisääntyneet. Palveluprosessit ja tiedonkulku perus- ja erityistason sekä päivistyspalvelujen ja ensihoidon kesken ovat sujuvia. lääkkäiden ja henkilöstön osallisuus on lisääntynyt, palvelut ovat uudistuneet, henkilöstön osaaminen ja hyvinvointi ovat lisääntyneet sekä esimiehiä on tuettu muutosten läpiviennissä. Käytössä on aiempaa monipuolisempia teknologisia ratkaisuja, jotka tukevat kotihoidon prosessien toteutumista.

Kärkihankkeen rahoituskriteerien täyttyminen

Kehitämme iäkkäiden ihmisten kotiin annettavien palvelujen määrää ja sisältöä

Pilotoinnissa on mukana koko Lapin maakunta

Mukana ovat kunnat, kuntayhtymät, maakuntaliitto, järjestöt ja yritykset

¹ www.sosiaalikallega.fi/poske/tyoryhmat/soteuudistus/nhg_sparraus_290216 & <http://www.lpsph.fi/media/files/pth/diat-lansi-pohjan-sote-jarjestamissuunnitelman-toimenpideohjelma-seutufoorumi-11.4.2016.pdf>

1 Hankkeen nimi

Toimiva kotihoito Lappiin -hanke – Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen.
”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa” -kärkihankkeen Lapin kokonaisuus

2 Alue ja toimintamalli

Lapin maakunta, Lapin maakunnan kaikki kunnat (21): Enontekiö, Inari, Kemi, Kemijärvi, Keminmaa, Kittilä, Kolari, Muonio, Pelkosenniemi, Pello, Posio, Ranua, Rovaniemi, Salla, Savukoski, Simo, Sodankylä, Tervola, Tornio, Utsjoki, Ylitornio

Hankkeen hallinnoijana toimii Kolpeneen palvelukeskuksen kuntayhtymä ja toteuttajana Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus, kuntien omarahoitusosuuksista vastaavat Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirit

I&O-kärkihankkeen teemat, joihin Toimiva kotihoito Lapissa -hanke liittyy ovat Toimiva kotihoito ja Keskitetty alueellinen asiakas-/palveluohjauksen toimintamalli

3 Hakijan tiedot

Kolpeneen palvelukeskuksen kuntayhtymä

Myllärintie 35

96400 Rovaniemi

Y-tunnus

Vastuuhenkilö: Anita Lammassaari, johtaja, Kolpeneen palvelukeskuksen kuntayhtymä

Yhteyshenkilö: Asta Niskala, vs. kehitysjohtaja, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus (1.2.2017 alkaen Kaisa Kostamo-Pääkkö, kehitysjohtaja)

Hankeeseen haetaan projektipäällikköä, joka toimii hankkeen vetäjänä.

4 Lähtötilanne

4.1 Toiminta-alue ja väestö

Lapin maakunta on 92 662 neliökilometrin pinta-alallaan Suomen maakunnista suurin kattaen 30 prosenttia koko maan pinta-alasta. Etäisyydet sekä maakunnan sisällä että valtakunnan keskuksiin ovat pitkät ja asutus harvaa väestötiheyden ollessa keskimäärin 2 asukasta neliökilometriä kohden. Lapin maakunnassa on 21 kuntaa, joissa asukkaita 180 858². Saamelaisia on Suomessa Saamelaiskäräjien keräämien tietojen (2015) mukaan 10 463 henkilöä, joista 33,44 % asuu saamelaisalueella, muualla Suomessa 60,47 % ja loput ulkomailla. Tilastollisen kuntaryhmittelyn mukaan Lapin kaupunkimaisia kuntia ovat Kemi, Rovaniemi ja Tornio, taajaan asuttuja Kemijärvi ja Keminmaa ja muut 16 kuntaa maaseutumaisia. Seutukuntia

² Tilanne 31.12.2015, sotkanet.fi

on kuusi. Ennusteiden mukaan Lapin maakunnan kuntien väestömäärä pienenee Rovaniemeä, Kittilää, Utsjokea, Kolaria ja Torniota lukuun ottamatta seuraavien vuosikymmenten aikana. Suurimmat väestökadot kohdistuvat Ranuaan, Pelloon, Sallaan ja Ylitornioon.³

Sosiaali- ja terveyspalveluiden kannalta olennaisimmat väestörakenteen muutokset ovat väestön vanheneminen ja työikäisten suhteellisen osuuden pieneneminen. Yli 65-vuotiaiden väestöosuus vaihtelee melkoisesti Lapin kuntien välillä ollen suurimmillaan Pellossa 32,2 % ja pienimmillään Rovaniemellä 16,6 %.⁴

Kaikissa ikäryhmissä yli 65-, 75- ja 80-vuotiaiden määrät nousevat tasaisesti seuraavan viidentoista vuoden aikana. 80 vuotta täyttäneiden määrät lisääntyvät kaikissa kunnissa. Eniten kasvua on Kemijärvellä, Pellossa, Posiolla ja Sallassa⁵. Lapissa yksinasuvien 75 vuotta täyttäneiden osuus vastaavanikäisestä asuntoväestöstä oli 45,8 % vuonna 2014.⁶

Lapin maakunnan alueella asuvien terveydentilaa tarkasteltaessa on huomioitava korkeat sairastavuusindeksit, jotka vaihtelevat Kemijärven 70,5:sta Posion 146,3:een.⁷ Muistisairaudet ovat suurin yksittäinen elämänlaatua heikentävä ja avun tarvetta aiheuttava tekijä. Arvioiden mukaan keskimäärin kolme neljästä muistisairaasta tarvitsee sairauden edetessä ympärivuorokautista hoitoa. Ennusteiden mukaan muistisairaiden määrä kasvaa kaikissa kunnissa. Laskennallinen vähintään keskivaikean muistisairauden esiintyvyys on alle 65-vuotiailla 0,26 %, 65–74-vuotiailla 4,2 %, 75–84-vuotiailla 10,7 % ja yli 85-vuotiailla 35 %⁸. Lapin osalta vuoden 2015 vuoden väkilukuun suhteutettuna tämä tarkoittaa, että keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairasti 4 311 henkilöä, kun taas Kelan tilaston⁹ mukaan voimassa olleita muistisairauslääkitykseen oikeutettuja oli tuolloin 1 952 henkilöä. Säännöllisen kotihoitoon asiakaskunnassa Lapissa oli muistisairaita 15,9 % (437 hlöä) vuoden 2013 lopussa, kun koko maassa vastaava osuus oli 19,6 %¹⁰. Muistisairaudet lisääntyvät saamelaisväestössä samaa tahtia kuin muussakin väestössä. Prosentuaalisesti muistisairautta saamelaisväestössä esiintyy yli 65-vuotiailla 8,8 % sekä yli 85-vuotiailla 20,3 % yleisesti väestöstä.¹¹

Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH:n mukaan Lapin maakunnan väestö kokee terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi. Koettuun hyvinvointiin vaikuttavat myös

³ 31.12.2014 Tilastokeskus ja Laaja selvitys ympärivuorokautisesta hoidosta ja asumispalveluista Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (OYS-erva), Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015

⁴ Lapin Muistibarometri 2014 ja tilastokeskus

⁵ Lähde: Laaja selvitys ympärivuorokautisesta hoidosta ja asumispalveluista Oulun yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (OYS-erva), Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2015

⁶ www.sotkanet.fi Yksinasuvat 75 vuotta täyttäneet, % vastaavanikäisestä asuntoväestöstä (ind. 237)

⁷ THL:n sairastavuusindeksi <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tietoa-tilastoista/laatuselosteet/thl-n-sairastavuusindeksi>

⁸ <http://www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=suomalaisen-tutkimuksen-mukaan> (16.8.2016)

⁹ Tilastotietokanta Kelasto, http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet (16.8.2016)

¹⁰ Muistisairaat asiakkaat säännöllisessä kotihoitossa 30.11., % asiakkaista, viimeisin tilasto saatavilla vuodelta 2013. www.sotkanet.fi (16.8.2016)

¹¹ Remes, A. 2012. Itä-Suomen yliopisto. Neurologian erikoislääkäri, professori, Etenevät muistisairaudet saamelaisväestössä. 20.8.2016.

elinympäristön tekijät, mm. liikenneyhteydet. Lapissa huonojen liikenneyhteyksien koettiin haittaavan enemmän kuin muissa maakunnissa.¹²

4.2 Palvelurakenne

Sote-uudistusmallissa kunnille jää edelleen vastuu ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämällä korostetaan toiminnan laaja-alaisuutta ja sitä, että se koskettaa kaikkia kunnan hallinnonaloja. Ikäihmisten sosiaalista vuorovaikutusta edistää vanhuspalveluiden, koulujen, oppilaitosten, päiväkotien, eläkeläisjärjestöjen, kirjastojen ym. kanssa tehtävä tiivis yhteistyö. Tärkeää on lisätä kulttuuripalvelujen, vanhusjärjestöjen sekä vanhusneuvoston kanssa tehtävää yhteistyötä.

Lapin maakunnan alueella vanhuspalveluja tuotetaan pääasiallisesti julkisin voimavaroin. Vain isoimmissa kaupungeissa on yksityisiä palveluiden tuottajia. Tukipalveluista erityisesti siivouspalveluja on kunnissa pystytty siirtämään yksityisille palveluiden tuottajille. Nykyisessä palvelurakenteessa saamenkieliset palvelut ovat pirstaleisia ja niiden tuotantoa leimaa satunnaisuus. Palvelujen saavutettavuutta heikentää tiedottamisen puute sekä se, että saamenkielisiä hoitotyöntekijöitä on vähän tai asiakkaita ei aina ohjata saamenkielentaitoisen henkilöstön asiakkaiksi.

Kuntakohtaiset erot palvelurakenteen osalta ovat Lapin maakunnassa varsin suuret. STM:n suosituksen mukaan 75 vuotta täyttäneistä ikäihmisistä 91–92 % tulisi asua kotona vuoteen 2017 mennessä. Lapin maakunnassa kuntien tilanne kotona asuvien 75 vuotta täyttäneiden osalta (vuonna 2013) vaihtelee 80,7–94 % välillä, keskiarvon ollessa 90,1 %. Valtakunnalliseen tavoitteeseen pääsevät tällä hetkellä Kolari, Pello, Sodankylä, Utsjoki ja Kemina.

STM:n suosituksen mukaan säännöllisen kotihoidon piirissä 75 vuotta täyttäneistä tulisi olla 13–14 % vuoteen 2017 mennessä. Lapin maakunnassa (vuonna 2013) kuntakohtaiset erot ovat tässä varsin suuret vaihdellen 6,1–21,1 % välillä. Kotona asumisen turvaamiseksi tulisi monessa kunnassa kehittää kotihoitoa ja jatkaa edelleen laitoshoidon purkamista.

STM:n suosituksen mukaan omaishoidon tuen asiakkaita tulisi olla 6–7 % yli 75 vuotta täyttäneistä vuoteen 2017 mennessä. Saamelaisalueen kunnissa omaishoidon piirissä on suhteellisen paljon ikäihmisiä. Utsjoella lähes 13 % ja Enontekiöllä myös yli 12 % vuonna 2014. Länsi-Pohjan alueen kunnista ainoastaan Simossa ylitetään tavoite omaishoidon tuen asiakkaiden osalta. Muun Lapin kunnissa tavoitteen alle jäätiin Kemijärvellä ja Posiolla.

Maakunnan sisällä erot ovat suuret myös ympärivuorokautisen hoidon osalta. Tehostetussa palveluasumisessa asuvien 75 vuotta täyttäneiden prosenttiosuus vaihtelee 0–14,8 % välillä. Vanhainkodeissa tai pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien osuus 75 vuotta täyttäneistä (vuonna 2013) vaihteli 1–14,3 % välillä. Lapin harvaanasutuilla alueilla on haasteellista jär-

¹² Lähde: Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus <http://www.terveytemme.fi/ath/index.html>
<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijaty/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille>

jestää yöaikaista hoitoa ja sen käytännöt mm. yöpartiotoiminta vaihtelevat suuresti eri kuntien välillä. Yksityisten palvelujen saatavuus vaihtelee ja järjestöyhteistyökäytännöt ovat hyvin erilaisia erikunnissa, näiden käytäntöjen kartoitus on vielä tekemättä.

4.3 Haasteet

Taloudellinen tilanne tulee Lapissa olemaan tulevaisuudessa haastava, kun väestörakenne muuttuu ja huoltosuhde heikkenee voimakkaasti. Taloudelliset tilanteet heijastuvat myös sosiaali- ja terveyspalveluiden kautta vanhuspalveluihin. Väestön vanheneminen aiheuttaa palvelutarpeen kasvun vanhusten palveluissa. Palvelurakenteen kannalta väestörakenteen muutoksen aiheuttamia haasteita ovatkin ennen kaikkea jatkuva palvelutarpeen kasvu, kuntien henkilöstön siirtyminen eläkkeelle sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus.

Haasteena on luoda palvelujärjestelmä, jossa iäkkäät saavat pääosan tarvitsemistaan palveluista kotiin tai kotoa käsin. Tavoitteen saavuttamisen kannalta keskeisiä tekijöitä ovat mm. kotona asumisen mahdollistava toimintakyky ja terveys, kotona asumista tukevien palveluiden monipuolinen ja riittävä tarjoaminen, kotona asumisen mahdollistavat asunnot sekä kotona asumista tukeva henkilöstörakenne ja henkilöstön osaaminen. Kotona asuvan vanhuksen toiminnallista arkea pyritään mahdollistamaan ja vahvistamaan riippumatta hänen avun tarpeestaan ja toimintakyvystään. Ikäihmisen itsemääräämisoikeutta ja myös omaisten osallistumista vahvistetaan yhteistyössä. Saamenkielisten palveluiden kulttuurinmukaisuus on huomioitava niin koti- ja laitospalveluissa kuin myös palveluasumisessa.

Maakunnallisessa sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisessa tulee luopua perustelemattomasta pitkäaikaisesta terveyskeskuksen vuodeosastohoidosta ja vapautuvat resurssit tulee ohjata kuntoutukseen, ennaltaehkäisyyn, lyhytaikaishoitoon, tehostettuun palveluasumiseen ja kotihoitoon. Tämä mahdollistaa kotiin annettavien palveluiden vahvan kehittämisen. Haasteena on uudistaa palvelukokonaisuutta kohti yksiportaista asiakkaan tarpeisiin perustuvaa ympärivuorokautisen hoidon järjestelmää. Palvelurakenteen uudistamistyö on aloitettu vähentämällä terveyskeskusten vuodeosastopaikkoja ja vanhainkotien laitospaikkoja, joita on korvattu tehostetulla palveluasumisella.

Kotihoitoa on lisätty, kotipalvelu ja -sairaanhoito on yhdistetty monessa kunnassa kotihoitoksi. Kotihoitoa on alettu tehostaa ja on otettu tai tullaan ottamaan käyttöön kotihoito-optimointi ja mobiilikotihoito. Tämä helpottaa henkilöstöä mahdollistamalla ajantasaisen kirjaamisen ja pääsyn asiakastietojärjestelmään (ajantasaiset lääkitystiedot, aiemmat työntekijän kirjaukset) asiakkaan kotoa, mutta myös helpottaa työn suunnittelua, kun käytettävissä olevat resurssit ja vaatimukset (esim. sijaistarpeet), asiakkaiden keskeytykset palvelutarpeessa ja esimerkiksi ajoreitit ovat helposti saatavilla.

Yksin asumisen haaste erityisesti haja-asutusalueilla on tarvittavan avun riittävyys, sillä kotihoitoa tarvitsevien määrä kasvaa koko ajan. Syrjäseuduilla ongelmana ovat lähipalvelujen puutteet ja pitkät etäisyydet. Syrjäseuduilla asuvien ikäihmisten palveluita joudutaan yleensä räätälöimään yksilöllisesti tilanteen mukaan. Helposti saavutettavat lähipalvelut ovat tärkeitä erityisesti vanhuksille. Haja-asutusalueella tämä tarkoittaa usein muuttamista kuntakeskuksiin. Haasteena on, ettei iäkkäiden itsenäiseen asumiseen tarvittavia, palvelujen

äärellä olevia tavallisia asuntoja, palvelukortteleita, joihin vanhat ihmiset voivat muuttaa, juuri ole. Tavallinen palveluasuminen on vuokra-asumista voimavaroja tukevassa, viihtyisässä ja kodinomaisessa ympäristössä asiakkaille, jotka eivät enää selviydy itsenäisesti kotona, mutta eivät tarvitse ympärivuorokautista hoivaa ja hoitoa.

Kuntien sisällä sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio hakee vielä monessa kunnassa toimintamuotojaan. Toimintakäytännöt palveluiden sisällä ovat erilaisia, samoin johtamiseen ja työhyvinvointiin liittyvät käytännöt. Palveluiden myöntäminen sekä asiakasmaksut vaihtelevat suuresti kuntien välillä. Asiakasrakenteet, maantieteelliset eroavuudet sekä harvaan asutut alueet tuovat maakunnan alueelle palveluverkon tarpeen, johon vastaaminen edellyttää yhtenäistä, mutta joustavaa ja monipuolista palvelurakennetta.

4.4 Maakunnallinen ikäihmisten palveluiden kehittämistyö

Kaste-ohjelmakaudella ikäihmisten palveluja on kehitetty maakunnallisesti Ikäihminen toimijana ja SenioriKaste -hankkeissa. Hankkeissa on tehty pohjatyötä yhteiselle alueelliselle palvelukokonaisuudelle. Alueella on yhtenäistetty kuntien vanhuspalvelumuotoja mm. yhteneväisten palveluiden myöntämisen kriteereiden osalta ja esimerkiksi tarjoamalla geriatrin etäkonsultaatiota kuntiin. SenioriKaste -hankkeessa on mm. työstetty alueellinen toimintamalli muistioireisten henkilöiden mahdollisimman varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon ohjaamiseen. SenioriKasteen Lapin toiminnallisen osakokonaisuuden yksi osa-alue oli saamelaiserityisyyden huomioiminen muistisairaana palveluprosessimallissa. Liitteessä 1 on tarkemmin avattu SenioriKaste-hankkeessa kehitettyjä toimintamalleja. Tässä hankkeessa hyödynnetään aiemmin tehtyä kehitystyötä.

Lapin liiton Sote-Savotta -hankkeen (1.9.2014–31.12.2016) tavoitteena on luoda maakuntaan räätälöity, osaava ja innovatiivinen sote-verkosto. Osana Sote-Savottaa on maakunnan kummankin sairaanhoitopiirin alueella tehty laaja asiakasprosessityöryhmätyöskentely vuosina 2015–2016. Työryhmissä on mietitty uusia asiakaslähtöisiä toimintamalleja, kyseenalaistettu vanhoja työntekijälähtöisiä malleja, mutta samaan aikaan pohdittu myös toiminnan ja palvelujen vaikuttavuutta sekä löydetty myös keinoja kustannusten kasvun hillitsemiseksi. Maakunnallista asiakasprosessityöskentelyä jatketaan syksystä 2016 alkaen yhteisesti, myös ikäihmisten palvelukokonaisuuden osalta.

Asiakasprosessityöryhmissä asiantuntijoiden tehtävänä oli hahmotella uusia toimintamalleja, joissa sote-integraatio ja asiakaslähtöisyys toteutuisivat. Kokonaishoitoketjussa pääpaino siirrettiin kuntoutukseen ja kotona tapahtuvaan hoitoon. Tarvittaessa kuntouttava ohjaus tapahtuu kotona ennen erikoissairaanhoidon toimenpidettä ja kotiutuminen tapahtuu tukevan kotisairaalan ja kotihoidon avulla erikoissairaanhoidosta suoraan kotiin. Palvelutuottajien tulisi panostaa enemmän palveluiden monimuotoisuuteen ja kulttuurisensitiiviseen työskentelyyn, jotta myös saamelainen ikäihminen vanhustyön voi luottaa siihen, että hänen tarpeensa tulevat huomioiduksi.

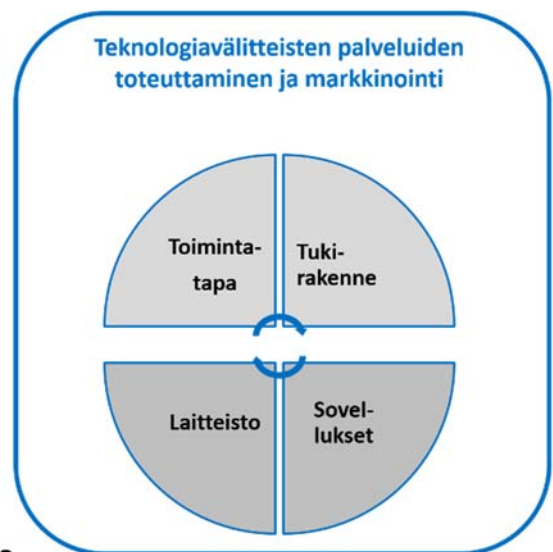
Tekeillä olevaa maakunnallista vanhuspalvelusuunnitelmaa ovat olleet työstämässä eri toimijatahot SenioriKaste -hankkeen koordinoimana: johtajat omissa työkokouksissaan samoin

vanhusneuvostot ja ikäihmisten asiantuntijatyöryhmät. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmissa on huomioitu tehty asiakasprosessiryhmissä tehty työ ja sen suositukset. Maakunnallinen vanhuspalvelujen visio, toiminta-ajatus ja arvovalinnat pohjautuvat vahvasti lainsäädäntöön ja valtakunnallisiin suosituksiin sovitettuna Lapin toimintaympäristöön tavoitteena kustannustehokkaat ja laadukkaat palvelut. Lapin maakunnassa pyritään noudattamaan STM:n laatusuosituksen tavoitteita, jossa linjataan kuntien vanhustyön palvelurakenteen kehittämistä yli 75-vuotiaiden osalta laitoshoitopainotteisuudesta ennaltaehkäiseviin toimiin ja kotihoitoon.

Lapin alueella jo kehitettyjen palvelumallien ja teknologioiden hyödyntäminen

Virtu.fi on innovaatioympäristö, joka sisältää toimintatavan, tukirakenteen, laitteet ja sovellukset sähköisten palveluiden toteuttamiseksi. Virtuaalisen sosiaali- ja terveystalokeskuksen kautta kansalainen saa

- ohjaus- ja neuvonta- sekä ajanvarauspalveluita omasta kunnastaan tai alueellisesti tuotettuna
- mittareita ja testejä oman hyvinvoinnin tueksi
- mahdollisuuden käyttää kuvapuhelinpalveluita kotoaan tai palvelupisteestä käsin yksin tai ryhmässä
- tietoturvallisen asiointitilin, jonka avulla voi seurata asiointia sekä tallentaa omia tietojään
- Virtu-palvelupisteessä voi käyttää kuvapuhelin- ja internetpalveluita sekä kopioida, skannata ja tulostaa asiakirjoja. Palvelupisteen käyttö on kuntalaiselle maksutonta.



Virtuaalisen sosiaali- ja terveystalokeskuksen kautta ammattilaisella on mahdollisuus

- käyttää kirjallisia tai videoneuvotteluteitse tuotettuja konsultaatio- ja työparipalveluita, ottaa käyttöön tietoturvallisen kotilisenssin asiakkaan kotiin tuotettaviin kuvapuhelinpalveluihin sekä ottaa yhteyttä virtu-palvelupisteisiin
- käyttää tiedonsiirtopalveluita kuntien ja kuntayhtymien sekä järjestöjen ja yksityisten yritysten välillä
- toimia verkkoneuvojana/-konsulttina, ottaa vastaan erilaisia lomake- ja mittaustietoja sekä kommentoida asiakkaan "Oma hyvinvointi" -palvelun tietoja.
- saada tukea palveluiden digitalisoinnissa.

Virtuaalisessa sosiaali- ja terveystalokeskuksessa on tällä hetkellä 186 eri palvelua Lapin kuntalaisten käytössä. Vuonna 2015 ammattilaispalveluissa oli 1 935 ammattilaiskäyttäjää, ja verkkosivuja avattiin 394 413 kertaa. Palvelu on toiminut vuodesta 2008 lähtien Posken ja alueen sairaanhoitopiirien ja kuntien ylläpitämänä. Palveluita voivat tuottaa kuntien ja kuntayhtymien lisäksi myös valtio, järjestöt ja yksityiset palveluntuottajat. Virtu.fi-palveluissa kuntien käytössä olevat teknologiset ratkaisut on kilpailutettu alueellisesti Lapin maakunnan

alueelle. Teknologiat tukevat avoimia rajapintoja ja tiedon hyödynnettävyyttä esim. Omakannan kautta. Alueellisen Virtu.fi -palveluportaalien ja -mallien käyttö on huomioitu Lapin alueella tehtävässä digistrategiatyössä. Lapin alueella suunnitellaan myös yhtenäisen sähköisen palvelusetelijärjestelmän käyttöönottoa. Myös kokonaisarkkitehtuurityö (KA) on aloitettu ja palveluiden digitiekartta on tekeillä. Kokonaisarkkitehtuurityö toimii jatkossa palveluiden suunnittelun sekä kehittämisen viitekehystenä ja tukena. Digitiekartan laatiminen sidotaan kiinteästi asiakasprosessityöhön.

5 Kehitettävien toimintamallien kuvaus

Lapin maakunnallisessa kehittämistyössä tavoitellaan asiakaslähtöisiä toimintamalleja, joilla turvataan ikäihmisten arjessa pärjääminen ja toimintakyvyn ylläpitäminen laajalla toimijayhteistyöllä. Sote-valmistelutyössä päätavoitteiksi on nostettu laitoshoidon (1 %) sekä tehostetun palveluasumisen (5–6 %) vähentäminen vuoteen 2020 sekä kotona asumisen (93–95 %) ja omaishoidon (8 %) lisääminen. Asiakasprosessityöskentelyn aikana on arvioitu, että laatusuosituksen rajoissa ikäihmisten palvelurakennetta on mahdollista keventää noin 20 miljoonalla eurolla¹³. Tavoitteena on henkilöstön joustava siirtyminen laitoksista avopuolelle ja toiminnan suuntaaminen peruspalveluja vahvistavaksi. Palveluprosessit ovat joustavia, asiakaslähtöisiä ja moniammatillisesti toteutettuja ja huomioivat myös saamenkielen ja -kulttuurin moninaisuuden palvelutarpeineen.

Muutokset edellyttävät asenteiden, ajattelutapojen ja toimintamuotojen muutosta sekä yhteistä tavoite- ja tahtotilaa. Muutos palvelurakenteessa edellyttää hallittujen palveluprosessien kokoamista ja koko ikäihmisten palvelurakenteen selkiyttämistä, arviointia ja kehittämistä. Sosiaali- ja terveyshuollon toimijoiden lisäksi ikäihmisten kotona asumisen ja palveluiden kehittämiseen tarvitaan mukaan asiakkaita, omaisia, järjestöjä ja yrityskumppaneita. Hanke tukee Lapin kuntia maakunnallisessa sote-valmistelussa asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa ja niiden edellyttämien toimenpiteiden toteuttamisessa kehittämällä palveluneuvontaa, kotihoitoa ja kuntoutusta.

Tavoitteemme ovat:

- 1) **Asiakas keskiössä**
Vaikuttavat ja toimintakykyä ylläpitävät toimintatavat ovat käytössä ja asiakkaiden osallisuus on lisääntynyt
- 2) **Toiminnallinen integraatio ja toimintakäytäntöjen kehittäminen**
Sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatio on toteutunut ja yhteiset vaikuttavat työmallit ja työvälineet (myös sähköiset) ovat käytössä. Järjestöt, yritykset ja seurakunnat ovat mukana.
- 3) **Osaava henkilöstö**
Muutosjohtamista on vahvistettu ja henkilöstön osaaminen, osallistuminen ja hyvinvointi ovat lisääntyneet.

5.1 Toimiva kotihoito ja kotikuntoutus

Kotiin annettavien palvelujen kehittäminen ja monimuotoistuminen vahvistavat kotona asumisen mahdollisuuksia. Sujuvat palvelu- ja hoitoketjut tukevat eri toimijoiden työskentelyä ja lisäävät ikääntyneiden luottamusta ja turvallisuuden tunnetta palvelujärjestelmää kohtaan. Kotihoidon toiminta on osa asiakkaan kotona asumista ja päivittäistä hyvinvointia sekä

¹³ www.sosiaalikallega.fi/poske/tyoryhmat/soteuudistus/nhg_sparraus_290216 & <http://www.lpsph.fi/media/files/pth/diat-lansi-pohjan-sote-jarjestamissuunnitelman-toimenpideohjelma-seutufoorumi-11.4.2016.pdf>

toimintakykyä tukevaa koko maakunnallisen palvelualueen dynaamista palvelu- ja turva-verkkoa. Kotihoidon palvelut perustuvat eri asiakkuusryhmien ympärille rakennettuihin palvelupaketteihin.

Erityisryhmien palvelujen laadukas ja kustannustehokas kotihoito edellyttää tiivistä poikki-hallinnollista yhteistyötä ja moniammatillista palveluohjausta sekä arjen toimintaa. Kehittämiskohteita kotihoidossa ovat mm. yksilölliset hoito- ja palvelusuunnitelmat, kotisairaanhoido ja kotisairaala-toiminta, kuntoutuksen jatkuvuus ja kotiutustoiminta, muistisairaiden hoito ja siinä erityisesti varhainen diagnosointi sekä muistikoordinaattoritoiminta, palveluohjaus ja palvelutarpeen arviointi.

TAULUKKO 1 KOTIHOIDON KEHITTÄMINEN

Odotukset ja vaikutukset	Toimenpiteet
Varhainen puuttuminen terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen.	<ul style="list-style-type: none"> • Kehitetään oma-avun ja varhaisen tuen malleja • Kehitetään toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointikäytäntöjä sekä • Otetaan käyttöön geriatrisen toimintakyvyn arvioinnin malli.
Palvelut ovat määräaika- ja niitä arvioidaan säännöllisesti.	<ul style="list-style-type: none"> • Sovitaan alueelliset palveluiden myöntämisen kriteerit ja käytettävät mittaristot (Rai). • Luodaan yhteneväiset hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmapohjat. • SAS-järjestelmän pilotointi.
Kotiinvietäviä palveluita on kehitetty ja otettu käyttöön.	<ul style="list-style-type: none"> • Kotihoidon palveluita järjestetään kattavasti ja ympärivuorokautisesti. Selvitetään esim. 24/7-lääkäripalvelujen toteuttamismahdollisuus etäyhteydet huomioiden. • Liikkuvien, esim. Onni-bussin ja Postin, palveluiden hyödyntäminen, turvapalveluiden, Kelan ja muiden erilaisten sähköisten palveluiden tunnetuksi tekeminen. • Asiantuntijoiden etäkonsultaatio laajemmin käytössä. • Kotihoidon optimointi ja mobiilikotihoidon käyttöönotto.
Kotiutumisen mahdollistaminen seitsemänä päivänä viikossa.	Perustetaan kotiutustiimit ja kehitetään asiakaslähteisiä palveluketjuja perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon kesken.
Kotona asumista tukevia palvelumalleja on otettu käyttöön	Muistikoordinaattorimallin ja muistisairaanhoidon palvelupolun levittäminen, kotiutushoitajakäytäntö, omahoitajakäytäntö, kotikuntoutusmalli (ks. oma kohta)
Yhteisöllisten asumismuotojen edistäminen	Tuotetaan tietoa erilaisista asumisen muodoista ja soveltumisesta alueelle.
Yhteistyö tiivistyy julkisen, yksityisen ja järjestösektorin välillä	Kartoitetaan hyväksi koettuja käytäntöjä ja valitaan toimintamalli kehitettäväksi sopivaksi Lappiin.
Johdon ja henkilöstön osallisuuden ja osaamisen lisääminen. Työnkulun kehittyminen paremmin asiakkaan	Vahvistetaan uudenlaisen työmallin käyttöönottoa ja uudenlaista ajattelua sekä johdon ja henkilöstön

tarpeita vastaavaksi tukee myös osaamista järjestämällä valmennusta eri sisältöaluelä henkilöstön hyvinvointia. eilta yhteistyössä muutosagentin kanssa.

Pilotissa kehitetään kaikkia toimivan kotihoidon peruselementtejä. Kotihoitoa on tarjolla vuorokauden ympäri, henkilöstö ja asiakkaat ovat mukana kehittämisessä. Hankkeen päätyttyä alueen kunnissa on käytössä malli sekä kuntouttavaan toimintaan että akuuttitilanteisiin.

5.2 Alueellinen toimintamalli ikäihmisten kotikuntoutuksen kehittämiseen

SenioriKasteessa kehitetyn kotikuntoutuksen mallin keskiössä on ikäihminen itse vastuullisena toimijana ja oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Vastuullinen toimijuus tarkoittaa sitä, että ikäihmisiltä ja hänen läheisiltään odotetaan aktiivista roolia, halua etsiä itse hänelle parhaiten soveltuva tuki ja mahdollinen palvelu. Ikäihmisellä itsellään, hänen omaisillaan/läheisillään, mahdollisilla vapaaehtoisilla, kotihoidon työntekijöillä, kuntoutuksen ammattilaisilla ym. on jokaisella oma tehtävänsä. Oleellista on, että kaikki sitoutuvat toimimaan samojen ikäihmisestä lähtöisin olevien tavoitteiden suuntaisesti. Toimintamalli on mahdollista integroida kaikkien kuntien toimintaan ikäihmisten palveluissa ja kuntoutuksen kehittämisessä, myös saamenkielisten palveluiden osalta.

Kotikuntoutuksella tarkoitetaan tässä kaikkea sitä toimintaa, joka ylläpitää tai edistää ikäihmisen toimintakykyä ja tapahtuu hänen asuin-/elinympäristössään. Kuntoutus on toimintaa, joka edistää ikäihmisen hyvinvointia ja kohdistuu kaikkiin hänen toimintakykynsä osa-alueisiin. Kotikuntoutuksen toimijoina ovat ikäihminen itse, hänen läheisensä/omaisensa, vapaaehtoistoimijat, järjestöt, yritykset ja julkinen sektori. Kotikuntoutuksen tavoitteissa, suunnittelussa ja toteutuksessa korostuu vanhuskeskeinen ja moniammatillinen ote.

Lapin toiminta-alueella työstettiin SenioriKaste-hankeyhteistyössä syksyn 2015 aikana pide-tyissä työkokouksissa alueellista toimintatapaa kotikuntoutuksen osalta. Mallissa on kuvattu tarkemmin ne ikäihmisen elämään liittyvät tilanteet, joissa tarvitaan ”asiaan tarttumista”, ”väliintuloa”. Näihin tilanteisiin on laadittu toimintatapaohjeet. Mallin työstämisen keskiössä on ikäihminen itse vastuullisena toimijana ja oman elämänsä parhaana asiantuntijana.



Gerontologinen kuntoutus on asiakkaan ja hänen perheensä tukemista mahdollisimman itsenäiseen elämään. Ikääntyneen henkilön kuntoutuksen suunnittelun lähtökohtana on laaja-alainen geriatrinen arviointi, jossa arvioidaan kognitiivisen, psyykkisen ja somaattisen terveydentilan lisäksi sosiaaliset elinolot. Arvioinnista vastaa moniammatillinen tiimi, johon

kuuluu yleensä lääkärin ja omahoitajan lisäksi fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä. Toimintakyvyn käsitettä tulee laajentaa fyysisestä myös sosiaaliseen ja psyykkiseen.

TAULUKKO 2 LAAJAN KOTIKUNTOUTUKSEN MALLIN KÄYTTÖÖNOTTO JA KEHITTÄMINEN

Odotukset ja vaikutukset	Toimenpiteet
Kuntoutuksen toimijat sitoutuvat yhteisiin toimintaperiaatteisiin	Kuntoutuksen verkoston toiminnan tukeminen
Kotikuntoutuksesta tulee kaikkien yhteinen asia: vanhuspalvelut, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, kolmas sektori ja yksityiset palveluiden tuottajat	Valmennetaan kuntoutuksen toimijat SenioriKasteessa luotuun kotikuntoutuksen malliin periaatteisiin
Kotikuntoutuksen malli selkeyttää kuntoutukselta vastaavien roolia, vahvistaa kotihoidon kuntoutuksellista osaamista ja tukee asiakkaiden kotona asumista.	Konkretisoidaan kotikuntoutusmallin toimintaprosesseja. Laaja kotikuntoutuksen malli sisältää vaiheet: 1) Ennaltaehkäisevä hyvinvointi, 2) Kuntouttava työote ja 3) Tehostettu kotikuntoutus. Hyödynnetään kehitysprosessissa Eksoten mallista saatuja kokemuksia.
Teknologiapohjaisten palveluiden käytön lisääminen.	Videoverkostot ja -valmennukset henkilöstölle ja kehittäjäasiakkaille, tiedottaminen ja opastaminen hyvinvoinnin mittareiden käyttöön, etäasiantuntijoiden hyödyntäminen.

Hankkeen päätyttyä laajan, harvaan asutun alueen erityisyyden huomioiva kotikuntoutuksen malli on käytössä kunnissa ja kuntayhtymissä.

5.3 Yhteinen yleinen palveluneuvonta ja -ohjausmalli

Lappiin tarvitaan alueellisesti toimiva palveluneuvonta ja -ohjausmalli, alueelliset palveluohjauksen perusteet sekä yhteiset työvälineet palvelutarpeen arviointiin. Saamelaisen palveluohjauksessa korostetaan saamelaisen asiakkaan oikeutta omaan kieleen, kulttuuriin ja itsemääräämisoikeuteen. Palveluohjauksella tavoitellaan myös palvelujen järjestäjien ajattelussa ja toiminnassa tapahtuvaa muutosta, jonka myötä asiakas voi luottaa palvelutarpeidensa tulevan tunnistetuiksi ja hän saa tukea ja apua kaikissa elämänsä vaiheissa.

Lapin palveluneuvonta ja -ohjaus mallinnuksessa tukeudutaan Sosiaali- ja terveysministeriön hakujulistuksessa esiteltyyn KAAPO (Keskitetty alueellinen asiakas-/palveluohjaustoiminta) -toimintamalliin. Tavoitteena on luoda asiakas- ja palveluohjauksen rakennetta ja sisältöä kehittävä toimintamalli, joka

- 1) vahvistaa väestön luottamusta avun ja palvelujen saatavuuteen,
- 2) tukee ikäihmisten kotona asumista ja arjessa selviytymistä tarjoamalla neuvoa, ohjausta ja palveluja tunnistettuun tarpeeseen,
- 3) ohjaa asiakkaan tarvittavien palvelujen ääreen, ja
- 4) edistää iäkkäiden henkilöiden osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia palveluprosesseihin, joilla avun- ja palvelujen tarpeisiin vastataan.

Palveluohjauksessa hyödynnetään erilaisia jo olemassa olevia teknologisia ratkaisuja ja virtu.fi-alustaa.

TAULUKKO 3 YHTEINEN PALVELUNEUVONTA JA -OHJAUSMALLI

Odotukset ja vaikutukset	Toimenpiteet
Ikäihmiset saavat tietoa ja neuvontaa heille kuuluvista palveluista	Palveluneuvonnan ja -ohjauksen alueellinen toimintamalli: sähköiset palvelut, puhelinpalvelut ja asiakastapaamiset sovitaan yhteneväiseksi toimintatavaksi.
Palveluneuvonnalla ja palvelutarpeen ja toimintakyvyn arvioinnilla tarjotaan kohdennettuja palveluja.	Kevyellä palveluneuvonnalla tuetaan ihmisiä selviytymään arjen ongelmatilanteista ja ohjataan asiakkaat tarpeen mukaisten palveluiden piiriin.
Palveluohjaus ja palvelutarpeen arviointi toteutuvat tuotantoalueella yhteisin toimintatavoin ja periaattein.	Otetaan käyttöön palveluohjauksen ja arvioinnin yhteiset työvälineet.
Edistetään palveluiden saavutettavuutta	Otetaan käyttöön sähköiset lomakkeet yhteydenottamiseksi sosiaalihuoltoon, esitietojen lähettämiseen ja omahoitoon sekä sähköinen ajanvaraus ikäihmisten palveluihin.

Hankkeen päätyttyä alueellinen palveluneuvontayksikkö on aloittanut toimintansa ja palveluohjauskäytännöt ovat kehittyneet ja yhtenäistyneet.

5.4 Kotihoidon prosessien kehittäminen teknologia-avusteiseksi

Ikäihmisille on kehitetty hyvinvointitekniologiaa vastaamaan ikäihmisten ja yhteiskunnan tarpeisiin. Hyvinvointitekniologia pitää sisällään teknisiä ratkaisuja, joilla ylläpidetään tai parannetaan ihmisen elämänlaatua, hyvinvointia ja terveyttä. Lapissa kehitettyä Virtu.fi-innovaatioympäristöä hyödynnetään ja laajennetaan jo olemassa olevia, alueellisesti käytössä olevia teknologisia ratkaisuja mm. kotiin tuotettavien turvapalveluiden osalta. Eri teknologioita hyödyntäviä toimintamalleja laajennetaan, esim. ryhmätoiminta kuvapuhelinyhteyksin ja virtu-palvelupisteiden ja kotireppujen käyttö. Kuntien/yksikköjen vanhuspalvelujen teknologiasta vastaavan henkilöstön verkostoiminen ja tuki osaamisen kehittämiseksi on edellytys teknologioiden hyödyntämiselle.

Kaikkiin edellä kuvattuihin tehtäväalueisiin liittyvällä teknologia-avusteisuuden kokonaisuudella:

- 1) toteutetaan parempaa turvallisuutta kotona-asuville ikäihmisille,
- 2) lisätään asuinpäiviä omassa kodissa,
- 3) luodaan kustannustehokkuutta ja
- 4) parannetaan palveluiden saatavuutta syrjäseuduille.

Teknologiaa hyödyntäen saadaan aikaiseksi kokonaisuus, jonka avulla pystytään paremmin vastaamaan kotihoidon kehittämisen tarpeisiin mm. mahdollistamalla virtuaaliset kotihoitokäynnit ja etälääkärivastaanotot, yhteydet hoitajiin ja sosiaalialan ammattilaisiin ja antamalla tietoa ja tukea hoidon suunnitteluun, kuntoutukseen, kotoutukseen jne.

Yhteisen palveluohjausmallin luominen mahdollistuu, kun toimijoilla on yhteinen näkemys palvelukokonaisuudesta ja teknologia mahdollistaa reaaliaikaisen tiedonvälityksen koko Lapin maakunnan alueella.

Arctic Connect Oy:n ja **SeniorTek Oy:n** viestintäkanavayhteistyön kautta palvelualustat ovat integroitavissa keskenään ja näin saadaan luotua yksi kokonaisuus. SeniorTekin kotona-asumista tukevaan turvaympäristöön on tuotavissa Arctic Connectin kuvapuhelinyhteydet ja tietoliikennetavat ovat yhdistettävissä. Lisäksi niin kaksisuuntaiset kuin yksisuuntaiset kuvapuhelinyhteydet ovat toteuttavissa ja liitettävissä SeniorTekin alustaan, olipa kyseessä palveluasuminen tai yksittäiset kodit Lapin alueella.

Ammattilaiset voivat käyttää kaikkia yhdistettyjä kokonaisuuksia samalla työpisteellä tai mobiililaitteella kuin millä palvelisi muutenkin esim. kuvapuhelinyhteyksissä ikäihmistä. Tähän on tuotavissa mukaan **Postin** tarjoamat kokonaisuudet. Arctic Connectin ajanvarauksella kuvapuhelinyhteyksien kautta on jo kotiin ja ammattilaisille saatavilla laaja valikoima erilaisia palveluita sisällöntuottajilta. Palvelujen sisältöjä monipuolistetaan ja yhtenä pilotoitavana sisällöntuottajarytityksenä on **Sentina Oy** SävelSirkku -tuotteella.

Digitaalisia palveluita kehitettäessä ja käyttöönotettaessa huomio tulee kiinnittää niin asiakkaan kuin henkilöstönkin osaamiseen sekä kotiympäristössä käytettävien palveluiden ja teknologioiden toimivuuteen ja tietoturvaan. Palveluiden tulisi myös olla personoitavissa käyttäjän tarpeiden mukaisesti, esim. turvateknologian käytössä. Digitaaliset palvelut tulevat olemaan merkittävässä roolissa saamenkielisten palveluiden saatavuuden turvaamisessa erityisesti inarin- ja koltansaamenkielisten palvelujen osalta. Tavoitteena on vahvistaa sähköisiä saamenkielisiä palveluita ja koota asiakaspalvelua niin, että saamenkielisten palvelujen hakeminen niiden kautta muodostuu asiakkaalle joustavaksi ja helppokäyttöiseksi vaihtoehdoksi.

TAULUKKO 4 TEKNOLOGIAN HYÖDYNTÄMINEN

Odotukset ja vaikutukset	Toimenpiteet
Uusia palveluita/järjestelmiä esitellään aktiivisesti ikäihmisille. Uusia toimintatapoja otetaan käyttöön kotona asumisen turvaamiseksi.	<ul style="list-style-type: none"> Kuntalaiset voivat lainata digitaalisia apuvälineitä kirjastosta ja saada etäesitelyitä palveluiden tarjoajilta. Digitaalisten apuvälineiden myyjät opastavat käyttäjiä ja asentavat tuotteet kotiympäristöön sekä tuottavat tukipalvelut. Hyvinvointia tukevia palvelusisältöjä lisätään.
Asiakkaalle ja henkilöstölle tarjotaan monikanavaisia palveluita sosiaali- ja terveydenhuollon neuvontaan ja asiointiin.	<ul style="list-style-type: none"> Alueellinen palveluneuvonta toimii monikanavaisesti: puhelin, chat, kirjallinen kysymys-vastaus-asiointitili, kuvapuhelinyhteydet ja sähköiset ajanvaraukset.

	<ul style="list-style-type: none"> • Tietokokonaisuudet ovat helposti kuntalaisten hyödynnettävissä virtu.fi -palveluportaalissa ja -pisteissä. • Etälääkäri- ja -hoitajapalvelut sekä etäkonsultointi ovat käytössä eri päätelaitteilla. • Alueelliset toimintamallit ja ohjeistukset ovat palveluneuvojen käytettävissä sähköisissä tietopalveluissa.
<p>Monipuoliset apuvälineet mahdollistavat turvallisen kotona asumisen.</p>	<p>Alueellisesti valitut ja käytössä olevat turvateknologiaratkaisut mahdollistavat asiakkaille käyttömahdollisuudet sillä teknologialla, mitä on oppinut käyttämään.</p>
<p>Edistetään turvateknologian käyttöönottoa ja teknologisten ratkaisujen toimivuutta Lapin alueen tietoverkoissa.</p>	<p>Teknologiat toimivat luotettavasti, käyttöä voidaan personoida. Turvajärjestelmien tuottamaa tietoa hyödynnetään palvelutarpeen arvioinnissa, hälytyksiin vastaamisessa sekä palveluiden tuottamisessa.</p>
<p>Kuvapuhelinyhteydet tukevat kotona asumista.</p>	<p>Kuvapuhelinyhteydet toimivat tietoturvallisesti eri päätelaitteilla. Asiakkaat saavat hyvinvointia lisääviä palvelusisältöjä, asiantuntijapalveluja ja ohjausta sekä osallistuvat ryhmiin ja pitävät yhteyttä läheisiin kotoaan käsin. Kuvapuhelinpalvelut toimivat ensihoidon ja akuutin tilannearvion tukena.</p>
<p>Kotihoidon henkilöstön osaaminen ja valmiudet teknologian käyttöön lisääntyvät.</p>	<p>Toteutetaan etävalmennuksia ja osana hankekonsortion teknologiayhteistyötä jalkautetaan Virtu-pisteisiin ja kirjastoihin opastamaan ”kädestä pitäen” eri teknologisten mahdollisuuksien hyödyntämiseen</p>

Hankkeen aikana henkilöstön ja ikäihmisten asenteet ovat muuttuneet teknologiamyönteisemmiksi, teknologian käyttöönottoa on lisätty ja virtu.fi-etäpalveluinnovaation sisältöjä on laajennettu samoin kuin turvalaitteiden käyttöä.

6 Hankkeen toteutus ja aikataulu

Maakunnallinen yhteistyö

Hanketta hallinnoi Kolpeneen palvelukeskuksen kuntayhtymä ja toteuttaa Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus (Poske). Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköt toimivat tiiviissä yhteistyössä. Kaikki Lapin kunnat osallistuvat hankkeeseen. Hankekonsortiossa on mukana toimijoita erilaisilla yhteistyötasoilla. Maakunnallista Sote-kehittämistä ja yhteensovittamista koordinoi Lapin liitto ja heidän hallinnoimansa hankkeet ja projektit. Lappi on maakuntana hakenut ikäihmisten palveluihin muutosagenttia, jonka tehtävänä on alueellisen, iäkkäiden yhteen sovitettun palvelukokonaisuuden rakentaminen Lapin maakuntaan. Hanke tulee tekemään yhteistyötä muutosagentin kanssa.

Yhteistyökumppaniyrityksiä ovat teknologiayritykset Arctic Connect Oy ja SeniorTek Oy, sisällöntuottajayritykset Sentina Oy ja Posti sekä vaikutusten arviointiin painottuvat Lapin ammattikorkeakoulu ja Lapin yliopisto Sociopolis -rakenteensa kautta. Näiden toimijoiden kanssa tehdään rahoituksen hakuvaiheessa aiesopimukset ja myönteisen rahoituspäätöksen jälkeen tarkat sopimukset, joissa määritellään yhteistoiminta, jokaisen rooli ja tehtävät sekä vastuut. Toimijoiden tehtävät on eritelty taulukossa 5.¹⁴

TAULUKKO 5 HANKKEEN YHTEISTYÖKUMPPANIT JA NIIDEN ROOLI

Toimija	Tehtävä	Rooli yhteistyössä
Arctic Connect	Monikanavainen alueellinen palveluneuvonta, virtuaalisessa sosiaali- ja terveysterveystieteiden keskuksessa kuntalaisille ja ammattilaisille suunnatut palvelutarjottimet. Arctic Touch -kotipäätteet ja Arctic Health -mittalaitteet kotikäytössä.	Reaaliaikaisen monikanavaisen palveluneuvonnan, kuvapuhelinyhteyksien ja etämittausten tuottaja.
Senior-Tek	SeniorTek HoivaTurva -järjestelmän hyödyntäminen sekä viestinvälitys Bookit-järjestelmän kautta. Arctic Health -mittalaitteiden tietojen sekä kuvapuhelinyhteyden hyödyntäminen.	Mittaustiedon tuottaja asiakkaan kodista, palveluiden tilausten ja tietojen välitys eri toimijoille.
Sentina	Kehittää äänipalvelu Sävelsirkusta kotiin muokatun version, jota voidaan hyödyntää kotihoidossa, kotikuntoutuksessa ja ikääntyneen itsensä toimesta.	Oman toimintakonseptin laajentaminen yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa.
Posti	Hyvinvointiteknologian hyödyntäminen Kotiin vietävien palveluiden kehitys Kotikuntoutus Liikkuvien palveluiden kehitys Palveluketjun kehittäminen kotiutumiseen	Oman toimintakonseptin laajentaminen yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa.
Lapin ammattikorkeakoulu/ Sociopolis	Liikkuva Hyvinvointipalvelunauto ONNI Opiskelijat tuottavat verkko-ohjausta ja virtuaalisen oppaan (media, teknologia, vanhustyö) Hankeyhteistyötä innovaatioalustan kanssa Vaikutusten arviointi ja itsearviointin tukeminen	Kehittämistyötä tukeva ja arvioiva asiantuntijanäkökulma.
Lapin yliopisto/ Sociopolis	Selvitykset ja tiedontuotanto ikäihmisten kotona selviytymisen kokonaisuus sekä palveluohjaus Vaikutusten arviointi Opinnäyteyhteistyö	Kehittämistyötä tukeva ja arvioiva asiantuntijanäkökulma.

Yhteistyötahoista kolmen kanssa toteuttaja Poske on tehnyt hankeyhteistyötä aiemminkin. Arctic Connectin kanssa Virtu.fi-kokonaisarkkitehtuurin luomisessa ja videovälitteisten etäpalvelujen kehittämisessä sekä molempien korkeakoulujen kanssa tiedontuotannon ja vaikutusten arvioinnissa useissa eri hankkeissa. Hankeyhteistyöstä ovat kiinnostuneita myös useat hoivayritykset ilman erillistä rahoitusta ja heidän kanssaan tehdään sopimuksia tar-

¹⁴ Liitteessä 2 järjestöt ja yritykset, jotka ovat olleet kiinnostuneita Toimiva kotihoito Lappiin -hankeyhteistyöstä ja joiden kanssa neuvotteluja jatketaan toteuttamissuunnitelmaa tehtäessä

peen mukaan toteuttamisvaiheessa. Teknologiayhteyksiä olisi ollut tulossa hankeyhteistyöhön enemmän kuin hankkeen toimivuuden näkökulmasta voitiin hankekonsortioon kiinnittää, mutta ostopalvelumäärärahan puitteissa heidän kanssaan voidaan sopia yhteistyöstä jossakin hankkeen toiminnallisen pilotin yhteydessä.

Hankekonsortio rakentuu maakunnallisena sairaanhoitopiirien ja kuntien kehittämistarpeisiin vastaavana kokonaisuutena ja sitä tukevin yhteistyökumppaneiden osakokonaisuuksina. Kehittämisen prosessi sisältää 1) henkilöstön rekrytoinnin, 2) kehittämisaihioiden toteuttamissuunnitelman työstämisen monitoimijaisissa työryhmissä, 3) toteuttamissuunnitelman kokoamisen, 4) pilotteihin osallistuvien kuntien valinnan, 5) kehittäjäasiakkaiden rekrytoinnin pilotteihin sekä projektin vastuuhenkilötyöryhmiin, 6) pilotoinnin, 7) arvioinnin ja seurannan sekä 8) mallien levittämisen ja viennin käytäntöön koko maakunnassa.

Palveluprosessien muuttaminen teknologiaa hyödyntäviksi ei onnistu ilman kaikkien osapuolten osallistumista palveluprosessien kehittämiseen. Hankeyhteistyössä panostetaan asiakkaiden, omaisten ja henkilöstön asenteiden muuttamiseen teknologiaystävällisemmiksi, teknologian käytössä opastamiseen ja erilaisista teknologisista vaihtoehdoista tiedottamiseen.

Hankkeen aikataulut

TAULUKKO 6 HANKKEEN AIKATAULUTUS

Ajankohta	Tehtävä
1.10.2016–	Hallinnolliset asiat, rekrytoinnit ja toteuttamissuunnitelma sekä viestintä- ja vaikutusten arviointisuunnitelmien tarkennus
1.11.–31.12.2016	Pilottitoimijoiden valinta ja käytännön valmistelu <ul style="list-style-type: none"> - Kotihoito - Kotikuntoutus - Palveluneuvonta ja -ohjaus - Saamenkieliset palvelut kytkettynä pilotteihin
1.1.–31.12.2017	Pilottien toteuttaminen, vaikutusten arviointi
1.1.–30.8.2018	Pilottien jatkaminen, levittäminen ja juurruttaminen
1.9.–30.10.2018	Itsearviointi ja raportointi

Tietojärjestelmien yhteiskäyttömahdollisuudet

Lapin sairaanhoitopiirin alueella jokaisella organisaatiolla on oma ydinpotilastietojärjestelmäkokonaisuutensa. Efficaa käyttää neljä organisaatiota, Mediatrria 3 (yksi kuntayhtymä) ja Pegasosta 6 organisaatiota (yksi kuntayhtymä). Itä-Lapissa on yhden kunnan ja kuntayhtymän perusterveydenhuollossa käytössä aluePegasos. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueen perusterveydenhuollossa on käytössä aluePegasos-järjestelmä. Molemmilla alueilla käytetään erikoissairaanhoidossa Eskoa. Sosiaalihuollossa on käytössä pääsääntöisesti Effica tai Pro Consona.

Tietojärjestelmien osalta yhteiskäyttö on käyttöoikeuksien osalta mahdollinen aluePegasoksessa. Lähetä–Palaute-sanomaliikennettä käytetään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Erikoissairaanhoidon tiedot ovat nähtävissä selaimella toimivan KuntaEskon kautta. Erikoissairaanhoidon Effica-laboratoriotietoihin on pyydettyä annettu katse-luoikeudet perusterveydenhuoltoon. Sosiaalihuollon merkinnät ovat kuntakohtaisia ja käytettävissä tietojärjestelmien kautta vain omassa kunnassa.

Alueen julkinen, ja osin yksityinenkin, terveydenhuolto on liittynyt Kantaan (Kansallinen Terveysarkisto), jolloin osa tiedoista on käytettävissä Kannan kautta. Tehdään yhteistyötä Sosiaalihuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen ja määrämuotoisen kirjaamisen toimeenpanohankkeen (Kansa) kanssa. Tulevan maakunnan alueella on tavoitteena päästä mahdollisimman nopeasti tilanteeseen, jossa eri tietojärjestelmiin tallennetut tiedot ovat kaikkien niitä tarvitsevien ja niihin oikeutettujen nähtävillä.

Juurruttamissuunnitelma

Juurruttaminen eli toimintatapojen käytön laajentaminen uusiin yhteyksiin ja vakiinnuttaminen entistä paremmaksi, yleensä kustannusvaikuttavammaksi, toiminnaksi on tehtävissä monella tavalla, koska juurrutettavat käytännöt ja ”juurtumisympäristöt” ovat hyvin erilaisia. Lapissa ikäihmisten palveluissa on nyt otollinen aika juurruttaa uusia toimintatapoja, koska tahtotila muutokseen on olemassa ja kaikki toimijat odottavat sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista koskevaa lainsäädäntöä. Juurruttamisessa on otettava huomioon uuden toimintamallin etäisyys nykyisestä käytännöstä ja kilpailevien toimintavaihtoehtojen määrä ja laatu. Näistä tekijöistä riippuen juurruttamistehtävää ei voi tehdä ilman juurtumisympäristössä työskenteleviä ammattihenkilöitä ja siinä käytössä olevaa organisoitunutta toimintatapaa.

Hankeessa on mukana koko Lapin maakunta. Toimintamalleja juurrutetaan käytäntöön seuraavasti:

- 1) Hankkeen aikana toimitaan osana Lapin maakunnan sote-valmistelutyötä ja verkostoidutaan I&O-hankkeen muiden toimijoiden kanssa. Toimintatapoja juurrutetaan sitouttamalla kuntien henkilöstö aktiiviseen kehittämistyöhön toimintatapojen määrittely- ja pilotointivaiheissa. Hankkeen aikana mallinnetut ja pilotoidut toimintatavat viedään kunnissa käytäntöön joko virkamies- ja/tai poliittisen päätöksenteko-proses-sin kautta mukaillen kunkin kunnan tai kuntayhtymän omia päätöksentekokäytäntöjä.
- 2) Tehdyt innovaatiot ja ratkaisumallit viedään myös laajemmin hyväksyttäväksi maakunnan väliaikaishallinnolle.
- 3) Uudet hyväiksi todetut käytännöt otetaan käyttöön uuden maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Lapin alueen toimijat (nykyiset kunnat, järjestöt, ym.) ovat sitoutuneet laajasti mukaan kehittämistyöhön, joka vastaa aidosti alueen kehittämistarpeisiin. Toimintamallien vaikutuksia arvioidaan hankkeen aikana (ks. Lapin ammattikorkeakoulun ja yliopiston toiminnalliset osuudet). Aiheeseen liittyen työstetään myös pro gradu -tutkielmia ja muita opinnäytetöitä yhteistyössä korkeakoulujen kanssa.

7 Tarvittavat voimavarat

Henkilöstö

TAULUKKO 7

HANKKEEN HENKILÖSTÖ (EI SISÄLLÄ HANKKEELLE OMARAHOITUSOSUUKSINA TULEVAA TYÖPANOSTA)

Hankkeen henkilöstö	Kolpene/ Poske	Arctic Connect	Senior- Tek	Sentina	Posti	Lapin AMK	Lapin yli- opisto	Henkilös- töresurssi yhteensä
Toimistotyöntekijä	0,5	0,2						0,7
Suunnittelija	0,5							0,5
Projektipäällikkö	1	0,4	0,8					2,2
Kehittäjätyöntekijä	4	2					1	7
- kotihoito								
- kotikuntoutus								
- palveluneuvonta ja -ohjaus								
- teknologia								
Projektityöntekijä				0,15				0,15
Saamenkielinen kehittäjätyöntekijä	1							1
Palvelutukihenkilö		0,4						0,4
Yhteensä	7	3	0,8	0,15	0	0	1	11,95

HANKKEEN MENOT JA RAHOITUS

HAKIJA JA HANKE

Hakija	Kolpeneen palvelukeskuksen kuntayhtymä (koko hankekonsortion yhteenlaskettu budjetti)
Hankkeen (ja/tai kehittämisosion) nimi	Toimiva kotihoito Lappiin - Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen

Huom! Lomake laskee automaattisesti sinisellä olevat summarivit, kun vuosikoh-
 taiset ja yksityiskohtaisemmat tiedot on viety lomakkeeseen.

MENOT JA RAHOITUS

	Vuosi 2016 3 kk	Vuosi 2017 12 kk	Vuosi 2018 9 kk	Yhteensä
Henkilöstömenot, joista	186 867	826 706	488 870	1 502 442
Projektiin palkattava henkilöstö	135 868	664 798	406 898	
Työpanoksen siirto	50 999	161 909	81 972	294 880
Palvelujen ostot yhteensä, josta	77 500	223 420	171 780	472 700
Toimisto-, pankki- ja asiantuntijapalvelut	23 700	104 300	77 000	205 000
Painatukset ja ilmoitukset	4 600	6 700	6 700	18 000
Majoitus- ja ravitsemuspalvelut	8 700	23 500	17 400	49 600
Matkustus- ja kuljetuspalvelut	16 100	52 320	40 480	108 900
Koulutus- ja kulttuuripalvelut	4 700	6 000	6 900	17 600
Muut palvelujen ostot	19 700	30 600	23 300	73 600
Aineet, tarvikkeet ja tavarat	67 200	77 800	15 400	160 400
Vuokrat	6 760	8 640	7 230	22 630
Investointimenot yhteensä, josta	23 600	194 680	58 720	277 000
Aineettomat hyödykkeet	7 300	5 100	5 100	17 500
Koneet ja kalusto	11 300	185 680	49 320	246 300
Muut investointimenot	5 000	3 900	4 300	13 200
Muut menot	9 844	28 423	21 157	59 424
Menot yhteensä = Kokonaiskustannukset	371 771	1 359 669	763 157	2 494 596
- Valtionavustukseen oikeuttamattomat kus- tannukset	40 950	47 740	5 320	94 010
- Tulorahoitus	0	0	0	0
- Muu kuin julkinen rahoitus	0	0	0	0
Valtionavustukseen oikeuttavat kustannuk- set	330 821	1 311 929	757 837	2 400 586
Hanketoimijoiden oma rahoitusosuus	101 585	420 099	202 508	724 192
Muu julkinen rahoitus	0	0	0	0
Haettava valtionavustus	229 235	891 830	555 328	1 676 394

8 Viestintä ja vaikuttaminen

Asiakkaiden osallisuussuunnitelma

Ikäihmisten osallistumisen kehittämistyöhön toteutamme Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen luomalla Kehittäjäasiakastoimintamallilla, jolla tarkoitamme sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaiden ja työntekijöiden yhteistä palvelujen suunnittelua, kehittämistä ja arviointia.

Hankkeessa toteutettavissa kehittäjäasiakasryhmissä jokainen osallistuja tuo oman asiantuntemuksensa yhteiseen työskentelyyn.

- 1) Lapissa on kuntien vanhusneuvostojen verkosto, joka on luontevaa ottaa mukaan maakunnalliseen kehittämistyöhön.
- 2) Meillä on kokemuksia siitä, että ikäihmiset lähtevät mielellään kehittämään palveluprosesseja erilaisiin työryhmiin (ks. liite 1).
- 3) Kolmannen tason hankkeemme asiakkaiden osallistumisessa muodostavat arjen yhteiset tilanteet kuten iltapäiväkahvit, joissa voi hyvin ottaa aiheeksi aina käsillä olevan kehittämisaihion liittäen sen arkiseen yhdessäoloon.
- 4) Teknologian hyödyntämisessä käytäntölähtöinen toimintamalli toteutetaan mukailleen käyttäjälähtöistä suunnitteluprosessia, jossa toimintaa tarkastellaan palveluekosysteemin ja käyttökokemuksen näkökulmasta. Pilotoinnin aikana toimintaa arvioidaan yhdessä käyttäjien kanssa.
- 5) Niille kehittäjäasiakkaille ja omaisille, jotka haluavat ja jaksavat olla laajemmin kehittämistyössä järjestämme kaksi kertaa vuodessa kehittäjäfoorumin.

Asiakaslähtöisessä työssä jokainen asiakas on kehittäjäasiakas. Kehittäjäasiakastoiminnassa asiakas on vaikuttamassa myös oman prosessinsa ulkopuolella yleisiin palveluprosesseihin, työkäytäntöihin, palvelujen strategisiin painopisteisiin ja laajemmin yhteiskunnallisiin epäkohtiin. Kehittäjäasiakkaat tuovat palvelujen suunnitteluun omat kokemuksensa ja kehittämisehdotuksensa ja ovat konkreettisesti mukana omien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluprosessiensa muotoilussa.

Oletamme, että palveluiden käyttäjien osallistuminen palveluiden kehittämiseen varmistaa palveluiden oikean kohdentamisen sekä oikeudenmukaisen ja tasavertaisen kohtelun. Asiakkaiden ja työntekijöiden kokemustieto yhdistettynä työntekijän tieteelliseen tietoon perustuvaan ajatteluun voivat tuottaa uudenlaisia palvelukäytäntöjä.

Viestintä ja vaikuttamissuunnitelma

Kehitettävissä kotihoidon toimintamalleissa on kyse uudesta ajattelusta ja asenteisiin vaikuttamisesta, joten aktiivinen väestölle tiedottaminen on ensiarvoisen tärkeää. Hankkeen aikana tiedottaminen on jatkuvaa ja yhteistä tiedotusmateriaalia tuotetaan niin työntekijöiden kuin kuntalaisten käyttöön. Hanke vastaa viestinnästä Lapin maakunnan alueella sekä valtakunnallisesti. Hanke tiedottaa toiminnastaan omilla verkkosivuillaan www.sosiaalikota.fi, jonne pääsee myös hallinnoijan Kolpeneen palvelukeskuksen ky:n verkkosivuilta. Tiedottamiseen ja tiedon välittämiseen osallistuvat hankkeen työntekijät, ohjausryhmä sekä muut kumppanit.

Hankkeessa järjestetään kehittämisfoorumeita, työkokouksia ja seminaareja (videovälitteisesti). Koko hanke järjestää loppuseminaarin, jossa välitetään tietoa työn tuloksista. Hankkeen alueilla toimivat erilaiset työryhmät välittävät tietoa eri työyhteisöihin. Kehittäjäasiakkaat pääsevät vaikuttamaan palvelujensa uudistamiseen ja he toimivat viestin viejinä omissa luonnollisissa arjen toimintaympäristöissään ja ryhmissään. Hankkeen aikana kirjoitetaan artikkeleita eri alojen lehtiin, kutsutaan mediaa paikalle eri tilaisuuksiin sekä käytetään sähköpostia yleiseen verkostolle tapahtuvaan viestintään. Myös sosiaalista mediaa hyödynnetään hankkeen viestinnässä. Lisäksi hankkeen tulokset raportoidaan ja dokumentoidaan väli- ja loppuraportteihin. Projektipäällikön lisäksi Lapin ikäihmisten muutosagentilla on tärkeä rooli viestinnässä valtakunnallisella ja alueellisella tasolla.

9 Toiminnan arviointi

Riskien hallintasuunnitelma

Hankkeen riskejä arvioidaan konsortion näkökulmasta alla olevan taulukon mukaisesti. Kuviossa riskien toteutumisen todennäköisyys arvioidaan asteikolla 1–5, jossa 1 kuvaa pientä ja 5 erittäin suurta todennäköisyyttä. Riskit käydään läpi kehittämiskumppaneiden kanssa sopimusta tehtäessä. Riskien arviointitaulukkoa käytetään työvälineenä riskien analysoinnissa henkilöstön ja ohjausryhmän työkokouksissa.

TAULUKKO 8 RISKIT, NIIDEN TODENNÄKÖISYYS JA NIIHIN VARAUTUMINEN

Riski	Todennäköisyys	Varautuminen
Hankealueen kuntatoimijat eivät sitoudu hankkeeseen.	2	Kuntien päätös osallistumisesta, kumppanuus ja sekä säännöllinen palaute.
Läpiviemiseen tarvittavat tiedot ja taidot puuttuvat.	1	Riittävä kehittämisosaamisen tuki ja vertaistukiverkosto.
Aikataulut eivät pidä.	3	Ennakkosuunnittelu ja säännöllinen arviointi.
Toimintamallit eivät juurru.	2	Osallistaminen ja sopimuksellisuus, yhteistyö Sote-väliaikaishallinnon kanssa.
Syntyy henkilöristiriitoja.	1	Varmistetaan avainhenkilöiden sitoutuminen hankkeeseen ja heille tarvittava tuki.
Konsortion osapuolet eivät toteuta sovittuja tavoitteita tai hanke laajenee hallitsemattomasti.	2	Selkeä hankesuunnitelma ja sitä tukevat toimijoiden väliset tarkat sopimukset vastuun jakoineen ja jämerä johtaminen sekä ohjausryhmän työskentely.
Asiakkaat eivät lähde mukaan kehittämistyöhön.	1	Hyötyä ja osallisuutta tuottava työskentely ja uudistuvat palvelumallit
Viestintä ei tavoita kaikkia sidosryhmiä	3	Kaikki aikaisempaan kehitystyöhön osallistuneet verkostot pidetään ajan tasalla. Verkostoidaan hankkeeseen osallistuvat uudet toimijat, yritykset ja järjestöt.

Hankkeen suunnittelussa mukana ollut toimijajoukko on vahvasti sitoutunut hankkeen toteuttamiseen. Riskien hallintaan pyritään koko kehittämisprosessin ajan ja huomiota kiinnitetään riskien tunnistamiseen, niiden todennäköisyyteen ja vaikutusten arviointiin; riskien priorisointiin; korjaavien toimenpiteiden ja kehitystoimenpiteiden toteuttamiseen; toimenpiteiden seurantaan ja raportointiin ohjausryhmälle.

Yritysvaikutusten arviointi

Hankeella on suuri merkitys alueelle, yrityksille ja yhteistyökumppaneille. Toiminnan tehostuminen tarkoittaa kasvumahdollisuuksia hankkeen tarjoaman tuen avulla, koska näin voidaan toteuttaa koko Lapin maakunnassa kotihoidon teknologiaintegraatio yhdistämällä Senioritekin Kotihoiva -teknologia ja Arctic Connect Oy:n kuvapuhelinteknologia. Posti voi hankerahoituksen avulla toteuttaa käytännön kokeiluja ja selvittää toimintamallien vaikuttavuutta. Sentinalle yhteistyö yrityskumppanien, erityisesti Postin kanssa on hyvin arvokasta. Yritysten ja kuntien yhteinen työskentely tuo synergiaetua palveluprosessien kokonaisvaltaiseen kehittämiseen. Yritykset ovat kuvanneet hankkeen tarkemmat vaikutukset omaan toimintaansa omissa hankesuunnitelmissaan.

Itsearviointin toteutus

Arviointi on hankkeen toiminnan ja sen aikaansaamien tulosten, vaikutusten ja vaikuttavuuden selvittämistä. Arviointi on oppimisen sekä sen kautta toiminnan ja tulosten parantamisen väline. Itsearviointimme tavat ovat:

- 1) Tilivelvollisuusarviointi, jossa keskitymme toiminnan taloudellisuuteen, tehokkuuteen ja vaikuttavuuteen. Arvioinnissa selvitetään rahoittajalle ja päätöksentekijöille, miten annetut resurssit on käytetty ja mitä niillä on saatu aikaan.
- 2) Prosessiarvioinnilla toteutamme hankkeen toiminnan arviointia ja suuntaamme kehitystoimintaamme siitä saatujen tulosten perusteella. Pääpaino on oman työn kehittämisessä, organisaation oppimisessa, suorituskyvyn parantamisessa sekä toimintatapojen kehittämisessä. Asiakkaiden ja työntekijöiden osallisuus arviointitiedon tuottamisessa on olennaista. Arvioinnin tuloksia tulkitaan yhdessä ja mietitään tarvittavia toimenpiteitä.
- 3) Tiedontuotantoarvioinnilla tavoittelemme uuden tiedon tuottamista, uusien näkökulmien avaamista käsiteltävänä olevaan asiaan sekä uusien toimintamallien tuottamista arvioinnin ja lisääntyneen ymmärryksen avulla. Arviointitietoa käytetään asian syvällisempään tiedostamiseen, viestintään, tutkimukseen ja yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen.

Luotavassa kehittämisrakenteessa ja -menetelmissä on oleellista prosessiarvioinnin kytkeminen toimintaan ja sen hyödyntäminen hankkeen edetessä. Kehittäjätyöntekijät ovat keskeisiä toimijoita, heitä tuetaan itsearvioinnissa sekä hyödynnetään vertaisarviointia sekä vertaisoppimista kehittämisen tukena. Asiakkaiden osallistuminen hankkeeseen ja sen arviointiin on keskeistä koko prosessin ajan. Hankkeen arvioinnissa voidaan hyödyntää eri työkaluja. Toimintamallien vaikutusten arvioinnissa hankkeen aikana tukeudutaan Lapin ammattikorkeakoulun ja yliopiston osaamiseen ja opinnäytetöihin.

Muistipolku Lapin maakunnassa – 10 askelta ja ”Käsikirja” sekä ammattilaisten versio – alueellinen toimintamalli muistisairaanhoidon kehittämiseen ja yhteneväiseen toimintakäytäntöön (SenioriKaste)

Muistipolun kehittämisellä tavoiteltiin yhteneväistä toimintamallia muistisairauksien ennaltaehkäisyyn, diagnosointiin ja hoitoon erikoissairaanhoidossa, perusterveydenhuollossa ja vanhuspalveluissa. Muistipolun suunnittelussa pyrittiin selkeään, helposti luettavaan ja käytännönläheiseen toimintamalliin, jota kuntien on helppo hyödyntää kehittäessään toimintakäytäntöjään yhteneväisiksi. Muistipolku lähtee liikkeelle ennaltaehkäisevästä työstä, aivoterveystiedon edistämisestä, mikä on kaikkien yhteinen asia. Aivoterveystiedon edistämällä voidaan estää taikka siirtää muistiongelmiensa syntymistä. Toimintamallissa eri ammattilaisten vastuuja työtehtävät ovat selkiytetty ja hoidon jatkuvuus on turvattu. Käsikirjaa voivat hyödyntää niin ammattilaiset kuin kuntalaiset. Ammattilaisten työn tueksi on laadittu myös toinen versio, johon on kerätty mm. kaikki muistitutkimuksissa tarvittavat mittarit ja ohjeistus muistipolun eri vaiheista on tarkempi. Ammattilaisversio on sähköisessä ja käsikirja sekä sähköisessä että painetussa muodossa.¹⁵

Saamelaiserityisyys muistisairaanhoidossa (SenioriKaste)

Saamenkieliset ja kulttuuriset erityispiirteet huomioon ottavat hyvinvointipalvelut ovat saamelaisten ja saamelaisyhteisöjen hyvinvoinnin perusta. Saamelaisten palveluissa omakielisyys ja kulttuurinen ymmärrys korostuvat erityisesti sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa, jossa käsiteltävät asiat ovat hyvin henkilökohtaisia ja vaikeasti kommunikoitavia. Sosiaalisissa ja terveydellisissä ongelmissa korostuu myös yksilön tarve tulla ymmärretyksi oman kulttuurinsa jäsenenä. Hankkeessa kartoitettiin saamenkielisten ikäihmisten sosiaali- ja terveystieteiden nykyinen saatavuus. Lisäksi valmisteltiin seniorineuvolatoimintaa, minkä ansiosta Utsjoen kunnassa käynnistyy syksyllä 2016 kaksikielinen seniorineuvolatoiminta, joka on saamen- ja suomenkielinen toimiva ja monipuolinen järjestelmä ikäihmisten terveystieteiden palveluille. Muistisairaanhoidon tueksi laadittiin suomi-pohjoissaame-fraasisanakirja¹⁶, johon on koottu aihealueittain yleisimpiä tärkeitä muistisairaanhoidossa käytettäviä sanoja ja lauseita suomeksi ja pohjoissaameksi.

Hoitajan sähköinen tiedonsiirto lomake – alueellinen toimintamalli asiakastietojen siirtoon (SenioriKaste)

SenioriKaste-hankkeessa kehitettiin yhteistyössä virtu-hankkeen ja Tervolan kunnan sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa hoitajan sähköinen tiedonsiirtolomake eri organisaatioiden välillä toimivaksi, huomioiden erityisesti muistisairaanhoidon asiakkaat. Lomake on ollut käytössä aikaisemminkin, lähinnä potilaan siirtyessä perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon Länsi-Pohjan keskussairaalaan. Tavoitteena oli lähetteen käytön laajentaminen koskemaan myös Tervolan kunnan sisällä toimivien eri organisaatioiden tarpeita perusterveydenhuollossa ja vanhuspalveluissa. Muistisairaalla ikääntyvällä vanhuksella on vaikeuksia kertoa omasta terveydentilastaan taikka toimintakyvystään hänen liikkeessään eri toimipisteissä ja palveluissa. Lomakkeen avulla siirretään asiakasta koskevaa tärkeää informaatiota

¹⁵ www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/seniorikaste

¹⁶ http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/seniorikaste/muistitiimi/hankkeet/seniorikaste/saameosio/fraasisanakirja_suomi_pohjoissaame

ja parannetaan hoidon ja palvelujen laatua. Sähköinen tiedonsiirtolomake on Tervolan kunnassa käytössä ja lomaketta on esitelty myös muissa Länsi-Pohjan ja Lapin alueen kunnissa. Osa kunnista on ottanut lomakkeen käyttöönsä,

Kunnan terveys- ja sosiaalitoimen henkilöstön, luottamusmiesten ja asiakkaiden yhteinen hoitoideologia – ”huoneentaulut” -toimintamalli palveluiden kehittämiseen asiakaslähtöisesti (SenioriKaste)

Hankkeella tuettiin Kolarin kunnan kehittämistyötä työvälineiden käyttöönotto vanhuspalveluissa - ”huoneentaulut”, joissa yhteinen hoitoideologia on auki kirjoitettuna työntekijöiden, asiakkaiden ja kunnan päättäjien yhteistyönä. Kehittämistöiden onnistumisen ja juurtumisen peruslähtökohtana on, että kaikki osapuolet voivat olla mukana kehittämässä yhteisiä asioita. Yhdessä kehittäminen kannustaa henkilökuntaa yhä parempaan suoritukseen, motivoit asiakkaita ja parantaa päättäjien kykyä tehdä oikeita päätöksiä. Yhdessä kehittäminen on johtamisen tärkeä ”työväline” ja kyseinen toimintatapa soveltuu minkä tahansa asian kehittämiseen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kaikkiin kunnan hoitoyksiköihin laadittiin omat ”huoneentaulut”. Sosiaali- ja terveyslautakunta hyväksyi ”huoneentaulujen” käytön hallintopäätöksissä, yksiköissä niiden ilmoitustauluilla ja muussa asiakastyössä.

Ikäihmisen hyvinvoinnin malli – alueellinen toimintamalli ikäihmisen oma-avun kehittämiseen ja itsenäiseen toimintaan (SenioriKaste)

Toimintamalliin on kuvattu ikäihmisten hyvinvoinnin tukeminen Sodankylässä. Se on tehty ikääntyvän sodankyläläisen näkökulmasta ja se on tarkoitettu työntekijöiden perehdytykseen, ikääntyneille sodankyläläisille ja heidän läheisilleen saatavilla olevan tuen hahmottamiseen. Mallin laadintaan ovat osallistuneet kunnan vanhustyön, terveydenhuollon ja vapaa-aikatoimen edustajat. Myös Sodankylässä toimivien hankkeiden, 3. sektorin ja ikäihmisten edustajat ovat osallistuneet mallin työstämiseen. Toimintamallin avulla ikäihmiset sekä heidän läheisensä löytävät itse tarvitessaan oikean avun piiriin ja työntekijät perehtyvät ikäihmisten palveluiden kokonaisuuteen ja näin vältetään eri toimijoiden päällekkäistä toimintaa. Ikäihmisten hyvinvoinnin mallista on laadittu versio, johon muut kunnat voivat työstää omaan kuntaan soveltuvan mallin. Lapin sairaanhoitopiirin ikäihmisten asiantuntijatyöryhmä on arvioinut toimintamallin soveltuvan hyvin kuntien oma-hoitopalveluiden kehittämisessä.

Kotikuntoutuksen malli – alueellinen toimintamalli ikäihmisten kuntoutuksen kehittämiseen (SenioriKaste)

Kotikuntoutuksen mallin keskiössä on ikäihminen itse vastuullisena toimijana ja oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Vastuullinen toimijuus tarkoittaa sitä, että ikäihmisiltä ja hänen läheisiltään odotetaan aktiivista roolia, halua etsiä itse hänelle parhaiten soveltuva tuki ja mahdollinen palvelu. Ikäihmisellä itsellään, hänen omaisillaan/läheisillään, mahdollisilla vapaaehtoisilla, kotihoidon työntekijöillä, kuntoutuksen ammattilaisilla ym. on jokaisella oma tehtävänsä. Oleellista on, että kaikki sitoutuvat toimimaan samojen ikäihmisestä lähtöisin olevien tavoitteiden suuntaisesti. Voimavaralähtöinen ja asiakkaan omiin konkreettisiin tavoitteisiin perustuva kotikuntoutuksen malli pilotoitiin Rovaniemen kaupungin kanssa ja mallin työstämiseen ovat osallistuneet työkokouksissa muiden kuntien kuntoutuksen ammattilaiset. Toimintamalli on mahdollista integroida kaikkien kuntien toimintaan ikäihmisten palveluissa ja kuntoutuksen kehittämisessä.

Kotiutus-/muistihoitaja/muistikoordinaattori Kittilässä – työ- ja vastuutehtävien mallinnus muistipolkuun (SenioriKaste)

Kotiutushoitaja osallistuu kotiutusvaiheessa olevan potilaan jatkohoidon, palvelun ja kuntoutustarpeen arviointiin yhteistyössä potilaan hoitoon osallistuvien kanssa. Samalla hän pyrkii vähentämään terveyskeskuksen vuodeosaston ja keskussairaaloiden käyttöä kotiutusreitteinä tarpeettomasti. Tavoitteena mahdollisimman nopea kotiutuminen sairaalasta ja erikoissairaalahoidosta mahdollisuuksien mukaan suoraan kotiin. Paljon tukea tarvitsevien kotiutuksessa tarvitaan laajaa tietämystä eri ammattiryhmien toimenkuvasta ja eri palveluntuottajista. Kotiutushoitajan tehtävänä on tehdä laajempi selvitys kotona pärjäämisestä ja siellä jo olevista tai sinne tulevista palveluista. Kittilän kunnassa aloitti kotiutus-/muistihoitaja työn elokuussa 2015. Työnkuva on kunnassa uusi ja tehtävänä oli kehittää toimiva kotiutuskäytäntö kuntaan. Hankkeen tavoitteena oli tukea muistihoitajan ja kotiutus/muistihoitajan tehtäväkuvien laadinnassa, sekä tähän liittyen kuntouttavan kotiutuskäytännön luomisessa. Kehittämistyöllä vahvistettiin alueelliseen muistipolkuun liittyviä toimintakäytäntöjä eri ammattiryhmien vastuutehtävistä.

Alueellinen vanhuspalvelusuunnitelma (SenioriKaste)

Vanhuspalveluiden nykytilan selvitys ja vanhuspalvelusuunnitelman on tarkoitettu auttamaan kunnissa ja maakuntatasolla tapahtuvaa vanhuspalveluiden toiminnallista ja rakenteellista kehittämistyötä. Vanhuspalvelusuunnitelmaa työstettiin tiiviissä yhteistyössä Lapin sairaanhoitopiirin ikäihmisten asiantuntijatyöryhmän kanssa 5/2015-9/2016 välisenä aikana. Työskentely eteni nykytilakuvaus- ja innovointivaiheen kautta vaihtoehtoisten kustannusvaihtokustusten ja – vaikuttavuuden analyysivaiheeseen. Työryhmä mietti uusia asiakaslähtöisiä toimintamalleja, kyseenalaistettiin vanhoja työntekijälähtöisiä malleja, mutta samaan aikaan pohdittiin myös toiminnan ja palvelujen vaikuttavuutta sekä löydettiin myös keinoja kustannusten kasvun hillitsemiseksi. Vanhuspalvelusuunnitelman valmistelu limittyi sote-asiakasprosessityöskentelyn yhteyteen ja ne täydensivät toinen toisiaan. Eri ammattilaisten työkokouksissa on käsitelty vanhuspalvelusuunnitelman osa-alueita ja saatu tärkeää informaatiota suunnitelman sisältöön, samoin kunta- ja seutukuntavierailujen yhteydessä, joissa on tavattu kuntalaisia eli palveluiden käyttäjiä sekä eri alan ammattilaisia. Kehittäjäasiakkailta saatua palautetta on hyödynnetty, samoin ota kantaa sote-valmisteluihin kyselyn tuloksia.

Ikäosaamiskeskus ja alueellinen yhteistyö (SenioriKaste ja Rovaniemen kaupunki)

Ikäosaamiskeskuksen tavoitteena on toimia Rovaniemen kaupungin asiantuntijakeskuksena, joka tuottaa ikäihmisten hoitoon ja kuntoutukseen liittyviä asiantuntijapalveluita sekä verkostomaista yhteistyötä alueen muille kunnille. Lapin kunnat ovat päättäneet (Lapin sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön järjestämissuunnitelma), että ikäihmisten erityisasiantuntijapalvelut järjestetään Lapin Sairaanhoitopiirin alueella ns. isäntäkuntaperiaatteella. Rovaniemen kaupungille annettiin tehtäväksi vahvistaa ikäihmisten palveluihin liittyvää osaamisresurssia niin, että he kykenevät tuottamaan asiantuntijapalveluja myös muille lapin kunnille. SenioriKaste-hanke on tukenut toimintojen käynnistämässä tila- ja toimintojen suunnittelussa. Hankkeen aikana on noussut esille tarpeita alueellisille toimintamalleille ja käytännöille sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yhteisen osaamisen ja toimintakäytännön koordinoinnista tulisi jollakin olla vastuu. Ikäosaamiskeskuksen tyyppinen osaamiskeskus voisi olla vastuussa toimintamallien suunnittelusta ja jatkossa päivittämisestä sekä muiden

maakunnan osaamiskeskittymien toimintojen koordinoinnista yhteiseksi toiminnaksi. Kehittämistyötä alueellisen muistipolun ja kotikuntoutuksen mallin osalta voidaan pitää esimerkiksi toimintamallina missä alueellista yhteistyötä viedään eteenpäin. Ikäosaamiskeskuksen kautta voidaan tarjota kuntiin myös erityisasiantuntijapalveluita kuvapuhelinpalveluna sekä konsultointitukea lähipalveluihin hyvinkin etäälle.

Osaamisen vahvistaminen ja tiedottaminen – alueellisena toimintana ja lähipalveluja tukevana (SenioriKaste)

Osaamisen vahvistamisella tavoiteltiin kuntien vanhustyössä toimivien ja erityisesti muistisairaiden yksiköissä työskentelevien osaamisen vahvistamista. Yhteisille kokoontumisille ja verkostoyhteistyölle sekä valmennuksille on selvästi tarvetta. Osaamisen vahvistaminen kytkettiin Ikäosaamiskeskuksen toimintaan sillä ajatuksella, että tulevaisuudessa voisi olla maakunnassa toimijataho, joka koordinoi sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista ja tukee eri ammattilaisten verkostoyhteistyötä ja hyvien käytäntöjen jakamista. Valmennuksia ja koulutuksia on toivottu jatkettavan Ikäosaamiskeskuksen toimesta etäyhteydellä. Hankehenkilöstön käynnit kunnissa erilaisten pilottien osalta on koettu hyvänä tapana vahvistaa kuntien henkilöstön osaamista ja toimintakäytäntöjen muutosta. Tiedotustilaisuuksia yleisölle mm. muistisairauksista ja aivoterveysten edistämisestä toivotaan järjestettävän joko kolmannen sektorin toimesta esim. paikallisen Muistiyhdistyksen tai paikallisten muistihoitajien/muistikoordinaattoreiden toimesta. Yleisötilaisuuksilla pyrittiin vaikuttamaan asenteisiin muistisairaudesta, hoidosta ja kuntoutuksesta. Osaamisen vahvistamisella hyvän elämänlaadun varmistamiseen muistisairaille ja heidän läheisilleen. Hankkeessa toteutettua toimintakäytäntöä osaamisen vahvistamiselle on mahdollista laajentaa maakunnallisen kehittämiskäytännön toimintamalliksi.

Vanhusneuvostojen alueellinen yhteistyö (SenioriKaste)

Vanhusneuvostojen kokoontumisten tarkoituksena oli saattaa kuntien vanhusneuvostoja yhteen ja valmistella toimintamallia alueelliselle yhteistyölle tulevan sote-tuotantoaluevalmistelun yhteyteen. Vanhusneuvostojen valmentavien työkokousten tavoitteena oli tarkastella vanhusneuvostojen nykyistä asemaa palvelujen suunnittelussa ja päätöksenteossa. Kokoontumisilla tavoiteltiin kokemuksellista tietoa siitä, miten alueellinen useamman kunnan yhteistyö ja kokoontumiset voidaan toteuttaa etäyhteyksillä ja miten vanhusneuvostot voidaan ottaa paremmin mukaan kehittämään ja suunnittelemaan palveluja kunnissa ja laajemmin maakuntatasolla.

Kokemusasiantuntijat ja kehittäjäasiakkaat palveluiden kehittäjinä (Poske)

Kehittäjäasiakkaiden ja kokemusasiantuntijoiden tapaamisten tarkoituksena oli saada kokemuksellista tietoa siitä, miten asiakkaiden osallisuutta palveluiden kehittämisessä voidaan vahvistaa. Tavoitteena oli saada monipuolista tietoa sosiaali- ja terveyspalveluista ja huomioida kehittäjäasiakkaiden näkemykset muistipolun kehittämisessä. Kehittäjäasiakkaiden ja kokemusasiantuntijoiden tapaamisten osoittivat sen, että asiakkailla on kiinnostusta osallistua palveluiden kehittämiseen. On olemassa erilaisia toimintatapoja asiakasosallisuuden vahvistamiseen ja kehittäjäasiakastoimintaan. SenioriKaste-hankkeen alueellisissa toimintamalleissa on mukana keskeisesti palveluita käyttävät asiakkaat sekä omaiset: muistipolku, hoitoideologia, ikäihmisen hyvinvoinnin malli, Ikäosaamiskeskus. Kuntalaiset, asiakkaat ja omaiset sekä vanhusneuvostot otettiin huomioon myös valmennusten suunnittelussa ja heille tarjottiin koulutuksellista tietoa kansalaisnäkökulman kautta samoista asioista mitä

hoitohenkilökunnalle omissa valmennuksissa ammattilaisversioina. Ikäosaamiskeskuksen toimesta käynnistettiin alueelliset ensitietopäivät, joita toteutetaan jatkossa kaksi kertaa vuodessa.

Kotikuntoutus Eksotessa (Eksote)

Kotikuntoutusta on kehitetty Eksotessa vuodesta 2010 alkaen. Toiminta on lähtenyt käyntiin kotihoidon kuntouttavan työn ja hoitajien osaamisen kehittämisestä ja toimintaa toteutetaan kaikissa Eksoten kunnissa. Kotikuntoutus on jakaantunut kolmeen osaan: varhainen puuttuminen, kotihoitoa koordinoiva kuntoutus sekä monialainen kotikuntoutus. Varhainen puuttuminen pitää sisällään mm. hyvinvointia edistävät kotikäynnit, matalan kynnyksen vastaanotto toiminnan, tuen muistisairauden varhaisvaiheeseen sekä terveyden edistämisen yhteistyön järjestöjen ja vapaaehtoistoimijoiden kanssa. Koordinoivassa toiminnassa painopisteessä uusien asiakkaiden kotihoidon käynnistyminen ja tavoitteena palvelutarpeen vähentyminen. Fysioterapeutit muodostavat tiimin keskitetyn kotiutuksen sairaanhoitajien kanssa. Kotihoidon kuntouttavilla arviointijaksoilla (4 vkoa) fysioterapeutti tukee kuntoutujan turvallisuuden tunteen ja toimintakyvyn parantumista ja samalla toiminnalla tuetaan kotihoidon vastuuhoidajan ja tiimin toimintaa. Henkilöstöä on koulutettu ja yhdessä tekemällä valmennettu asiakkaan toimintakyvyn testaukseen, arviointiin, kuntoutumissuunnitelman laatimiseen ja toteutukseen. Monialaisella kotikuntoutuksella tuetaan asiakkaan turvallisuuden tunnetta, toimintakykyä ja selviytymistä arjessa moniammatillisesti fysio- ja toimintaterapian keinoin, asiakkaan tarpeen mukaan. Kuntoutus toteutetaan intensiivisesti keskimäärin 8–10 viikon ajan esimerkiksi sairaalasta kotiutuessa tai kuntouttavan arviointijakson tukena.¹⁷

¹⁷ http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/seniorikaste/kuntoutus/eksote_080915

LIITE 2 JÄRJESTÖT JA YRITYKSET, JOTKA OVAT OLLEET KIINNOSTUNEITA TOIMIVA KOTIHOITO LAPPiin -HANKEYHTEISTYÖSTÄ JA JOIDEN KANSSA NEUVOTTELUJA JATKETAAN TOTEUTTAMISSUUNNITELMAA TEHTÄESSÄ

Toimija	Kiinnostus hankeyhteistyöhön
Aitoapu <i>Kirsti Ryytty-Tuominen</i>	Kehittämisyhmään osallistuminen <ul style="list-style-type: none"> Kiinnostunut osallistumaan esimerkiksi kehittämisyhmään. Kotihoidon prosessin kehittäminen: työvuorosunnittelu, työntekijöiden valmentaminen yhtenäisiin käytäntöihin, työntekijän asiakaskäynnin laadun parantaminen, vaikuttavuuden tehostaminen.
Elpymispesä <i>Eeva-Kaisa Lahti</i>	Aktiviteettipalveluiden tuottaminen <ul style="list-style-type: none"> Aktiviteettipalveluiden tuottaminen ikäihmisille Green Care -hengessä. (maatila-/muu luontotoiminta vuodenaikoihin perustuen; pienryhmissä tapahtuva ja osallistujalähtöinen päivätoiminta; maatilan, eläinten ja luonnon antamien mahdollisuuksien hyödyntäminen; liikunnallisuus ja liikkuminen toiminnan keskiössä
Hyvinvointiosuus-kunta Gerbera <i>Varpu Tukia/Mari Perttula</i>	Ostopalvelut <ul style="list-style-type: none"> Kiinnostunut tarjoamaan palveluitaan ostopalveluna, esim. apua asiakkaalle päivittäistoimintoihin, omaishoidon sijaishoittoon, toimintakyvyn arviointiin ja tukemiseen, hoitopalveluita, ryhmänohjausta, koulutusta ja konsultaatiota. Hankeyhteistyössä rooli pilotoijana ja palveluiden testaajana käytännössä.
Karungin Palvelukoti ry Hopea Palvelut Oy KOy Tornion Hopeahovi <i>Outi Keinänen toiminnanjohtaja</i>	Toiminnallinen yhteistyö <ul style="list-style-type: none"> Karungin Palvelukoti ry on aloittanut helmikuussa RAY:n rahoituksella Hopeakirstu-nimisen, 3-vuotisen kehittämisprojektin. Yhtenä tavoitteena on kehittää 3. sektorille sopivaa palveluohjausta ja neuvontaa, yhteistyössä Tornion kaupungin kanssa. Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeessanne pilotitkohteena on myös palveluohjaus, jolloin yhteistyötä ja hankkeiden verkostoitumista uusien toimintamallien kehittämiseksi tarvitaan. Karungin Palvelukoti ry:llä on mahdollisuus tuoda kehittämistyöhön järjestön näkemystä ja 3. sektorille sopivan roolin muodostamista integroidussa maakunnallisen palveluohjauksen ja neuvonnan mallin luomisessa. KOy Tornion Hopeahovin ylläpitämässä senioritalossa voitaisiin kokeilla ja testata ikäihmisten virtupistettä sekä asumisturvallisuutta lisääviä teknologisia ratkaisuja, jotka mahdollistavat asumisen senioritalossa vaikka loppuelämän ajan. Senioritaloon on luotu yhteisöllisen asumisen mallia ja senioriasumisratkaisujen kehittäminen ja kokemukset siitä ovat vahvuuksiamme. Hopea Palvelut Oy:tä kiinnostaa olla mukana toimintakykyä ylläpitävän kuntouttavan kotihoidon kokonaisvaltaisessa kehittämisessä ja olla tuomassa siihen paikallisen yrityksen näkökulmaa palvelusetelipalvelujen ja tukipalveluiden tuottajana. Voisimme olla kokeilemassa ja kehittämässä hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmapohjia, saumattomien hoitoketjujen turvaamista ja kotiuttamisprosessiin liittyvää toimivaa mallia.
Saarenvire <i>Tuomo Hokkinen Toimitusjohtaja</i>	Kehittämisyhmään osallistuminen? <ul style="list-style-type: none"> Kiinnostuneita kehittämään ikäihmisten kuntoutuksen kokonaisuutta, jossa ei ole raja-aitoja sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä.