

Suomen kestävän kasvun ohjelma

RRP2 (investointi 1,3 ja 4)

Loppuraportti

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue
30.01.2026



Euroopan unionin rahoittama –
NextGenerationEU

Sisällysluettelo

1 Tiivistelmä hankkeen tuloksista	4
2 Investointi 1: Edistetään hoitotakuun toteutumista sekä puretaan koronavirusilanteen aiheuttamaa hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa.....	5
2.1 Miten olette pystyneet hankkeen toimilla purkamaan korona-ajan aiheuttamaa hoito-, kuntoutus-, tai palveluvelkaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, hoidossa, pitkäaikaishoidossa tai hoivassa?.....	5
2.2 Toimintamallien uudistaminen hankkeen aikana.....	15
2.3 Mitä erikseen määriteltyjä digitaalisia toimintamalleja olette ottaneet käyttöön ja jalkauttaneet (hankesuunnitelman kohta 1b)?	32
3 Investointi 3: Vahvistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta tukevaa tietopohjaa ja vaikuttavuusperusteista ohjausta	35
3.1 Kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen	35
3.1.1 Miten kirjaamiskäytäntöjen kehittämisellä on pystytty korjaamaan hyvinvointialueella tai kansallisesti tunnistettuja, koronakriisin ajanakin havaittuja tietotarpeita?	35
3.1.2 Miten kansallisia sosiaalihuollon kirjaamisohjeita on otettu käyttöön?	37
3.1.3 Miten kansallisia terveydenhuollon kirjaamisohjeita on otettu käyttöön? Miten hoitotakuun seurannan vaatima kirjaamisen yhtenäistäminen on toteutettu?	38
3.1.4 Miten sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämässä on toteutettu?.....	39
3.1.5 Miten hyvinvointialue on osallistunut yhteiseen THL:n kirjaamisen kehittämistä edistävään verkostoon, ja miten se on tukenut kansallisten kirjaamisohjeiden laajamittaista käyttöönottoa?	40
3.1.6 Miten hyvinvointialue on tehnyt yhteistyötä sosiaalihuollon kirjaamista edistävän Kansakoulu – hankkeen kanssa?.....	41
3.2 Rakenteellisen sosiaalityön raportoinnin kehittäminen.....	43
3.2.1 Miten rakenteellisen sosiaalityön kansallisen tietotuotannon mallin avulla pystytään korjaamaan hyvinvointialueella tai kansallisesti tunnistettuja, koronakriisin ajanakin tunnistettuja tietotarpeita?	43
3.2.2 Miten hyvinvointialue on osallistunut rakenteellisen sosiaalityön kansallisen tietotuotannon mallin ja hyvinvointialueen rakenteellisen sosiaalityön toteutussuunnitelman mallipohjan kehittämiseen?.....	44
3.2.3 Miten hyvinvointialueen rakenteellisen sosiaalityön toteutussuunnitelman mallipohjan mukaista alueellisen toteutussuunnitelman laatimista on alueella työstyetty?	45
3.2.4 Millainen on alueen rakenteellisen sosiaalityön toteutussuunnitelma?	45
3.2.5 Miten osallistuminen rakenteellisen sosiaalityön kansallisen tietotuotannon mallin kehittämiseen ja hyvinvointialueen rakenteellisen sosiaalityön toteutussuunnitelma ovat vahvistaneet alueen rakenteellista sosiaalityötä osana sosiaalihuollon kehittämistä ja tietojohtamista?.....	46
4 Investointi 4: Otetaan käyttöön hoitotakuuta edistävät palvelumuotoillut digitaaliset innovaatiot. 47	
4.1 Digitaalisten ratkaisujen käyttöönoton vaikutukset.....	47

4.1.1 Miten hankkeessa käyttöön otetuilla ja/tai alueelle laajennetuilla digitaalisilla ratkaisulla on lisätty palvelutuotannon resurssitehokkuutta ja edistetty palvelujen saatavuutta?	47
4.1.2 Miten hankkeessa käyttöön otetuilla ja/tai alueelle laajennetuilla digitaalisilla ratkaisulla on tuettu ongelmien varhaista tunnistamista ja lisätty ennaltaehkäisevien palvelujen käyttöä?	52
4.1.3 Miten hankkeessa käyttöön otetuilla ja/tai alueelle laajennetuilla digitaalisilla ratkaisulla on mahdollistettu moniammatillisten palvelujen laajempi tarjonta ja erityisosaamisen jakaminen eri alueiden ja palvelujen järjestäjien kesken?.....	54
4.1.4 Miten hankkeessa käyttöön otetuilla ja/tai alueelle laajennetuilla digitaalisilla ratkaisulla on mahdollistettu asiakkaiden roolin vahvistaminen ja sitä kautta tehostuminen ja vaikuttavuuden kasvu?	55
4.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ja kansalaisten osaamisen tukeminen ja digitaalisten ratkaisujen käytön tuki	57
4.2.1 Miten sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamisen tukemista ja digitaalisten ratkaisujen käytön lisäämistä on edistetty?	57
4.2.2 Miten kansalaisten ymmärrystä ja osaamista digitaalisten palvelujen käytöstä terveyden ja hyvinvoinnin tukena on edistetty?.....	58
4.3 Kansalaisten digitaaliset palvelut (työpaketti 4.1).....	60
4.3.1 Miten asiakaspalautteen keruun kehittäminen on edennyt?	60
4.3.2 Miten sähköisen ajanvarauksen kehittäminen on edennyt?	61
4.3.3 Miten mobiilisovellusten ja digitaalisten palvelujen arviointimallin kehittäminen on edennyt?.....	62
4.3.4 Miten itse- ja omahoidossa syntyvien tietojen hyödyntämisen kehittäminen on edennyt?	62
4.3.5 Miten kansalaisten etäpalvelujen kehittäminen on edennyt?	62
4.3.6 Miten työ- ja toimintakyvyn digitaalisen itsearviointivälineen kehittäminen on edennyt?	62
4.3.7 Miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kansallisen palvelukonseptin digitaalisen ratkaisun kehittäminen on edennyt?.....	63
4.3.8 Miten digitaalisten vertaistukipalvelujen kehittäminen on edennyt?	63
4.4 Ammattilaisten digitaaliset järjestelmät (työpaketti 4.2).....	64
4.4.1 Miten ammattilaisten digitaalisten työvälineiden kehittäminen on edennyt?.....	64
4.4.2 Miten asiakas- ja palveluohjauksen digitaalisten ratkaisujen kehittäminen on edennyt?	65
4.5 Johtamisen ratkaisut (työpaketti 4.3)	65
4.5.1 Miten toiminnanohjauksen (palveluketjujen ohjaus ja koordinaatio) kehittäminen on edennyt?.....	65
4.5.2 Miten palvelutarpeen ennakkoinnin edistyneiden tietojohtamisen ratkaisujen kehittäminen on edennyt?	67
LIITTEET	69

1 Tiivistelmä hankkeen tuloksista

Hankkeessa kehitetyt ratkaisut edistivät hoitotakuun toteutumista, vähensivät viiveitä ja tehostivat prosesseja, paransivat saavutettavuutta, ehkäisivät raskaampien palvelujen tarvetta sekä lisäsivät palvelutuotannon resurssitehokkuutta. Keskeisimpinä tuloksina olivat mm. pitkäaikaissairauksien hoidon palveluketjujen ja määräaikaishoidon käyttöönnotto, joilla parannettiin hoidon vaikuttavuutta ja tasalaatuisuutta. Palveluketjut parantavat potilaiden hoitoa 4,64/5 ja tukevat sairauksien varhaista tunnistamista 4,33/5. Lyhytaikaishoidon koordinoivan kotiutushoitajan mallin käyttöönnotolla vähennettiin terveyskeskussairaalaosastojen ruuhkia ja nopeutettiin potilaan siirtymistä jatkohoitopaikkoihin. Siirtoviivehoitopäivät laskivat 52 päivästä kahteen päivään. Malli paransi hoidon jatkuvuutta ja resurssien käyttöä, sillä yksiköiden täyttöaste nousi 3–14 %. Kotihoidon arviointitiimissä yhtenäistetty toimintamalli turvaa kotona asumisen ja kohdentaa resurssit oikein. Seurantajakson 926:sta arviointijaksosta 54 % ei johtanut säännölliseen palveluun ja tehokkuus ja oikea-aikaisuus paranivat. Etäkuntoutuksen osalta kehitettiin kaksi digihoitopolkua (nivelrikko ja lasten kuntoutus) sekä etäpuheterapian palvelutarjotin. Nivelrikon digihoitopolku vapautti 60 h fysioterapeutin työaikaa/vuosi. Suun terveydenhuollon uudistuksien avulla nopeutettiin hoitoon pääsyä ja vähennettiin kiirevastaanottojen tarvetta, kun toimintamallien avulla 81 % lohkeamapotilaista hoidettiin yhdellä käynnillä. Suun terveydenhuollon Pop up -tarkastukset laajennettiin koko alueelle ja tarkastusten peittävyys ja yhdenvertaisuus paranivat.

Nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluyksikkö Zempin perustamisen jälkeen yksikkö pystyi jo ensimmäisen toimintavuoden aikana tarjoamaan apua 254:lle nuorelle. Asiakaspalautteen mukaan 86 % koki tulleeensa kuulluksi ja 65 % suosittelee palvelua. Nuorten Navi -arviointityökalun käyttöönnotto (357 arviointia) nopeutti hoidon tarpeen arviointia ja vähensi päällekkäistä työtä. Porrastettu mielenterveyden hoitomalli vakiinnutettiin ja yli 100 ammattilaista koulutettiin lyhytinterventioihin. Kumppanuustalo Myötätuudessa oli hankkeen aikana 7 428 asiakaskäyntiä, joista 579 oli ikääntyneiden asiakkaiden käyntejä. Asiakkaista 97 % koki tilanteensa parantuneen asioinnin myötä. Hankkeessa pilotoitiin ja vakiinnutettiin etsivän vanhustyön malli ja ikääntyneiden hyvinvointitarkastus, jotka ehkäisevät palvelutarpeen kasautumista. Lähisuhdeväkivallan ehkäisyyn liittyvää osaamista ja puheeksioton valmiuksia vahvistettiin kouluttamalla 30 avainhenkilöä lisää ja vakiinnuttamalla MARAK-työryhmän toiminta.

Hanke yhtenäisti kirjaamisen johtamisen rakenteet, nosti kirjatun tiedon laatua ja vakiinnutti tiedolla johtamisen käytännöt. Virheellisten tilastojen osuus laski merkittävästi, diagnoosien ja käyntisyiden kirjaus parani ja hoitotakuun seuranta toteutuu reaaliaikaisesti kaikissa terveyskeskuksissa. Rakenteellinen sosiaalityö kiinnitettiin osaksi johtamista toteutussuunnitelman, sosiaalisen raportoinnin (49 kpl), teemaryhmien ja osallisuusmallien avulla.

Hanke otti käyttöön ja laajensi digitaalisen palveluvalikoiman ratkaisuja, jotka nopeuttivat hoidon tarpeen arviota, lyhensivät jonotusta ja vapauttivat ammattilaisaika. Digihoitopolut ja HyVä-digi toivat samanlaatuista ohjausta koko alueelle ja mahdollistivat hoidon aloituksen ilman fyysistä käyntiä. Vuonna 2023 erikoissairaanhoidon ohjautui 51,67 % digihoitopolkujen mukaisista potilaista. Digipolkujen käyttöönnoton jälkeen, vuonna 2025 vastaava osuus oli 47,13 % polulle lisätyistä. Kustannussäästöä kertyy, kun jokaisen lähetteen osalta säästyy keskimäärin 1 946 € henkilöltä. HyVä-digin myötä suun terveyden päivystyspuhelut vähenivät, 1-vuotiaiden suun tarkastusten keskittäminen vapautti kivijalan resurssia ja noin kolmannes mielenterveys- ja päihdepalvelujen ensijäsennyksistä hoidetaan HyVä-digissä. Sähköinen ajanvaraus sujuvoitti asiointia ja ammattilaisten työtä. Tietoaltaan ja Power BI:n avulla johto ja esihenkilöt saivat ajantasaisen tilannekuvan, joka tukee kohdennettuja päätöksiä ja toiminnan yhdenmukaistamista.

2 Investointi 1: Edistetään hoitotakuun toteutumista sekä puretaan koronavirustilanteen aiheuttamaa hoito-, kuntoutus- ja palveluvelkaa

2.1 Miten olette pystyneet hankkeen toimilla purkamaan korona-ajan aiheuttamaa hoito-, kuntoutus-, tai palveluvelkaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa, hoidossa, pitkäaikaishoidossa tai hoivassa?

Pitkäaikaissairauksien hoidon yhtenäistämällä ja kehittämällä pyrittiin pitkän aikavälin resurssien säästöön ja terveyden edistämiseen tunnistamalla pitkäaikaissairauden riskissä olevat henkilöt varhaisessa vaiheessa, löytämällä sairaudet aikaisemmin sekä mahdollistamalla hoidon vaikuttavuutta ja tasalaatuisuutta. Pitkäaikaissairauksien hoitopolut ovat laajentuneet kehitystyön aikana kokonaisvaltaisimmiksi palvelupoluiksi, joissa on kuvattu pitkäaikaissairauksien riskitekijät. Hankkeen aikana on luotu ja kuvattu pitkäaikaissairauksien palveluketjut ja suunnittelussa on osallistettu ammattilaisia. Jokaiseen palveluketjuun on luotu oma koulutussuunnitelma ja ammattilaisia on koulutettu. Pitkäaikaissairauksien palveluketjujen jalkautuskoulutusten kyselyssä ammattilaiset arvioivat palveluketjujen parantavan potilaiden hoitoa 4,64/5 ja palveluketjujen tukevan sairauksien varhaista tunnistamista 4,33/5. Hankkeen aikana on luotu pitkäaikaissairauksien määräaikaishoidon ohje sekä hoidon osaamisen suunnitelma. Myös potilaskontakteja sekä ammattilaisten rooleja on selkeytetty.

Omatiimimallilla parannettiin hoidon jatkuvuutta ja vähennettiin häiriökysyntää. Omatiimi mahdollistaa potilaan tilanteen paremman hallinnan ja potilaan tuntemisen, joka nopeuttaa potilaan hoitoa ja auttaa kohdentamaan oikean hoidon oikea-aikaisesti oikealle potilaalle. Omatiimimalli parantaa hoitajan ja lääkärin välistä yhteistyötä, jolloin potilaan päällekkäiset kontaktit eri ammattilaisiin vähenevät. Omatiimimalli vakiintui ja otettiin pysyväksi malliksi. Hyvinvointialueen kaikilla kunnilla on omatiimimalli. Sotkanetin COCI-indeksin mukaan hoidon jatkuvuus heikkeni Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen avovastaanoton lääkärikäyntien osalta vuodesta 2022 vuoteen 2024: 0,36-> 0,31. Luvut poikkeavat hyvinvointialueen omista tilastoista, joissa on kuitenkin näkyvillä sama trendi: 2022 lääkäreiden COCI 0,432, ja vuonna 2024: 0,351. Vuosi 2025 ei näy vielä Sotkanetin tilastoissa, mutta Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella lääkäreiden COCI-indeksi näyttää kääntyneen nousuun: 0,371. Tämä saattaa olla seurausta omatiimimallin jalkautuksesta. Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen avovastaanoton hoitajakäyntien COCI-indeksi on Sotkanetin tilastoissa parantunut: 2022 0,11-> 2024 0,16. Lähde: Sotkanet, Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen BI raportti. Lääkäreiden T3-aika on parantunut Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen kahdella suurimmalla terveysasemalla, jotka käsittävät noin ¼ alueen asukkaista. 2023 Porvoon lääkäreiden T3- aika oli 32 ja Sipoon 24. 2025 Porvoon lääkäreiden T3 oli 30 ja Sipoon 16. Pienemmillä terveysasemilla Loviisassa ja Askolassa T3-aika on heikentynyt, mutta kokonaisuutena Itä-Uudenmaan jonotusaika lääkärille on lyhentynyt T3-ajan perusteella. Lähde: IUHva BI-raportti: T3-aika,

Loviisan alueella pilotoitiin loppuvuodesta 2025 etälääkärimallia. Loviisa on kaukaisimpana pääkaupunkiseudusta Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen kunnista ja sijainti on selvästi haaste lääkäreiden rekrytointien suhteen. Osittainen tai pääsääntöinen etätö saattaa toimia rekrytointivalttina. Etälääkärin tavoitteena oli löytää erilaisia tapoja ja toimintamalleja hyödyntää etänä työskentelevän lääkärin ammattitaitoa mahdollisimman tehokkaasti. Ennen pilotin alkua kartoitettiin hoitajien näkemyksiä etälääkärin toiminnan tarpeista. Lääkäri saatiin palkattua ja hän toimi konsulttina tukena hoitajille ja etälääkärin työnkuvaa saatiin pilotoitua. Aikaisemmin paikan päällä tehtyä lääkärinkonsultaatioaikaa vapautui vastaanottotyöhön. Lisäksi toimintakulttuurin muutos vahvistui pilotissa kerätyn käytännönkokemuksen kautta.

Lyhytaikaishoidon koordinoivan kotiutushoitajan mallin käyttöönotolla on ollut positiivinen vaikutus terveyskeskussairaalaosastojen ruuhkatilanteiden purkamisessa. Koordinoiva kotiutushoitaja osallistuu päivittäin terveyskeskussairaalaosastojen resurssikokouksiin, joissa käsitellään sekä terveyskeskussairaalaosastojen että HUS:n osastojen ja päivystyksen ruuhkatilanteita. Näissä kokouksissa kartoitetaan potilastilanne ja etsitään ratkaisuja hoitoketjun sujuvoittamiseksi. Kotiutushoitaja antaa osastoille tietoa vapaista lyhytaikais- ja intervallipaikoista, joita voidaan käyttää terveyskeskussairaalapalveluiden asiakkaiden sijoittamiseen. Tämän mallin avulla pystytään nopeuttamaan potilaiden siirtymistä sairaalaosastoilta arviointi- ja kuntoutuspaikoille SAS-arviointia varten tai jo myönteisen SAS-päätöksen saaneet odottamaan ympärivuorokautisen hoidon paikkaa. Lisäksi mallin avulla voidaan nopeuttaa siirtymistä muihin lyhytaikaisen hoidon yksiköihin lyhytaikaiseen kuntoutukseen, kun sairaalatasoista hoitoa ei enää tarvita.

Lyhytaikaishoidon koordinoivan kotiutushoitajan toimintamallin ansiosta pystytään vähentämään terveyskeskussairaalaosastojen kuormitusta ja nopeuttamaan asiakkaiden siirtymistä tarkoituksenmukaisiin jatkohoitopaikkoihin. Tämä on helpottanut päivystyksen ja sairaalaosastojen ruuhkia sekä parantanut palveluketjujen sujuvuutta. Ajalla 8-10/2025 siirtoviivehoitopäiviä on laskutettu kaksi vuorokautta, kun vastaava luku on ollut vuosi sitten, 8-10/2024 52 vuorokautta. Korona-ajan aiheuttamaa hoito-, kuntoutus ja palveluvelkaa on purettu yhtenäistämällä kotihoidon arviointitiimin prosessi ja toimintatavat. Arviointitiimi turvaa kotona asumisen toimintakyvyn muuttuessa esimerkiksi sairaalajakson jälkeen. Kotihoidon arviointitiimin prosessi on pilotoitu, kuvattu, käyttöön otettu ja toiminta jatkuu hankkeen jälkeen. Arviointitiimin kehittämistyössä on uudistettu toimintamallia ja vaikutettu näin palvelujen saatavuuteen ja oikea-aikaisuuteen. Toimintamallit ovat standardoituja ja yhteismitallisia ja nämä kaikki toimet turvaavat hoidon jatkuvuutta. Seuranta ajanjaksolla 11/ 2024–10/ 2025 osoittaa, että arviointijaksoja on alkanut 926 kpl, joista 505 asiakasta on siirtynyt jakson jälkeen kotihoidolle. Luvuista voidaan havaita, että 54 % yhteydenotoista ei ole johtanut säännöllisen palvelun käynnistämiseen.

Hankkeen alkaessa lääkinnällisen kuntoutuksen yksikössä ei ollut yhteisesti sovittuja tapoja etäkuntoutuksen toteuttamiseen. Yksittäiset työntekijät olivat toteuttaneet videovastaanottoja. Videovastaanottoja toteutettiin työkalulla, joka ei ollut hyvinvointialueen suosittelu. Hankkeen aikana hoitovelkaa on lyhennetty erilaisin etäkuntoutuksen keinoin, kehittämällä kaksi digihoitopolkua, ohjaamalla työntekijöitä kokeilemaan videovastaanottoja organisaation hyväksymällä työkalulla sekä muotoilemalla etäpuheterapian palvelutarjotin. Digihoitopoluilla asiakas voi saada helpotusta omaan tilanteeseensa ajasta ja paikasta riippumatta ja nivelrikon digihoitopolun avulla asiakkaiden ryhmämuotoisista ohjauksista on voitu luopua. Ennen Kestävän kasvun hanketta hyvinvointialueella yhdessä toimipisteessä toteutettiin kasvokkain kokoontuvaa nivelrikkoryhmää. Tähän kului fysioterapeutin työaikaa noin 60h / vuosi. Ryhmäajat on vapautettu digihoitopolun käyttöönoton jälkeen muuhun asiakastyöhön. Digihoitopolku on myös yhtenäistännyt tämän asiakasryhmän saamaa palvelua koko hyvinvointialueella. Ensimmäisen vuoden aikana (10/2024-10/2025) nivelrikon digihoitopolulla on ollut 73 asiakasta. Asiakkaiden palaute on ollut myönteistä. Toinen hankkeen aikana kehitetty digihoitopolku on suunnattu niille lasten kuntoutuksen asiakkaille, jotka tulevat moniammatilliseen arvioon. Lasten digihoitopolulla asiakas voi antaa esitiedot sähköisesti sekä saada terapeuttien ohjeita lapsen toimintakyvyn tukemiseksi jo ennen varsinaista vastaanottoa. Lasten kuntoutuksen digihoitopolun pilotointi myöhästyi, koska toimintatapojen muuttamiseen ja sopimiseen kului huomattavan paljon aikaa yksikön sisällä. Polku oli valmis 09/2025, mutta sitä ei saatu pilotointiin ennen hankeraportointia.

Hyvinvointialueen aloittaessa toimintansa yhtenäistä etäkuntoutuskäytäntöjen toimintatapaa ei ollut. Hankkeen aikana tuettiin etäkuntoutuksen ammattilaisten videovastaanottojen käyttöönottoa ja organisaation suosittelman työkalun käyttöä järjestämällä kaksi etänä toteutettua koulutustilaisuutta. Etäkuntoutuksen videovastaanottoja pilotoitiin syksyllä 2025 tehostetusti kotikuntoutuksen yksikössä. Hankkeen aikana hyvinvointialue vuokrasi viisi etäkuntoutuslaitetta (tablettia) asiakaskäyttöön kokeiluja varten. Tämän kokeilu päättyi 12/2025. Hyvinvointialueella lasten puheterapiaan voi joutua odottamaan tapaamisaikaa viikkoja tai jopa kuukausia. Yhtenä ratkaisuna jonotilanteeseen kokeiltiin etäpuhuterapiaa. Puheterapian palvelutarjotin laadittiin 05/2025 ja sen käyttöönoton juurruttaminen siirtyi toimialalle kesällä 2025. Puheterapiassa etäyhteydellä toteutuneita käyntejä on ollut vuoden 2025 aikana 19 kpl.

Suun terveyden huollon osalta kehittämistyö aloitettiin Tulevaisuuden sote-keskus hankkeessa. Kestävän kasvun hankkeen aikana toteutetuilla kehitystoimilla on varmistettu, ettei uusia jonoja synny ja että hoitoon pääsy toteutuu ajantasaisen hoitotakuun mukaisesti. Toimet ovat sisältäneet toimintamallien uudistamista Sipoon kimpakirjakokeiluilla, koululaisten pop up -tarkastustoiminnan laajentamista, suun terveyden edistämisen vahvistamista sekä hyvinvointialuetasojen yhtenäisten käytäntöjen juurruttamisen jatkamista työn sujuvoittamiseksi. Näiden ratkaisujen avulla on tehostettu palvelua, nopeutettu tarkastuksia ja parannettu resurssien käyttöä, mikä on ehkäissyt jonojen syntymistä ja turvannut hoitoon pääsyn.

Hankkeen aikana on kehitetty moniammatillisen yhteistyön rakenne eli Yhteistyö-tiimi, joka on sosiaali- ja terveystieteiden yhteistyönä toteuttama palvelutarpeen arvioinnin malli. Tiimiin osallistuvat vain ne henkilöt, jotka työskentelevät asiakkaan kanssa. Näiden rakenteiden avulla on mahdollistettu tehokas ja asiakaslähtöinen työskentely erityisesti monipalveluasiakkaiden kohdalla, joilla on samanaikaisia ja toisiinsa kytkeytyviä palvelutarpeita. Yhteistyö-tiimin avulla on pystytty purkamaan korona-ajanaiheuttamaa palveluvelkaa seuraavin keinoin:

- Palvelutarpeen arviointi on nopeutunut, kun eri yksiköiden ammattilaiset kokoontuvat säännöllisesti yhteiseen työskentelyyn asiakkaan tilanteen ympärille. Tiimi kokoontuu säännöllisesti parittomilla viikoilla. Työntekijät voivat hyödyntää säännöllistä tapaamisaikaa moniammatilliseen työskentelyyn, jolloin yhteisen ajan löytyminen helpottuu.
- Palveluiden oikea-aikaisuus ja kohdentuminen on parantunut, mikä on vähentänyt viiveitä ja turhia käyntejä.
- Pällekkäisyyksiä on karsittu, mikä on vapauttanut resursseja muiden asiakkaiden käyttöön.
- Asiakkaan osallisuus on vahvistunut, kun hän osallistuu itse tapaamisiin ja hänen näkemyksensä ohjaavat palveluiden suunnittelua.
- Työntekijöiden välinen tiedonkulku ja kollegiaalinen tuki ovat parantuneet, mikä on lisännyt työn sujuvuutta ja laatua.

Ammattilaisille suunnatun kyselyn mukaan asiakkaan tilanne on saatu ratkaistua tai asiaa vietyä eteenpäin. Mallin avulla pystyttiin vastaamaan erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden tarpeisiin, kuten ikääntyneiden, pitkäaikaissairaiden ja vammaispalveluiden asiakkaiden kohdalla. Näin edistettiin hoitotakuun toteutumista ja puretti korona-ajan aiheuttamaa palveluvelkaa järjestelmällisesti. Mallin seurantajaksolla 05-11/25 asiakkaita on ollut tiimissä 4 kpl ja heidän asiansa on saatu ratkaistua (3 kpl) tai vietyä eteenpäin (1 kpl).

Matalan kynnyksen sosiaaliohjauksen toimintamalli terveysasemalla pilotoitiin Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella vuosina 2023–2024. Sosiaaliohjaaja oli päivittäin tavoitettavissa terveysasemalla, osallistui tiimien kokouksiin ja piti avointa vastaanottoa ilman ajanvarausta. Asiakkaiden tilanne kartoitettiin heti ja heidät ohjattiin suoraan oikeaan palveluun, kuten sosiaalipalveluihin, Kelan palveluihin tai järjestöihin. Yhden luukun periaate nopeutti asioiden hoitoa ja vähensi päällekkäistä työtä. Mittaritiedon mukaan ajanjaksolla 1.12.2023–2.12.2024 oli 270 asiakaskontaktia, joista 43 % hoidettiin heti ja 70 % ohjattiin jatkopalveluihin. Asiakaspalautteen keskiarvo oli 4,8/5. Toimintamalli vähensi päivystyskäyntejä ja osastojaksojen pitkittymistä, mikä tuotti taloudellista säästöä hyvinvointialueelle. Matalan kynnyksen sosiaaliohjaus on sulautunut osaksi aikuissosiaalityön jalkautuvaa työtä. Toimintamallia kehitettiin siten, että yksi sosiaaliohjaaja jalkautuu alueen eri toimipisteisiin tarjoten matalan kynnyksen ohjausta ja neuvontaa, kun taas toisen sosiaaliohjaajan työ painottuu terveysaseman osastojen asiakkaiden ohjaukseen ja neuvontaan. Malli jää pysyvästi käyttöön ja sen vaikuttavuutta seurataan mittaritiedolla ja asiakaspalautteella.

Monialaisen työ- ja toimintakyvyn arvioinnin toimintamalli on vakiintunut osaksi hyvinvointialueen palvelurakennetta ja toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisenä prosessina. Alueellinen työ- ja toimintakyvyttiimi kokoaa yhteen eri alojen asiantuntijat ja tukee ammattilaisia asiakkaiden ohjaamisessa sekä arvioinnissa. Prosessissa hyödynnetään sähköisiä ja paperisia lomakkeita, ja asiakkaat voivat ohjautua arviointiin useita eri reittejä pitkin. Tilastojen mukaan työttömien terveystarkastusten suoritteiden osuus nousi kolmessa vuodessa 2,0 %:sta 8,8 %:iin, mikä ylittää valtakunnallisen keskiarvon. Vuonna 2024 tehtiin 334 tarkastusta ja 01-08/2025 jo 333 tarkastusta. Asiakaslähtöisyys ja palveluiden kohdentaminen ovat parantuneet ja toimintamalli jää pysyvästi käyttöön. Vaikuttavuutta seurataan jatkossa mittaritiedon ja asiakaspalautteen avulla.

Nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluyksikkö Zempin perustamista edeltävän selvityksen mukaan perustettava yksikkö vähentäisi erikoissairaanhoidon kuormitusta, edesauttaisi siten jonon purkua ja nuori saisi avun viipymättä omalta hyvinvointialueeltaan oikea-aikaisesti ja laadusta tinkimättä. Itä-Uudellamaalla asuvan 13–24-vuotiaan väestömäärän ennustettiin kasvavan vuoteen 2027 asti, jonka seurauksena nuorten mielenterveys- ja päihdepalvelujentarpeen ennakoitiin kasvavan lähivuosina. Kasvaneet lastensuojelun kustannukset ja nuoruusikäisten sijoitukset Itä-Uudellamaalla kertoivat myös mielenterveys- ja päihdepalvelujen riittämättömyydestä. Yläkoululaisten ja toisen asteen opiskelijoiden masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden kokemukset olivat lisääntyneet Itä-Uudellamaalla (2017–2021) samanaikaisesti kun puolestaan koulun ulkopuolista tukea mielialaan liittyvissä haasteissa saatiin harvemmin. Itä-Uudenmaan hyvinvointialueelta puuttui keskivaikeasti oireilevien nuorten hoitava yksikkö. Palveluissa nähtiin resurssimahdollisuus ja osaamista tunnistaa nuorten palveluntarve, mutta hoidollinen yksikkö ja hoidollinen osaaminen puuttui. Palveluissa oli tarjolla liian lyhyitä hoitajaksoja eikä pystytty ottamaan vastuuta nuoren kokonaishoidosta (Työryhmäselvitys, 2021).

Zemppi aloitti toimintansa 01.03.2024. Ensimmäisen kuukauden aikana, 03/2024 oli 13-21 -vuotiaista Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen nuorista 96 saanut apua ja vuoden päästä, maaliskuussa 2025 oli asiakasmäärä 254 nuorta samassa ikäluokassa. Asiakasmäärät ovat nousseet huomattavasti vuoden 2024 loppupuolelta vuoden 2025 alkuun, mikä kertoo palvelun kysynnän kasvusta ja toiminnan laajentumisesta. Asiakasmäärät kuukausittain:

- Vuonna 2024 asiakasmäärät vaihtelivat kuukausittain seuraavasti: tammikuussa 41 asiakasta, helmikuussa 96, maaliskuussa 96, huhtikuussa 143, toukokuussa 171, kesäkuussa 158, heinäkuussa 159, elokuussa 216, syyskuussa 236, lokakuussa 233, marraskuussa 242 ja joulukuussa 216.

- Vuonna 2025 asiakasmäärät olivat tammikuussa 238, helmikuussa 257, maaliskuussa 254, huhtikuussa 249, toukokuussa 255, kesäkuussa 243, heinäkuussa 192, elokuussa 250 ja syyskuussa 259.

Zemppiin suunniteltiin moniammatillista tiimiä, jonka kokoonpano toteutui seuraavanlaisesti 1.3.2025 lähtien; esihenkilö, lääkäri, sosiaalihojaaja, kaksi sosiaalityöntekijää, neljä psykiatrista sairaanhoitajaa, toimintaterapeutti, sihteeri ja kokemusasiantuntija kerran viikossa. Tähän kokoonpanoon päädyttiin, koska haluttiin varmistaa nopea ja oikeanlainen apu sekä taata laadukas osaaminen ja kollegiaalinen tuki. Kun yksikköä aloitettiin suunnittelemaan, olivat nuorisopsykiatrian kustannukset Itä-Uudellamaalla vuonna 2021 yhteensä 3 502 258e (puuttuu Myrskylä ja Pukkila) ja puolestaan vuonna 2024 yhteensä 3,1 miljoonaa. Hyvinvointialueen nuorisopsykiatrian lähetemäärät vuonna 2021 olivat 13-17 vuotiaiden osalta 266 kpl ja aikuistenpsykiatrian (18-22 vuotiaat) 127 kpl. Hyvinvointialueen perustamisen jälkeen ei HUS-raportilta pystytty suodattamaan lähetemääriä enää iän mukaan, mutta ajalla 08-12/2024 oli lähetetty hyvinvointialueelta 14 nuorisopsykiatrian lähetettä ja ajalla 01-09/2025 yht. 58 nuorisopsykiatrian lähetettä. Suurimmat ICPC hoitoon hakeutumisen syyt olivat vuonna 2025: P01 ahdistuneisuus, hermostuneisuus, jännitys tunne, P03 masennuksen tunne, P29 muu psyykinen oire tai vaiva sekä P19 huumeiden käyttö. Lääkärien käyttämän ICD hoitoon hakeutumisen eniten käytetyt syyt olivat: F419 määrittämätön ahdistuneisuushäiriö ja F412 sekamuotoinen ahdistus- ja masennustila (lähde: Logex region, 2025). Asiakas sai ensimmäisen ajan yhteydenotosta kahden viikon sisällä yksikön ammattilaiselle esimerkiksi sairaanhoitajalle. Lääkärin vastaanotolle asiakas pääsi kolmen viikon sisällä.

Nuorten Navi -arviointityökalu otettiin käyttöön perus- ja toisen asteen opiskeluhollossa, nuorten chat palvelussa sekä nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluyksikkö Zempissä. Arviointityökalun avulla tehostetaan ja sujuvoitetaan potilaiden hoidon sekä psykososiaalisen tuen arviointiprosessia myös etänä. Samalla vähennetään päällekkäistä työtä ja varmistetaan, että arviointi on laadultaan yhdenmukaista eri yksiköissä ja ammattilaisten välillä. Nuorten Navin avulla arviointi voidaan tehdä nopeasti ja systemaattisesti. Aiemmin asiakkaan tilanteen arviointiin vaadittiin usein useita vastaanottokäyntejä (esimerkiksi 45 minuutin tapaamisia), mutta nyt arviointi on mahdollista toteuttaa jo ensimmäisellä tapaamisella. Tämä nopeuttaa merkittävästi asiakkaan ohjautumista oikeaan palveluun ja tarpeenmukaiseen tukeen. Käyttöönoton yhteydessä laadittiin selkeä hoidon ja psykososiaalisen tuen prosessimalli, joka tukee arviointia ja nopeuttaa sujuvaa siirtymistä oikean avun piiriin. Prosessimalli ohjaa työntekijöitä askel askeleelta ja varmistaa, että arviointi perustuu olennaisiin ja yhteisesti sovittuihin kriteereihin.

Nuorten Navin kokonaistyytönmäärä oli hankeaikana noin 357 arviointia ja vastaava määrä palvelu- ja hoidon tarpeen ohjauksia tehtiin sen pohjalta. Työkalu tuki asiakasprosessien sujuvuutta ja lisäsi työn vaikuttavuutta heti käyttöönoton alkuvaiheessa. Nuorten Navin käyttöönotto oli merkittävä askel kohti tehokkaampaa, yhdenmukaisempaa ja asiakaslähtoisempää arviointityötä. Työkalu mahdollistaa nopean reagoinnin asiakkaan tarpeisiin ja edistää oikea-aikaista palveluohjausta, mikä voi parhaimmillaan ehkäistä ongelmien pitkittymistä ja lisätä nuorten hyvinvointia.

Todenteet:

<https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/nuorten-navi-arvioinnin-tukena-ita-uudenmaan-hyvinvointialue-rrp-p4-i1-i4>

Kumppanuustalo Myötätuulen tarjoamat monipuoliset, saavutettavat ja koordinoitavat palvelut tukevat erityisesti haavoittuvassa asemassa olevia ryhmiä sekä keventävät hyvinvointialueen peruspalveluiden kuormaa. Hankkeen aikana Kumppanuustalossa oli matalan kynnyksen

käyntejä 7 428 kpl, joista ikääntyneitä (yli 65-vuotiaita) asiakkaita oli 579 henk. Kumppanuustalo sijoittuu organisaatiossa hyvinvointialueen mielenterveys- ja päihdepalveluihin ja Kumppanuustalon palveluvalikoima on osa hoidon porrastusta, jolla voidaan taata sujuva hoidon ohjaus tarpeen mukaan myös Kumppanuustalon ja yhteistyökumppaneiden palveluihin. Kumppanuustalon palveluvalikoima mahdollistaa asioinnin ilman ajanvarausta joka arkipäivä. Asioida voi myös etänä. Palvelujen saavutettavuutta on parannettu järjestämällä toimintaa eri kanavissa (etävastaanotot, puhelin, chat, sosiaalinen media). Tämä on mahdollistanut avun saamisen viiveettä ilman lähetettä.

Kumppanuustalon yhteistyökumppanit ja verkostot tarjoavat asukkaille esimerkiksi puhelinpalveluita ja etäpalveluita ympäri vuorokauden valtakunnallisesti. Julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin ja seurakuntien kanssa tehtyjä yhteistyösopimuksia on 30 kpl. Lähisuhdeväkivaltaan liittyviä tukipalveluja on 3 kpl. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakasohjauksesta Kumppanuustalolle ohjattiin 215 asiakasta. Kumppanuustalolta mielenterveys- ja päihdepalveluihin hakeutui hankeaikana 5 553 työkäistä henkilöä ja 588 yli 65-vuotiaasta henkilöä. Yhteistyökumppaneiden palautekysely lähetettiin 10/2025 Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen ammattilaisille, Kumppanuustalon toimijoille, verkostolle ja yhteistyökumppaneille. Vastauksia saatiin 28 kpl. 61 % vastaajista oli hyvinvointialueen ammattilaisia, 29 % kolmannen sektorin toimijoita ja 11 % kunnan työntekijöitä. Kaikille vastaajista Kumppanuustalo Myötätuulen palvelut olivat ennestään tuttuja. Keskimääräinen arvosana Kumppanuustalon palveluvalikoimasta oli 4.04 (arvosana 1-5). 89 % vastaajista oli ohjannut asiakkaita Kumppanuustalon toimintoihin. 50 %:lle vastaajista oli ohjautunut asiakkaita Kumppanuustalon toiminnoista. 25 % vastaajista oli tavannut asiakasta Kumppanuustalon toimijan kanssa (yhteistyö muodostunut Kumppanuustalon toiminnan kautta) ja 29 % vastaajista oli tavannut asiakasta hyvinvointialueen työntekijän kanssa (yhteistyö muodostunut Kumppanuustalon toiminnan kautta). 81 % vastaajista oli sitä mieltä, että Kumppanuustalo on parantanut moniammatillista yhteistyötä. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että yhteistyö on toiminut hyvin asiakkaiden ohjauksessa ja asiakkaiden ohjaus on ollut selkeää. Negatiivista palautetta annettiin tilanteissa, joissa joidenkin toimintojen aukioloajat poikkesivat totutusta.

Kumppanuustalon kolmannen sektorin toimijat tarjoavat monipuolisia tukimuotoja, kuten neuvontaa, vertaistukea, ryhmätoimintaa ja kokemusasiantuntijapalveluja. Palvelut tukevat asukkaita arjessa, ennaltaehkäisevät raskaampien palveluiden tarvetta sekä tukevat asukkaan hoitopolkua, mikä osaltaan purkaa jonoja perus- ja erikoissairaanhoidossa. Kumppanuustalon koordinaattori ohjaa asukkaat suoraan oikeanlaisen tuen piiriin, myös muihin paikallisiin ja valtakunnallisiin toimintoihin. Ohjaus auttaa asukasta saamaan tukea varhaisessa vaiheessa, jolloin parhaimmassa tapauksessa asukaan ei tarvitse luoda asiakkuutta peruspalveluihin. Asiakaspalautteen mukaan tapaamisen jälkeen asiakas kokee tulevansa toimeen tilanteensa kanssa paremmin tai paljon paremmin:

- 88 % (marraskuu 2024)
- 76 % (huhtikuussa 2025)
- 97 % (lokakuu 2025)

Asiakastyytyväisyyskyselyn (NPS) mukaan palvelua suosittelisi:

- 65 % (marraskuu 2024)
- 48 % (huhtikuussa 2025)
- 91 % (lokakuu 2025)

Ikääntyneiden psykososiaalisen tuen hanketavoitteisiin kuului yhteistyökumppaneiden tietoisuuden lisääminen HUS:n TE-toimintamallista ja Mielenterveystalon omahoito-ohjelmista. Ikääntyneiden palveluissa työskentelevien kaikkien ammattilaisten osaamista on vahvistettu sisällyttämällä

perehdytysohjelmaan niin kutsutut neljän tuulen teemojen mukaiset koulutukset. Koulutusten teemoina ja tavoitteena oli vahvistaa osaamista mielenterveyden edistämiseksi, päihteiden käytön, ongelmallisen pelaamisen ja lähisuhdeväkivallan tunnistamisessa, puheeksi otossa ja arjen työssä toimimisessa. Osaksi koulutuskokonaisuutta laadittiin Mielenterveystalo.fi tutuksi -koulutus. Muut kokonaisuuteen kuuluvat koulutukset ovat THL:n ja A-klinikkasäätiön laatimia koulutuksia. Ikääntyneiden asiakasohjauksen henkilöstö suorittaa myös jatkossa HUS:n TE-toimintamallin mukaisen ohjattu omahoito -koulutuksen. Ohjattu omahoito -koulutukseen sisältyy myös itsemurhariskin arviointi- ja ikääntyneen lyhytterapeuttinen hoito -sisällöt

Osaamista mitattiin suoritusmääriä seuraamalla. Koulutussuorituksia on raportoitu asumispalveluista 12 kpl ja kotihoidon henkilöstö aloitti koulutukset loppuvuoden 2025 aikana. Ikääntyneiden asiakasohjauksen ammattilaisista 58 % on suorittanut Terapiat etulinjaan mallin mukaisen ohjatun omahoito -koulutuksen. Ohjattu omahoito -koulutuksen on suorittanut hankkeen aikana myös 3 muistipoliklinikan ammattilaista. Koulutuksista kerättiin palautetta, mutta vastausten määrä oli vähäinen. Ohjattu omahoito -koulutusten taitopajoista saadun palautteen mukaan koulutukset koetaan hyödyllisinä, mutta niiden suorittamista haastavat aikataulupaineet. Yksittäisiltä työntekijöiltä on tullut palautetta, että heitä pohdituttaa, miten aiheet liittyvät omaan tehtävään. Palautteessa näkyi myös, että koulutusten käymistä haastoi uusien järjestelmien käyttöönotto saman aikaisesti sekä resurssihaasteet. Ohjattu omahoito -koulutus on helpottanut mielen hyvinvoinnin puheeksiottoa ja omahoito-ohjelmien hyödyntämistä. Lisäksi se on lisännyt tietoa, mihin asiakkaan voi tarvittaessa ohjata. Koulutus on lievittänyt riittämättömyyden tunnetta. Ohjattua omahoitoa ei ole käytetty menetelmänä vaan työkaluna. Rajallinen aika esimerkiksi palvelutarpeen arvioinnissa ja se, että on paljon muitakin asioita käsiteltävä tapaamisessa, koettiin mielenterveyden puheeksiottamisen haasteeksi.

Mielenterveystalo ja TE-toimintamalli tutuksi tilaisuuksia järjestettiin diakoneille sekä perhe- ja omaishoitajille. Osallistujamäärä oli 19 henkilöä. Ikääntyneiden tietoisuutta Mielenterveystalon omahoito-ohjelmista lisättiin järjestämällä Mielenterveystalo tutuksi -tilaisuuksia ja sisällyttämällä esittely muihin tilaisuuksiin. Tilaisuuksia oli 21 kpl ja osallistujamäärä oli 300 henkilöä. Yksi tilaisuus järjestettiin etänä ja tähän ei tavoitettu osallistujia.

Ikääntyneiden psykososiaalisen tuen vahvistamisen keinona on kehitetty etsivää vanhustyötä eri tavoin. Hyvinvointialueen etsivän lähityön ja ikääntyneiden asiakasohjauksen yhteiset jalkautumiset kuntiin aloitettiin ja jalkautumista tehtiin esimerkiksi ruokajonoihin ja ostoskeskuksiin. Jalkautumisia on ollut 8 kertaa. Ikääntyneiden asiakasohjauksessa on 3 etsivän työn tekijää. Yhteiset jalkautumiset tulevat jatkumaan hankkeen jälkeen. Kotiin menevää etsivää työtä pilotoitiin yhteistyössä Suvanto ry:n kanssa. Pilotointi kesti 4 kk ja tavoitteena oli osoittaa, minkälaisia tuloksia tämän kaltaisella yhteistyöllä voi saavuttaa. Alkuperäisenä tavoitteena oli 8 asiakasta, mutta pilotin aikana asiakasmääräksi muodostui 11 henkilöä. Asiakasohjauksia olisi tullut enemmän, mutta resurssien takia enempää asiakkaita ei voitu vastaanottaa. Ikääntyneiden asiakasohjauksesta tuli 5 asiakasohjausta. Asiakastapausten taustalla oli kasautuneita ja pitkittyneitä haasteita, haasteiden ylisukupolvisuutta, mielenterveys- ja päihdeongelmia sekä taloudellisia haasteita. Sosiaalisten suhteiden puute yhdessä moninaisten haasteiden kanssa näyttäytyi suurena tarpeena keskustelutuelle. Pilotin aikana koettiin, että ennaltaehkäisevä etsivä vanhustyö ei täysin vastaa tarpeeseen, mutta voi kannatella asiakasta, auttaa löytämään lisää tukea ja lisätä luottamusta järjestelmään. Kotikuntoutuksesta tuli 2 asiakasohjausta, joissa asiakastapausten taustalla oli ikääntymiseen liittyvät asiat ja huoli tulevasta. Asiakkaille tarjottiin keskustelutukea sekä tietoa palvelumahdollisuuksista ja asiakkuuden kesto oli noin 1 kk. Ikääntyneiden arviointitiimistä tuli 4 asiakasohjausta, joiden asiakastapausten taustalla oli toimintakyvyn muutos, yksinäisyys, mielialan lasku ja keskusteluavun tarve. Asiakkuuksien keskimääräinen kesto oli noin 1 kk.

Ennaltaehkäisevällä työllä on voitu välttää tilanteen paheneminen ja kaikkiin asiakkuuksiin pystyttiin vastaamaan etsivällä vanhustyöllä. Kukaan asiakkaista ei ohjautunut hyvinvointialueen palveluihin tai palautunut ohjaavalle taholle. Valtaosa (40 %) tuli kohdatuksi ja autetuksi etsivän vanhustyön ammattilaisen tuella. Vapaaehtoistoimintaan ohjautui 16 %, hyte-palveluihin 18 % ja kolmannen sektorin ammatillisen tuen piiriin 8 %. Paras vaste ja selkeät mittavat muutokset tulivat kotikuntoutuksen ja ikääntyneiden arviointiyksikön ohjauksista, niissä tilanteissa, joissa päästiin riittävän varhaisessa vaiheessa työskentelemään yhdessä asiakkaan kanssa ennen haasteiden kasautumista. Asiakaspalaute oli hyvää. Kaikki vastanneet (N7) kokivat tulleen kuulluksi, olivat tehneet itseään koskevia päätöksiä, kokivat yhteistyön edenneen itselleen sopivaan tahtiin ja kokivat toiminnalla olleen positiivinen vaikutus elämäänsä. Avoimissa palautteissa korostui turvallisuuden tunteen lisääntyminen sen vuoksi, että on saatavilla turvallinen ja luotettava kontakti ja keskustelutuki. Asiakkaat kokivat tulleen aidosti kuulluksi ja kohdatuiksi. Asiakkaille (N4) tehtiin asiakkuuden alussa ja lopussa kysely, jonka avulla voitiin osoittaa tilanteen muutosta asiakkuuden aikana:

- Elämän mielekkyys parani 100 % vastaajista
- Tieto sopivista vaihtoehdoista ja palveluista lisääntyi 100 %
- Motivaatio hakea/vastaanottaa tukea lisääntyi 100 %
- Mieliala koheni 77 % vastaajista
- Yksinäisyys väheni 66 % vastaajista
- Tulevaisuuden toiveikkuus lisääntyi 33 %
- Toimintakyky parani 33 %
- Toimijuus työntekijähavaintojen mukaan vahvistui kaikilla.

Pilotin tuloksena havaittiin, että ikääntyneelle on haastava löytää paikkaa, johon kiinnittyä (ryhmät, vapaaehtoinen jne.), koska hyvinvointialueella on niukasti ikääntyneille kohdennettua osallisuutta tukevaa matalan kynnyksen toimintaa. Lisäksi kulkemista haastaa vähäinen tai olematon julkinen liikenne. Toiminta otettiin yleisesti todella hyvin vastaan alueella asiakkaiden ja ammattilaisten keskuudessa. Rooli neutraalina toimijana ilman viranomaisroolia palveli yhteistyötä hyvin. Yhteistyö edisti matalan kynnyksen toimintaa ja kevyemmän tuen mallia, sillä asiakkaalla oli mahdollisuus päästä toimintaan yhden yhteydenoton periaatteella, jossa hyvinvointialueen ammattilainen tunnisti tarpeen ja ohjasi toimintaan. Toiminta valmistaa ja käynnistää toimijuutta, minkä odotetaan näkyvän kasvavana toiveikkuutena ja toimintakykynä pidemmällä jännteellä. Pidemmän aikavälin seurantamittaus ei ollut mahdollista pilotissa lyhyen toiminta-ajan vuoksi. Hankkeen jälkeen yhteistyö jatkuu järjestöavustuksen puitteissa.

Ennaltaehkäisevän ja etsivän työn keinona on lisäksi järjestetty ikääntymisen ennakointi ja varautuminen -yleisötilaisuuksia yhteistyössä kuntien kanssa. Tilaisuuksiin osallistui 255 henkilöä. Palautteen mukaan tilaisuudet koettiin hyödyllisinä. Tilaisuuksissa tarjottua tietoa ei ole koettu itsestään selvänä ja tieto on ollut tärkeää. Tilaisuuksien myötä tieto ikääntyneiden asiakasohjauksen olemassaolosta ja yhteystiedoista on vahvistunut. Hankkeen jälkeen tilaisuuksia tullaan jatkamaan HYTE-tiimin ja ikääntyneiden asiakasohjauksen yhteistyönä. Hankkeessa käynnistettiin myös etsivän vanhustyön -verkosto järjestämällä yhteisiä tilaisuuksia hyvinvointialueen, kuntien ja kolmannen sektorin ikääntyneitä kohtaaville toimijoille. Tilaisuuksissa tutustuttiin sekä yleisiin että alueellisiin ikääntyneitä koskeviin ilmiöihin. Palautteen mukaan ammattilaiset tulivat tutummaksi toisilleen ja tietoisuus olemassa olevista vaihtoehdoista vahvistui. Verkoston tapaamisia oli 4 kpl ja

osallistujia yhteensä 146. Verkosto jatkuu hankkeen jälkeen VALLI ry:n etsivän vanhustyön verkostokeskuksen koordinoimana.

Hankkeessa vahvistettiin ennaltaehkäiseviä toimintatapoja myös pilotoimalla yli 65-vuotiaille suunnattu hyvinvointitarkastus, jonka asukas täyttää itsenäisesti joko paperilla tai verkkosivuilla. Hyvinvointitarkastuksen tavoitteena on ehkäistä palvelutarpeen kasautumista ja oikea-aikaista ohjautumista ikääntyvässä väestössä. Hyvinvointitarkastus on kevyt ja vähän henkilöstöresursseja vaativa keino tavoittaa 65–75-vuotiaat ajoissa ennen raskaampien palvelujen tarvetta. Se kannustaa vahvistamaan liikuntaan, ravitsemukseen ja kodin turvallisuuteen liittyviä tottumuksia kolmen valmiin itsearvioinnin avulla. Kun asukas saa helposti välineet oman tilanteensa arviointiin ja selkeät ohjeet jatkotoimista, vähenevät tilanteiden kärjistyminen, epäselvä asiointi ja häiriökysyntä. Tarkastus ei ohjaa automaattisesti jatkopalveluun, mutta saatekirje ohjaa tarvittaessa ottamaan yhteyttä ikääntyneiden asiakasohjaukseen ja muihin palveluihin.

Jononpurun näkökulmasta kyse ei ole yksittäisestä kampanjasta vaan toimintatavasta, jonka tarkoitus on ehkäistä jonojen syntymistä ja keventää palvelukuormaa. Pilotointi käynnistettiin loppuvuonna 2025. Hyvinvointitarkastuksen paperilomakkeet vietiin alueen kirjastoihin (15) ja palautetta kerättiin palautelaatikoilla sekä Webropol-kyselyllä, jotta toiminta voidaan vakiinnuttaa hankkeen jälkeen. Pilotointi rajattiin ajallisesti (8.12.2025 asti) ja palautelaatikoiden palautus ohjeistettiin (Porvoon pääkirjasto viimeistään 12.12.2025). Sähköinen versio koottiin hyvinvointialueen verkkosivuille, jolloin tarkastus on tehtävissä myös etänä. Muutosta seurataan ensivaiheessa lomakkeiden menekillä ja asiakaspalautteella (pilotissa toteutetut palautekanavat). Varsinaiset vaikuttavuusindikaattorit edellyttävät pidempää seuranta vakiinnuttamisvaiheessa.

Hankkeen aikana on vahvistettu ammattilaisten osaamista lähisuhdeväkivallasta sekä koulutettu ammattilaisia lähisuhdeväkivallan tunnistamiseen, puheeksiottoon ja varhaisen tuen tarjoamiseen. Toimintojen avulla ammattilaisten työpanosta on pyritty ohjaamaan ennaltaehkäisevämpään ja varhaisempaan tukeen. Toimenpiteillä on myös vahvistettu 3. sektorin ja perusterveydenhuollon yhteistyötä. Alueen ammattilaisista 30 henkilöä koulutettiin lähisuhdeväkivallan avainhenkilöksi. Koulutuskokonaisuuksista saadun palautteen perusteella koulutus on koettu hyväksi ja ajatuksia herättäväksi. Koulutuksen aikana on pystytty todentamaan ammattilaisten osaamisen vahvistumista koulutuksista kerätyn osaamisen seurannan kautta. Syksyllä 2024 ammattilaisten valmiudet puheeksiottoon olivat 3,93 asteikolla 1-5 ja valmiudet asiakkaan auttamiseen lähisuhdeväkivallan tultua ilmi olivat 3,36. Koulutuksen päätyttyä valmiudet puheeksiottoon olivat 4,54 ja valmiudet asiakkaan auttamiseen lähisuhdeväkivallan tultua ilmi olivat 4,31.

Lähisuhdeväkivaltatyötä on kehitetty myös MARAK-työryhmän kehittämisellä, lähisuhdeväkivallan ehkäisyn työryhmän käynnistämällä sekä viestimällä asukkaille ja ammattilaisille alueen lähisuhdeväkivallan vastaisista palveluista säännöllisesti. Kumppanuustalo Myötätuuli on mahdollistanut lähisuhdeväkivallan vastaisten palveluiden yhteistyötä alueella. Rikosuhripäivystyksen ja Väkivaltatyön avopalvelu Paasin kanssa tehty tiivis yhteistyö mahdollistaa asukkaille matalan kynnyksen tukipalvelut sekä vahvistaa ammattilaisten osaamista lähisuhdeväkivalta ilmiöön liittyen. Lähisuhdeväkivallan ehkäisytyöryhmä on käynnistänyt toimintansa syksyllä 2024. Työryhmässä on hankekauden päättyessä edustus hyvinvointialueen palveluista sekä alueen järjestötoimijoista. Työryhmä kokoontuu 6 krt / v ja vuonna 2025 panostettiin lähisuhdeväkivallan uhrin auttamisen palvelupolun luomiseen ja viestintään lähisuhdeväkivaltailmiöön liittyen. Alueellinen MARAK-työryhmä käynnistyi vuonna 2023 syksyllä.

Työryhmä kokoontuu säännöllisesti kattaen koko Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen. MARAK-työryhmässä käsiteltiin vuonna 2023 4 uutta asiakasta, 2024 10 uutta asiakasta ja 2025 lokakuuhun mennessä 10 uutta asiakasta. Työryhmässä on laaja monialainen edustus hyvinvointialueen palveluista ja turvakodilta, Itä-Uudenmaan poliisista, alueen seurakunnista ja järjestötoimijoista. On tunnistettu, että avainhenkilökoulutuksella on ollut merkitystä MARAK-työryhmään ohjaamisen näkökulmasta.

Hankekaudella on viestitty aktiivisesti lisäten sekä alueen asukkaiden että ammattilaisten tietoutta lähisuhdeväkivalta ilmiöstä ja alueen palveluista. 1.2.2024 järjestettiin asukkaille suunnattu Miesten kokema lähisuhdeväkivalta - webinaari, josta tehtiin tallenne hyvinvointialueen Youtube-kanavalle. Linkki tallenteeseen: [Miesten kokema väkivalta -webinaarin tallenne](#). Vuonna 2025 toteutettiin Tussitaikureiden kanssa yhteistyössä video lähisuhdeväkivaltaan ja alueen palveluihin liittyen. Linkki videoon: [Lähisuhdeväkivalta satuttaa](#). Lisäksi alueen ammattilaisille on vuosittain järjestetty Teams-tietoisku alueen väkivallan vastaisista palveluista. Hankekaudella toteutetut toimet jatkuvat hankkeen päätyttyä suunnitellusti. Hyvinvointialueella työskentelee ehkäisevän työn erityisasiantuntija, joka vastaa lähisuhdeväkivallan ehkäisyn koordinaatiosta osana hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä.

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue on kehittänyt ja laajentanut digitaalisia asiointikanavia osana hanketta. Digisotokeskuksen palvelu on rakennettu asiakkaan asiointiin helpottamiseksi. Kun palvelut ovat helposti saavutettavissa ja saatavissa, edistetään samalla hoitotakuun määräaikoihin pääsemistä. Hyvinvointialueen verkkosivulla kerrotaan alueen asukkaille HyVä-digistä: [HyVä-digi - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#). Alueen asukkaiden tyytyväisyyttä on seurattu ja kehitysehdotuksia on kerätty aktiivisesti joka chat-keskustelun lopussa koko HyVä-digin olemassaolon ajan: tyytyväisyys on 4,63/5 ja suosittelu 9,01/10 koko HyVä-digin toiminnan tähänastiselta ajalta (1.9.2023-5.1.2025). Sanallisissa palautteissa toistuvat: helppo saatavuus ja matala kynnys moniammatillisiin palveluihin. Asiakkaat kokevat, että palvelun matala kynnys helpottaa yhteydenottoa ja asiointia ja edistää palvelujen saatavuutta. HyVä-digin käyttäjät pitävät palvelua pääosin helppokäyttöisenä ja miellyttävänä, ja sen koetaan parantavan hoidon saatavuutta ja säästävän aikaa. Lähde: HyVä-digin BI-raportti.

Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen digisotokeskus HyVä-digillä on korkea hoidon itsenäisyysaste. HyVä-digi hoitaa 91% asioinneista itse loppuun, vain 9% ohjautuu kivijalkapalveluihin, ja heistä 2% kiirevastaanotolle. Lisäksi suurin osa asioinneista ratkeaa yhdellä käynnillä. Ajanjaksolla 1.9.2023-5.4.2025 74% asioinneista ratkesi ensikontaktissa. ACG-sairastavuusindeksi on terveydenhuollon palvelutarpeen mittari, joka ottaa huomioon mm. iän, sukupuolen, sairastavuuden ja sosioekonomisia tekijöitä. HyVä-digin asiakkaiden ACG-indeksi on samaa tasoa tai jopa hieman korkeampi kuin pelkästään kivijalkaterveyspalveluita käytävillä. Huolimatta samantasoisesta palvelutarpeesta, HyVä-digissä asiointi kevensi asiakkaan aiheuttamaa suoritekuormaa kivijalkoihin n. 1,6 suoritetta/as./v. ACG-vakioitu erikoissairaanhoidon kustannuksen HyVä-digin käyttäjillä laskutavasta riippuen 100-200e/as./vuosi matalampi kuin niillä asiakkailla, jotka eivät käytä HyVä-digiä. Säästö tämänhetkisellä kävijämäärillä on n. 1-2 miljoonaa euroa vuodessa.

Keskeisenä sähköisten asiointikanavien laajentamisen toimenpiteenä oli Omaolo-palvelun ja siihen liittyvien toiminnallisuuden käyttöönotto ja kehittäminen. Omaolon palvelut otettiin käyttöön kaikissa hyvinvointialueen kunnissa ja oirearvioiden ja muu yhteydenoton -toiminnon käyttömäärät nousivat tasaisesti. Muu yhteydenotto -toiminnan käyttömäärä oli 2 402 kpl, oirearvioiden 28 512 kpl ja palveluarvioiden 34 kpl. Hyvinvointitarkastus otettiin käyttöön omaishoitajien, perhehoitajien ja

työttömien terveystarkastuksissa kaikissa Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen kunnissa ja käyttömäärä oli 82 kpl. Terveysvalmennuksista ei ole saatavilla käyttömääriä. Palveluarvioiden ja hyvinvointitarkastusten käyttö jäi vähäiseksi.

Omais- ja perhehoitajien hyvinvointitarkastukset lyhensivät hoitovelkaa siten, että omais- ja perhehoitajat saivat avun oikea-aikaisesti terveydenhuollon ammattilaiselta, eikä heidän tarvinnut jonottaa julkisessa terveydenhuollossa. Omaolon hyvinvointitarkastusten käyttöönoton yhteydessä tehostettiin tiedotusta omais- ja perhehoitajien terveystarkastuksista ja asiakas sai asiakkaan sairastumisriskien mukaista terveystietoa. Toiminnalla tuettiin omais- ja perhehoitajien jaksamista työtehtävissä, jolloin ehkäistiin parhaimmillaan raskaampaa palvelutarvetta omais- ja/tai perhehoitajien sekä heidän hoidettaviensa osalta. Hyvinvointitarkastukset voivat auttaa tunnistamaan pitkäaikaissairauden riskissä olevat. Hyvinvointitarkastusten käyttömäärä jäi kuitenkin vähäiseksi, jolloin palvelua ei juurikaan hyödynnetty pitkäaikaissairaiden tunnistamisessa. Saatujen tulosten mukaan kuitenkin yli 70 %:lla sähköiseen hyvinvointitarkastukseen vastanneista oli kohonnut tai selvä riski elintapasairauksille.

Hankkeessa otettiin käyttöön Sähköisen perhekeskuksen Omaperhe.fi-palvelu ja Sähköinen perhekeskus ammattilaisille -palvelu. Sähköinen perhekeskus on digitaalinen palvelukokonaisuus, joka on tarkoitettu tukemaan fyysisen perhekeskuksen toimintaa eikä siinä luoda varsinaisesti uusia palveluita. Omaperhe.fi -palvelussa on kyse tietoa jakavasta ja palveluohjausta antavasta, ennalta ehkäisevästä sähköisestä alustasta, jolla tuetaan fyysisen perhekeskuksen toimintaa. Sähköinen perhekeskus ammattilaisille -palvelussa voidaan täydentää Omaperhe.fi-palvelun alueellista tieto-, tapahtuma- ja palvelusisältöä sekä jakaa ammattilaisille tietoa ja tapahtumia.

Hankkeen päättyessä terveydenhuollon erikoissairaanhoidon läheteiden määrä on vähentynyt 5,07 % vuodesta 2023 (12 086 kpl, Mediatri eli Sipoon potilastietojärjestelmä puuttuu) vuoteen 2025 mennessä (11 473 kpl, Mediatri eli Sipoon potilastietojärjestelmä puuttuu). Erikoissairaanhoidon läheteiden määrän väheneminen todentaa palveluiden painopisteen siirtymistä ennaltaehkäiseviin palveluihin. Hankkeen päättyessä on perusterveydenhuollon kiireettömän (0-7päivää) hoitoon pääsyn osuus kasvanut 5 % vuodesta 2023 (73 % 01/2023) vuoteen 2025 (78 % 12/2025). (Lähde: THL; Avohilmo). Hankkeen toimilla on siten todennetusti pystytty vastaamaan jonojen purkuun ja nopeuttamaan hoitoonpääsyä.

2.2 Toimintamallien uudistaminen hankkeen aikana

Pitkäaikaissairauksien palveluketjut ml. pitkäaikaissairauksien määrääaikaiskontrollit

Hankkeen jälkeen pitkäaikaissairauksien palveluketjujen ylläpitovastuu siirtyy terveysasemapaalveluihin ja palveluketjut jäävät käyttöön hankkeen jälkeen. Pitkäaikaissairauksien palveluketjut parantavat ammattilaisten perehdyttämistä ja ammatillista osaamista. Osana pitkäaikaissairauksien hoidon kehittämistä luotiin pitkäaikaissairauksien hoidon osaamisen malli. Palveluketjut yhtenäistävät osaamista sekä potilaiden saamaa hoitoa. Pitkäaikaissairauksien hoito on näyttöön perustuvaa toimintaa, jossa huomioidaan paikalliset toimintatavat ja resurssit, joten hoito on vaikuttavaa. Potilaskontaktien tarkoitusta ja tavoitetta on hiottu, jolloin niistä saadaan paras mahdollinen terveyshyöty pienimmällä mahdollisella kontaktimäärällä. Sydän- ja verisuonisairauksien hoidon vaikuttavuuden seuraamiseksi kehitettiin alueellinen hoidonvaikuttavuuden mittari. Ammattilaisten rooleja on selkeytetty ja samalla laskettu kynnystä moniammatillisessa yhteistyössä lisäämällä ymmärrystä eri ammattilaisten rooleista pitkäaikaissairaahan potilaan hoidossa. Pitkäaikaissairauksien palveluketjut on suunnattu

terveysasemapalveluille ja niitä toteuttavat kivijalkapalvelut sekä puhelimitse että vastaanotoilla ja lisäksi HyVä-digi sähköisissä palvelukanavissaan. Palveluketjuissa kuvautuu muiden yksiköiden (suun th, sosiaalipalvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä lääkinnälliset palvelut) toiminta pitkäaikaissairaiden potilaiden ja asiakkaiden palveluiden rajapinnassa terveysasemapalveluiden kanssa. Pitkäaikaissairauksien palveluketjut on rakennettu potilas/asiakasohjauksen työmalliksi ammattilaiselle.

Osana pitkäaikaissairauksien palveluketjuja on rakennettu ulkoiset verkkosivut alueen asukkaiden pitkäaikaissairauksien hoidon tueksi. Pitkäaikaissairauksien palveluketjut on rakennettu IMS-toimintajärjestelmään, josta myös palvelutuotanto niitä hyödyntää prosessikuvauksen osalta. Palveluketjuissa on huomioitu vahvasti HyVä-digin toiminta ja soveltuvuus pitkäaikaissairauksien hoitoon sähköisissä palveluissa.

Todenteet:

[Pitkäaikaissairauksien määräaikaikontrollit, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

[Sydän-ja verisuonisairauksien hoidon vaikuttavuuden mittari, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

[Pitkäaikaissairauksien hoidon osaaminen, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

LIITE 1: Pitkäaikaissairauksien tuotokset verkossa ja intrassa

[Pitkäaikaisten sairauksien hoito - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#)

LIITE 19: HyVä-digi

Etälääkäri -pilotti

Toimintamalli jää käyttöön alueelle. Vaikka osa lääkäreiden työstä on mahdollista toteuttaa etänä, ja esimerkiksi korona-ajalta tästä on kokemusta, tarkempaa etälääkärin työnkuvan suunnittelua ja arviointia ei ole tehty. Toimiva etälääkärin työnkuva tehostaa hoitoa ja helpottaa lääkäreiden rekrytointia, jolloin ostopalvelun tarve vähenee ja saadaan lääkäreiden virat täytettyä. Lisäksi etälääkäriä voidaan hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti. Lääkärin etävastaanotot mahdollistavat lääkärikäynnin ilman tarvetta siirtyä fyysiselle vastaanotolle. Tämä parantaa palveluverkostoa ja lisää yhdenvertaisuutta parantaen saavutettavuutta esimerkiksi syrjäseuduilla ja saaristossa. Etävastaanotot lisäävät potilaiden vaihtoehtoja perinteisen kivijalkavastaanoton rinnalla. Myös hoitajien erilaiset konsultaatiomahdollisuudet sekä reaaliaikaisena että ei-reaaliaikaisena mahdollistavat potilaan ketterän hoidon hoitajan kautta, mikä vähentää kontaktien ja vastaanottojen tarvetta. Toimintamalli kohdistuu etäpalveluihin, mutta hyödyntää myös läsnätapaamisia antamalla vastaanottoa pitävälle hoitajalle konsultaatiokanavan.

Uusia digitaalisia ratkaisuja ei tarvittu, vaan pilotissa hyödynnettiin jo olemassa olevia ratkaisuja. Digitaalisina ratkaisuinä olivat valmiiksi hyvinvointialueen käytössä olevat Flowmedic chat, etävastaanotto- ja konsultaatiovälineenä, Teams yhteydenpitovälineenä lääkärin ja muun ammattilaisen välillä muissa kuin potilasasioissa sekä potilastietojärjestelmä ei-reaaliaikaisissa konsultaatioissa.

Todenteet:

[Etälääkäri -pilotti, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

Omatiimimalli

Toimintamalli jää käyttöön hankkeen jälkeen. Kaikki terveysasemat ovat siirtyneet omatiimimalliin, mikä parantaa yhdenvertaisuutta. Terveysasemien Omatiimimallissa paljon palvelua tarvitseville potilaille osoitetaan omatiimi, joka pystyy kerryttämään osaamista ja ymmärrystä potilaan kokonaistilanteesta. Potilas tietää mihin olla yhteydessä. Tämä vähentää häiriökysyntää ja terävöittää hoitoa niin, että siitä on paras mahdollinen terveyshyöty: oikea hoito oikeille potilaille oikea-aikaisesti. Mallilla saadaan purettua päällekkäisyyksiä niin tutkimusten, hoitojen kuin ammattilaistenkin välillä.

Verrattuna omahoitaja- tai omalääkärimalliin, tiimimalli ei ole yhtä haavoittuva esimerkiksi työntekijöiden siirtymisen tai poissaolojen suhteen, vaan laadukas hoito ei riipu yhden työntekijän paikallaolosta, mikä saattaisi eriarvoistaa potilaita. Potilaiden tilanne voidaan huomioida paremmin ja potilaslähtöisemmin, kun hänen kanssaan asioi samat ammattilaiset. Potilaat voivat olla yhteydessä suoraa omatiiminsä hoitajiin.

Omatiimimalli kohdistuu kivijalkapalveluiden läsnätapaamisiin että etäpalveluihin, esimerkiksi puheluihin. Vaikka digisotekeskus HyVä-digi ei ole osa omatiimiä, se huomioi potilaan omatiimin ja ohjaa esimerkiksi ajanvaraukset kulloisenkin potilaan omatiimiin. Omatiimin potilaat ovat pääsääntöisesti paljon palvelua tarvitsevat pitkäaikaissairaat, joiden kohdalla potilasohjaus korostuu. Omatiimimalli ei kuitenkaan suoranaisesti vaikuta potilasohjaukseen, vaikka potilaan hoidon keskittäminen tietyille ammattilaisille selkeyttää potilasohjausprosessiakin omalta osaltaan.

Omatiimimalli on rakennettu myös Teleg-takaisinsoittopalvelun sisään, jolloin järjestelmä tunnistaa omatiimin potilaan numeron ja ohjaa puhelun automaattisesti potilaan omaan tiimiin.

Todenteet:

[Omatiimimalli Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

[Omatiimi - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#)

Kotihoidon arviointitiimi

Kotihoidon arviointitiimin toiminta jatkuu hankkeen jälkeen ikääntyneiden palveluissa. Ennen hanketta hyvinvointialueella oli erilaisia tapoja arvioida säännöllisen kotihoidon ja tukipalvelujen tarvetta. Hankkeen myötä alueelle on luotu yhtenäinen tapa tukea asiakkaan kotona asumista kotikunnasta riippumatta. Kun prosessi ja toimintatavat ovat yhtenäiset, arviointitiimi ja sidosryhmät tunnistavat ja tietävät roolinsa. Toiminta sujuvoittaa oikea-aikaista palvelua ja moniammatillista työskentelyä. Arviointijakso on kuntouttava ja jaksolla kartoitetaan yksilöllisesti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tuen tarve. Ratkaisu voi olla myös jokin muu, kuin säännöllisen kotihoidon käynnistäminen. Arviointitiimin kautta tapahtuva ohjautuminen kotihoitoon varmistaa, että kotihoidon resurssit kohdistuvat tarkoituksenmukaisesti niitä eniten tarvitseville. Arviointijakso toteutuu asiakkaan kotona läsnä tapaamisina.

Todenteet:

[Kotihoidon arviointitiimi, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

LIITE 2: Arviointitiimin prosessikaavio

LIITE 3: Kotihoidon arviointitiimi

Omaishoitajien valmennus ja perhehoitajien koulutus

Kehitetystä toiminnasta vastaa hankkeen päättymisen jälkeen hyvinvointialueen vammaispalvelut ikääntyneiden palveluiden kanssa ja toimintamalli jää käyttöön. Ennen hyvinvointialueita omais- ja perhehoitajille tarjottavan tuen järjestäminen oli kuntien vastuulla ja tarjottava tuki oli eritasoista. Hankkeen aikana Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella on otettu käyttöön omais- ja perhehoitajien yhtenäinen valmennusprosessi. Valmennuksia on pidetty 2 kpl, syksyllä 2024 ja syksyllä 2025. Prosessia on hankkeen aikana muokattu kohderyhmälle sopivammaksi, mm. eriyttämällä omaishoitajien valmennus ja perhehoitajien koulutustoiminta. Valmennuksessa kohdataan omaishoitajat/perhehoitajat, joka vähentää tarvetta olla yhteydessä omaan vastuutyöntekijään. Lisäksi omaishoitajat/perhehoitajat saavat ajankohtaista tietoa ja vertaistukea. Valmennuksessa on mahdollista kohdata sosiaalipalveluiden työntekijä, jolloin sosiaalipalveluiden ohjauksen saavutettavuutta on lisätty. Yhdenvertaisuus ja tasa-arvo on huomioitu ottamalla huomioon kaksikielisyys, viestinnän saavutettavuus ja saatavuus. Asiakaslähtöisyyttä on lisätty keräämällä palautetta valmennuksista ja jatkokehittämällä valmennusten sisältöä palautteiden perusteella. Valmennusta on järjestetty pääosin läsnä tapaamisin. Toimintamalli sisältää asiakas- ja palveluohjausta.

Todenteet:

[Valmennuskokonaisuus omaishoitajille ja koulutuskokonaisuus perhehoitajille, Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

LIITE 4: Omaishoidon valmennukset

Omais- ja perhehoitajien terveystarkastus

Kehitetystä toiminnasta vastaa hankkeen päättymisen jälkeen hyvinvointialueen terveysasemapalvelut ja toimintamalli jää käyttöön. Omais- ja perhehoitajien terveystarkastuksissa hyödynnetään kootusti tietoja Omaolo järjestelmässä. Ennen hanketta asiakkaalla on ollut käytössä useampi palvelunumero riippuen kunnasta, mutta nykyinen ilmoittautumisprosessi (keskitetty takaisinsoittopalvelu ja sähköinen ilmoittautuminen) selkeyttää asiakkaille järjestelmällisemmin mihin olla yhteydessä. Toimintamalliin sisältyy joko etävastaanotto tai läsnäolotapaaminen sekä asiakasohjausta. Toimintamallissa ovat sähköisinä ratkaisuinä sähköinen ilmoittautumiskysely sekä HyVä-digin etävastaanottomahdollisuus asiakkaille.

Todenteet:

[Omaishoitajien ja perhehoitajien hyvinvointitarkastus, Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella \(RRP, P 4, I1, I4\) | Innokylä](#)

LIITE 5: Omaishoitajien ja perhehoitajien terveystarkastukset

[Omaishoitajan terveystarkastus - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#)
[Perhehoitajan terveystarkastus - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#)

Neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen palveluketju

Palveluketjun toiminta jatkuu lasten-, nuorten- ja perheiden palveluissa ja Kirjo-projektissa. Ennen hankkeen aloitusta hyvinvointialueella ei ollut yhteisesti sovittua tapaa neuropsykiatrisesti oireilevien lasten tukemiseen. Tavoitteena kehittämiselle oli nepsytiäinen hyvinvointialue, jossa kaikki lasten parissa työskentelevät ammattilaiset osaavat tukea asiakasta jollain tavoin jo silloin, kun ei tiedetä mistä lapsen oireet johtuvat. Hankkeessa on kuvattu hyvinvointialueen palveluketju neuropsykiatrisesti oireileville lapsille. Palveluketju on kohderyhmän osalta alueen ensimmäinen ja se selkeyttää hyvinvointialueen palveluvalikoimaa asiakkaille ja työntekijöille, jotta asiakkaan palvelut olisivat ymmärrettäviä ja päällekkäiseltä työltä välttyttäisiin. Toimintamallissa painottuvat

varhaisen tuen palvelut. Asiakkaiden avuksi on avattu hankkeen aikana selkokielinen neopsy-sivusto [Nepsy eli neuropsykiatriset haasteet - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#), jolla on vierailut 20.10.25 mennessä 1651 kävijää. Asiakkaita ohjataan sivustolla digitaalisten palveluiden äärelle, kuten Mielenterveystalon omahoitomateriaalin pariin. Neuropsykiatrisesti oireilevat ovat usein muita heikommassa asemassa ja palveluketjun kuvaus parantaa kyseisen asiakasryhmän palvelun saatavuutta. Kehittämisessä on ollut mukana tiiviisti asiakasedustaja.

Todenteet:

[Neuropsykiatrisesti oireilevan lapsen palveluketju, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, Sujuvat palvelut-valmennus, \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

LIITE 6: Nepsy

[Nepsy eli neuropsykiatriset haasteet - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#)

Etäkuntoutus

Hankkeessa kehitetyt tuotokset ovat siirtyneet lääkinnällisen kuntoutuksen palvelutuotantoon vaiheittain ja jäivät käyttöön. Aiemmin hyvinvointialueen toimipisteissä oli hyvin vaihtelevat ja satunnaiset käytännöt etäkuntoutuksen käyttöön. Hankkeessa etäkuntoutuksen palveluita on kehitetty ja yhtenäistetty koko hyvinvointialueen toimintamalleiksi kehittämällä kaksi digihoitopolkua, ohjaamalla työntekijöitä kokeilemaan videovastaanottoja organisaation hyväksymällä työkalulla sekä muotoilemalla etäpuheterapian palvelutarjotin.

Todenteet:

[Etäkuntoutuksen kehittäminen Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

LIITE 7: Etäkuntoutus

Suun terveydenhuollon toimintamallien kehittäminen

Kaikki suun terveydenhuollon osalta hankkeen yhteydessä kehitetyt toiminnot jäivät käyttöön. Suun terveydenhuollossa toteutettiin 08-12/2024 Sipoon Nikkilän ja Söderkullan hammashoitoloissa Kerralla enemmän -kimppakirjakokeilut puolikiireellisten lohkeamien hoitoon sekä koululaisten (1., 5. ja 8. luokkalaisten) vastaanotoille. Toimintamallin ajatuksena on, että potilaiden ajat varataan yhteiselle ajanvarauskirjalle eli kimppakirjalle, josta hammaslääkärit ottavat vastaanottopäivinä potilaita järjestyksessä yksi kerrallaan vastaan. Kimppakirjan käytön tavoitteena oli lisätä ajankäytön joustavuutta ja parantaa hoidon tehokkuutta. Puolikiireellisten lohkeamapotilaiden osalta tavoitteena oli myös nopeuttaa hoitoon pääsyä ja vähentää tarvetta hakeutua kiirevastaanotolle. Kokeilut toteutettiin Kerralla enemmän -toimintaperiaatteella, jossa tarkoituksena on, että potilaalle tehdään yhdellä käynnillä mahdollisimman paljon toimenpiteitä, jotta hoito saataisiin jopa kerralla valmiiksi. Kimppakirjat otettiin onnistuneen pilotoinnin myötä osaksi hammashoitolan vakituista toimintaa. Pilotin aikana 81 % lohkeamapotilaiden hoidoista saatiin valmiiksi yhdellä kimppakirjavastaanotolla ja kimppakirjan käyttö sai pääosin myönteistä palautetta henkilöstöltä. Myös koululaisten tarkastuksissa henkilöstö koki, että kimppakirjan käyttö tehosti tarkastusten toteuttamista. Aiemmin käytössä olleeseen toiminnanohjausjärjestelmään verrattuna kimppakirja soveltui paremmin toimintavolyymiltaan pienemmälle hoitolalle; kimppakirjan ylläpitäminen vaati vähemmän resursseja eikä sen käyttöön liity merkittäviä järjestelmäkustannuksia.

Suun terveyden edistämisen toimintaa on laajennettu hankeajankautana. Kehittämistyön keskiössä on ollut Tulevaisuuden sote-keskus –hankkeen pilotoinnin pohjalta perustettu vakituinen suun

terveyden edistämisen asiantuntijasuhygienistin tehtävä, jonka tukena toimii hammashoitajista koostuva suun terveyden edistämisen tiimi. Hankeaikana on lisätty suun terveydenhuollon edustusta elintapa- ja ryhmätoiminnassa, pidetty suun terveyden edistämisen koulutuksia ammattilaisille ja järjestöille ja käynnistetty ikääntyneiden gero-tiimin toimintaa.

Koululaisten pop up -mallilla tehtävät suun terveystarkastukset laajennettiin syksyn 2024 aikana Loviisaan ja osaan Sipoon alakouluista. Mallissa koululaisten suun terveyden tarkastukset tehdään hammashoitolan sijaan suoraan kouluilla. Hyvinvointialueelta oli kertynyt pitkältä ajalta kokemusta pop up –mallilla toteutettavista tarkastuksista Porvoosta. Hankkeessa tavoitteena oli jatkokehittää ja laajentaa hyväksi koettu käytäntö koko alueelle. Tarkastusmallin laajentamisella vahvistettiin palveluiden yhdenvertaisuutta, kasvatettiin tarkastusten peittävyyttä sekä parannettiin tarkastusten tuottavuutta. Myös hammashoitoloiden tilojen käyttö tehostui, kun tarkastukset toteutetaan suoraan kouluilla. Mallia laajennettiin edelleen syksyn 2025 aikana Askolaan, Myrskylään, Pukkilaan ja jokaiseen Sipoon alakouluun.

Todenteet:

[Suun terveydenhuollon toimintamallien kehittäminen Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

LIITE 18: STH PopUp

Yhteistyö-tiimi

Yhteistyö -tiimimalli jää käyttöön hyvinvointialueelle. Hankkeen aikana käyttöön otettu Yhteistyö-tiimi on moniammatillinen toimintamalli, joka tuo systemaattisen rakenteen eri yksiköiden yhteistyöhön asiakkaan palvelutarpeiden ympärille. Aikaisemmin käytössä on ollut konsultatiivinen tiimi, josta haluttiin siirtyä työskentelevään malliin. Esimerkiksi osastoilla tehty moniammatillinen yhteistyö vähentää sakkomaksuja ja lyhentää osastokäyntien pituutta, kun palvelutarpeenarvioinnissa on huomioitu kotiuttamiseen tarvittavat toimet hyvissä ajoin. Asiakkaan ei myöskään tarvitse olla useampaan toimijaan yhteydessä erikseen, kun hänen tilanteensa voidaan tarkastella kokonaisvaltaisesti samalla kertaa. Tiimin säännöllisen tapaamisajan avulla mahdollistetaan säännöllinen ja tarpeenmukainen yhteinen työskentely, johon osallistuvat vain asiakkaan tilanteessa mukanaolevat työntekijät. Tiimi muodostuu aina asiakkaan tarpeen mukaan, mikä mahdollistaa joustavan ja asiakaslähtöisen työskentelyn. Toimintamalli tehostaa palveluita nopeuttamalla palvelutarpeen arviointia ja vähentämällä päällekkäisyyksiä. Yhteistyö parantaa palveluiden kohdentumista ja oikea-aikaisuutta, mikä vähentää resurssien hukkaa ja lisää vaikuttavuutta. Malli parantaa myös saavutettavuutta erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden kohdalla ja tukee yhdenvertaisuutta ohjaamalla asiakkaat tarkoituksenmukaisiin palveluihin, mukaan lukien muiden toimijoiden tarjoamat tai hyvinvointia tukevat palvelut.

Asiakas osallistuu aktiivisesti työskentelyyn ja hänen näkemyksensä ohjaavat palvelupolkua. Omatyöntekijäisyys määrittyy asiakkaan edunmukaisesti ja vastuutyöntekijät huolehtivat toimenpiteiden etenemisestä. Malli kohdistuu pääosin läsnä tapaamisiin, mutta asiakkaan tilanteen mukaan myös etäpalvelut ja digitaaliset ratkaisut voivat olla osa palvelupolkua. Asiakas- ja palveluohjaus on keskeinen osa mallia ja asiakasta voidaan ohjata myös kolmannen sektorin palveluiden piiriin. Kolmannen sektorin toimijat voidaan kutsua yhteiseen tapaamiseen tai asiakkaan kanssa olla yhteydessä eri toimijoihin. Vastuu muiden palveluiden suosittelemisesta on Yhteistyö-tiimin vastuutyöntekijöillä. Toimintamalli ei sisällä digitaalisia ratkaisuja, mutta asiakasta voidaan ohjata hyödyntämään erilaisia digitaalisia palveluita. Tiimimallin koordinointiin on nimetty vastuuhenkilö ja seurantalaverit on sovittu vuodelle 2026. Toimintaan jää myös seurantalomake,

jonka kautta seurataan tiimimallin käyttöä, asiakkaiden perustietoja sekä osallistuvia yksiköitä, jotta saadaan tarkempi kuva tiimin käytöstä.

Todenteet:

[Monipalveluasiakkaiden palvelutarpeenarviointi sote-palveluiden yhteisessä tiimissä, Itä-Uudenmaan hva \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

LIITE 8: Yhteistyö-tiimi

Matalan kynnyksen sosiaaliohjaus

Matalan kynnyksen sosiaaliohjaajan paikka vakinaistettiin hyvinvointialueelle 1.1.2025 alkaen ja toimintamalli jää käyttöön. Matalan kynnyksen sosiaaliohjauksen toimintamallissa uutta aiempaan nähden on sosiaaliohjaajan fyysinen läsnäolo terveysasemalla ja osastoilla, avoin vastaanotto ilman ajanvarausta ja osastotyöhön integroituminen. Palvelu on muuttunut nopeammaksi ja järjestelmällisemmäksi, mikä on vähentänyt resurssien tarvetta ja päällekkäistä työtä sekä lyhentänyt viiveitä ja hoitajaksoja. Saavutettavuus on parantunut erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden kohdalla, sillä yhden luukun periaate ja nopea reagointi asiakkaan tarpeisiin ovat helpottaneet palveluihin pääsyä. Asiakaslähtöisyys toteutuu ohjauksen ja neuvonnan kautta asiakkaan tarpeiden mukaan ja sosiaaliohjaaja tarjoaa tukea esimerkiksi hakemusten tekemiseen sekä palveluihin ohjautumiseen. Palvelu perustuu pääosin läsnä tapaamisiin, mutta siihen sisältyy myös puhelinpalvelua ja konsultaatioita. Matalan kynnyksen sosiaaliohjaajan paikka vakinaistettiin hyvinvointialueelle 1.1.2025 alkaen.

Todenteet:

[Matalan kynnyksen sosiaaliohjaus, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

Monialainen työ- ja toimintakyvyn arviointi

Toimintamallin mukainen toiminta jatkuu ja on jatkossa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteinen prosessi. Monialaisen työ- ja toimintakyvyn arvioinnin toimintamallissa uutta aiempaan nähden on alueellisen työ- ja toimintakyvyttiimin perustaminen, sähköisen lähetteen käyttöönotto sekä etävastaanottojen tarjoaminen HyVä-digissä. Näiden ratkaisujen ansiosta palvelu on järjestelmällisempää ja nopeampaa ja päällekkäinen työ on vähentynyt. Saavutettavuus on parantunut erityisesti työttömien asiakkaiden kohdalla, sillä työttömien terveystarkastusten osuus on kasvanut ja palvelut tavoittavat aiempaa paremmin haavoittuvat ryhmät. Asiakaslähtöisyys toteutuu siten, että arviointi perustuu asiakkaan tarpeisiin ja asiakas osallistuu suunnitelman laatimiseen. Prosessi huomioi asiakkaan digitaidot ja tarjoaa vaihtoehtoja asiointiin, kuten terveystarkastukset terveysasemalla tai etävastaanotolla. Palvelu sisältää sekä läsnä tapaamisia että etävastaanottoja, asiakas- ja palveluohjausta sekä digitaalisia ratkaisuja, kuten sähköisen ilmoittautumisen ja Omaolon hyvinvointi- ja terveystarkastukset.

Todenteet:

[Monialainen työ- ja toimintakyvyn arviointi, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

LIITE 9: Työ- ja toimintakyvyn selvittäminen

Nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluyksikkö Zemppi

Yksikkö on siirretty vakituisesti osaksi organisaation palveluvalikkoa lasten, nuorten ja perheiden palvelualueeseen ja toiminta jatkuu hankkeen jälkeen. Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella ei ole ollut ennen Nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluyksikkö Zemppiä hoitoyksikköä keskivaikeasti oireileville 13-12-vuotiaille. Toimintamalli edistää tehokasta palvelua siten, että nuori saa oikea-

aikaisesti apua ja tukea keskivaikeisiin mielenterveys- ja päihdehaasteisiin Zempistä. Palvelu vapauttaa resurssia erikoissairaanhoidossa ja perustasolla osataan paremmin vastata nuoren tarpeisiin, jotta nuori saa oikeantasoista ja oikea-aikaista apua omalta hyvinvointialueeltaan. Yksikön avulla on parannettu hoitoon pääsyä. Palvelunsaatavuutta on parannettu siten, että nuori (13-21-vuotias) saa apua omalta hyvinvointialueeltaan, kun matalammat palvelut alueella eivät tarjoa riittävästi apua. Nuori voi itse olla yhteydessä yksikköön hoidontarpeenarviointia varten ja Zempissä ohjataan nuori sopivan palvelun pariin nuoren tarpeiden mukaan tai aloitetaan hoito Zempissä, mikäli keskivaikea mielenterveys- ja/tai päihdeoireilu kriteeristö täyttyy. Kaikki asiakkaat saavat Zempissä yhdenvertaista ja tasa-arvoista hoitoa ja tämä kuuluu yksikön periaatteisiin.

Asiakaslähtöisyys on huomioitu kehittämisessä siten, että nuori tai hänen huoltajansa voivat olla arkipäivisin yhteydessä Zempiiin puhelinaikana. Nuori tai huoltaja löytävät myös tietoa palvelusta alueen nettisivujen kautta. Asiakkaan soittaessa palveluun tehdään hoidontarpeen arviointi ja ohjeistetaan asiakasta siten, että asiakas on tietoinen miten hänen asiansa etenee, varataan tarvittavat ajat yksikköön tai opastetaan mihin palveluun asiakas voi olla yhteydessä. Nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluyksikkö Zemppi suoritti asiakaspalautekyselyn ajalla 2.9-31.12.2024 saaden 49 kpl vastauksia. Palautteenkeruun tarkoituksena oli selvittää, onko palvelu saavuttanut asetetut tavoitteet vähentää inhimillistä kärsimystä, tuoden oikea-aikaisesti tukea ja apua nuorille ja heidän huoltajilleen. Vastaajista 56 % oli täysin samaa mieltä siitä, että toimitilat olivat viihtyisät ja 35 % olivat osittain samaa mieltä. 61 % koki olevansa täysin samaa mieltä siitä, että ajan saaminen nähtiin helpoksi ja 33 % oli osittain samaa mieltä. Vastaajista 86 % oli täysin samaa mieltä siitä, että heitä kuunneltiin. Kysyttäessä "tämän vastaanottokäynnin jälkeen kykenen tulemaan toimeen tilanteeni kanssa", 57 % vastasi että tulee paremmin toimeen tilanteensa kanssa ja 8 % että tulee paljon paremmin toimeen tilanteensa kanssa. 31 % vastasi tulevaisuutta toimeen tilanteensa kanssa entiseen tapaan ja 4 % ei osannut sanoa.

Toimintamalli kohdistuu läsnätapaamisiin sekä kivijalkapalveluihin. Toimipisteitä löytyy ympäri Itä-Uudenmaan hyvinvointialuetta, jolla turvataan, että kaikki palvelua tarvitsevat saavat palvelun läheltä. Toimipisteet löytyvät Porvoosta, Sipoosta, Loviisasta ja Askolasta. Myös etätapaamiselle on mahdollisuus päästä tarvittaessa. Etänä pidettävä vastaanotto sovitaan aina tapauskohtaisesti asiakkaan kanssa, nuoren tarpeiden, sopivuuden ja voimavarojen mukaan. Toimintamalli sisältää asiakas- ja palveluohjausta sillä kaikille nuorille, jotka ottavat yhteyttä Zempiiin tehdään hoidontarpeen arvio ja sen perusteella ohjataan oikean palvelun pariin. Ammatilliset lähettävät nuoren Zempiiin jos esimerkiksi aikaisemmat palvelut ovat olleet riittämättömät ja tarvitaan tehostusta hoitoon. Tällöin ammattilainen lähettää sähköisen yhteydenottolomakkeen Zempiiin, missä tehdään hoidon tarpeenarvio nuoren tilanteesta. Asiakasohjautumiselle Zempiiin on kehitetty Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen ammattilaisille sähköinen yhteydenottolomake sekä sähköinen konsultaatiolomake. Strukturoitu kyselypatteristo yhdenvertaistaa ja nopeuttaa hoidontarpeen arviointia ja ajan saamisesta Zempiiin. Sähköiset yhteydenottolomakkeet löytyvät helposti hyvinvointialueen verkkosivuilta [Nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluyksikkö Zemppi - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#) (vaatii vahvan tunnistautumisen). Yhteydenottolomakkeet käydään päivittäin läpi yksikössä psykiatrisen sairaanhoitajan johdolla, jotta hoidontarpeenarviointi toteutuisi saman päivän aikana. Hoitaja ohjaa asiakkaan sopivan palvelun pariin nuorten hoidonpöytäkirjan mukaisesti ja kaikki asiakastiedot kirjataan potilastietojärjestelmään.

Todenteet:

[Nuorisosaama, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

LIITE 10: Nuorisosaama

Porrastettu mielenterveyden ja psykososiaalisen tuen malli 0–21-vuotiaille

Toiminta malli on jäämässä käyttöön. Alueella toimii terapiakoordinaattori, jonka työtehtäviin myös kehitetty toimintamalli sekä lasten ja nuorten menetelmäosaamisen koordinaatio kuuluu jatkossa. Toimintamallia on kehitetty erityisesti näyttöön perustuvien lyhytinterventioiden sekä ammattilaisten osaamisen vahvistamisen avulla. Ammattilaisten koulutusten ja lyhytinterventioiden jalkauttaminen peruspalveluihin on keskeinen osa nuorten mielenterveyden hoidon vahvistamista hyvinvointialueella. Lyhytkestoisten hoitomuotojen saatavuus ilman diagnoosia mahdollistaa sen, että nuoret voivat saada apua nopeasti, ilman byrokratiaa tai pitkiä odotusaikoja. Toimintamallissa kohderyhmät ja porrastus on jaettu seuraavasti:

- Lapset (0–12 v.)
- Nuoret (13–21 v.)

Hyvinvointialueen ammattilaisia on koulutettu porrasteisen mallin mukaisesti varhaisesta psykososiaalisesta tuesta aina intensiivisempään hoitoon. Näin varmistetaan, että jokaisessa yksikössä on riittävä osaamista. Menetelmäohjaajien koulutus tukee laadun varmistusta ja osaamisen juurtumista käytäntöön sekä uusien koulutusryhmien aloittamista jatkossa. Koulutusmäärät osoittavat vahvaa sitoutumista nuorten lyhytinterventioiden jalkauttamiseen peruspalveluihin. Kaikkien menetelmien käyttöönottoa ja koulutuksia seurataan Power BI -järjestelmässä.

Hankkeen aikana koulutuksista valmistuneet menetelmäosaajat:

- Ohjattu omahoito (nuoret): valmistunut 67 henkilöä ja edelleen koulutuksessa hankkeen loppuessa 14 henkilöä
- Ohjattu omahoito (lapset & perheet): valmistunut 32 henkilöä ja edelleen koulutuksessa hankkeen loppuessa 20 henkilöä
- Cool Kids (nuorten ja lasten ahdistuksen hoito): valmistunut 14 henkilöä
- IPC (interpersoonallinen ohjaus): valmistunut 12 henkilöä ja edelleen koulutuksessa hankkeen loppuessa 7 henkilöä. Lisäksi 1 menetelmäohjaaja.
- KLT-n (nuorten kognitiivinen lyhytterapia): valmistunut 3 henkilöä ja edelleen koulutuksessa hankkeen loppuessa 9 henkilöä. Lisäksi 1 menetelmäohjaaja.
- Lasten KLT: edelleen koulutuksessa hankkeen loppuessa 4 henkilöä.
- ALI (ahdistuksen lyhytinterventio): edelleen koulutuksessa hankkeen loppuessa 13 henkilöä.
- Tunnekeskeinen perheinterventio: edelleen koulutuksessa hankkeen loppuessa 5 henkilöä. Lisäksi 1 menetelmäohjaaja.

Lasten ja nuorten interventiokoordinaatio siirretään 01.01.2026 osaksi alueen palveluita.

Todenteet:

<https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/lasten-porrasteinen-mielenterveyden-hoidon-ja-psykososiaalisen-tuen-malli-ita>

<https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/nuorten-porrasteinen-mielenterveyden-hoidon-ja-psykososiaalisen-tuen-malli-ita>

<https://itauusimaa.fi/2024/10/07/ita-uudenmaan-hyvinvointialue-pilotoi-nuorten-navia/#d8ad564a>

Kumppanuustalo Myötätuuli

Kumppanuustalo Myötätuuli on jäämässä toimintaan hankkeen jälkeen ja toimii hankkeen jälkeen perhe- ja sosiaalipalveluiden alaisuudessa, mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Aiempaan nähden uutta toimintamallissa on se, että toimintamalli yhdistää hyvinvointialueen, kuntien ja kolmannen sektorin toimijat yhteiseen tilaan, mikä mahdollistaa monialaisen yhteistyön ja palveluiden tarjoamisen ilman ajanvarausta tai lähetettä. Tämä yhteistoimintamalli on uusi lähestymistapa, joka pyrkii vastaamaan erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien asukkaiden tarpeisiin. Toimintamalli edistää tehokasta palvelua siten, että asukkaat voivat saada apua ilman ajanvarausta tai lähetettä, mikä nopeuttaa avun saamista. Monialainen yhteistyö eri toimijoiden välillä tukee asukasta kokonaisvaltaisemmin. Yhteistyö ja resurssien jakaminen eri toimijoiden kesken tehostavat palveluiden käyttöä, sekä vähentää hyvinvointialueen resurssitarvetta. Asukkaat ohjautuvat suoraan oikeanlaisen tuen piiriin, mikä vähentää väärin kohdentuneita palveluita.

Toimintamallin avulla on parannettu sosiaali- ja terveydenhuollon saavutettavuutta siten, että Kumppanuustalo tarjoaa matalan kynnyksen palveluita, jotka ovat helposti saavutettavissa ilman ajanvarausta tai lähetettä. Toiminta vähentää leimautumista tekemällä avun hakemisesta arkipäiväistä ja luonnollista osaa yhteisöllistä tilaa, jossa asioidaan monista eri syistä. Kaikki palvelut ovat samassa paikassa ja avoimia koko alueen asukkaille. Palvelut ovat maksuttomia ja nimettömiä, mikä poistaa taloudelliset ja sosiaaliset esteet palveluiden käytöltä. Tämä edistää yhdenvertaisuutta ja tasa-arvoa palveluiden saatavuudessa. Asiakslähtöisyys on huomioitu siten, että toiminta tarjoaa palveluita ilman ajanvarausta tai lähetettä, mikä mahdollistaa nopean ja joustavan avunsaamisen. Lisäksi monialainen yhteistyö mahdollistaa kokonaisvaltaisen tuen asukkaan tarpeisiin. Toiminta lisää osallisuutta, sillä asukkaalla on mahdollisuus osallistua toiminnan kehittämiseen. Asiakaspalautetta kerätään säännöllisesti.

Kumppanuustalo Myötätuuli tarjoaa fyysisen tilan, jossa asukkaat voivat saada tukea ja osallistua erilaisiin toimintoihin. Osa toiminnoista tapahtuu paikan päällä, mutta toimintoihin voi osallistua myös etäyhteyksin (puhelin, etävastaanotto, chat), mikä laajentaa palveluiden saavutettavuutta. Kumppanuustalon toimintaa jalkautetaan koko hyvinvointialueen alueelle toimijoiden avulla. Lisäksi palvelun kautta on mahdollista ohjautua myös valtakunnallisiin palveluihin. Kumppanuustalo Myötätuulen toimijat tarjoavat asiakasohjausta ja neuvontaa, mikä auttaa asukkaita löytämään oikeat palvelut ja tuen muodot heidän tarpeidensa mukaan. Kumppanuustalon koordinaattori tarjoaa palveluohjausta alueen asukkaille ja ammattilaisille arkisin. Kumppanuustalo Myötätuulen koordinaattori on osa HyVä-digi tiimiä tarjoten chat palveluita sekä etävastaanottomahdollisuuksia asukkaille. Kumppanuustalon toiminnasta tiedotetaan somekanavissa (Instagram ja Facebook) sekä hyvinvointialueen omilla kotisivuilla ja tapahtumakalenterissa. Myös eri toimijat ja yhteistyökumppanit tarjoavat palveluita digitaalisilla alustoilla.

Todenteet:

[Kumppanuustalo Myötätuuli, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

LIITE 11: Kumppanuustalo

[Kumppanuustalo - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#)

Ikääntyneiden psykososiaalinen tuki

Toimintamalli on jäämässä käyttöön. Neljän tuulen koulutukset ikääntyneiden palveluiden ammattilaisten perehdytyksessä siirtyvät hankkeen jälkeen osaksi hyvinvointialueen ennaltaehkäisevää HYTE-työtä. A-klinikkasäätiön hyvinvointialueella vuonna 2022 ja 2024 toteutettujen kyselyjen mukaan ammattilaiset tarvitsevat mini-intervention ja puheeksioton osaamisen vahvistusta sekä tietoa eri toimijoista ja heidän palveluistaan. Psykososiaalinen tuki jää

usein vähemmälle huomiolle suhteessa fyysisiin tarpeisiin. Kehittämistyön avulla on vahvistettu psykososiaalisen tuen merkityksen tunnistamista ja arkityön keinoja ammattilaisille. Osaamista vahvistamalla mahdollistetaan varhainen tuki ja sujuvampi palveluohjaus. Ikääntynyt saa nopeasti apua siinä palvelussa, jota hän tapaa käyttää, jotta pulmat eivät vakavoidu. Näin pyritään vaikuttamaan myös palveluaukkoihin ja häiriökysyntään. Ikääntyneiden psykososiaalisen tuen kokonaisuuden periaatteena on pyrkiä tavoittamaan ikääntyneet ajoissa, erityisesti sellaiset henkilöt, jotka eivät ilman apua löydä itselleen sopivaa tukea. Toimintamallin perusajatuksiin kuuluu yksilöllisten ratkaisujen etsiminen yhdessä ikääntyneen kanssa. Toimintamallia voi toteuttaa sekä läsnä- että etäkontakteissa. Toimintamalliin kuuluvat koulutukset ovat verkossa suoritettavia. Myös omahoito-ohjelmat ovat verkossa tapahtuvia.

Todenteet:

[Ikääntyneiden psykososiaalinen tuki, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

Ikääntymisen ennakointi ja varautuminen -yleisötilaisuudet

Toiminta on jäämässä käyttöön ja siirtyy hankkeen jälkeen osaksi hyvinvointialueen HYTE- ja ikääntyneiden palveluita. Ikääntymisen ennakointi ja varautuminen -yleisötilaisuuksien avulla on pyritty vastaamaan mm. siihen tarpeeseen, että ikääntyneiden palveluja pyydetään usein esittelemään palveluja eri tahoille, mutta resursseja tähän ei ole. Hankkeessa toteutetun kyselyn perusteella havaittiin, että hyvinvointialueen asukkaat eivät tiedä mihin olla yhteydessä, jos on tarve hakea apua tai tietoa ikääntymiseen liittyviin asioihin. Yleisötilaisuuksien avulla pyritään tarjoamaan matalan kynnyksen tietoa olemassa olevista mahdollisuuksista ja tavoittamaan ajoissa ikääntyneitä ja heidän omaisiaan, jotta pulmat eivät lähde vakavoitumaan. Tilaisuudet ovat myös tapa tehdä etsivää vanhustyötä. Tilaisuuksien avulla pyritään vahvistamaan ja havahduttamaan ihmisten omaa vastuunottoa hyvinvoinnistaan. Näin vaikutetaan sekä yksilön hyvän elämän turvaamiseen että hyvinvointialueen palvelujen riittävyyteen. Toimintatavalla pyritään edistämään palvelujen oikea-aikaisuutta.

Todenteet:

[Ikääntymisen ennakointi ja ikääntymiseen varautuminen yleisötilaisuudet, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

65-vuotiaiden hyvinvointitarkastukset

Toimintamalli jää käyttöön ja hankkeen jälkeen toiminnan koordinaatio siirtyy terveyden edistämisen koordinaattorille. Hankkeen aikana otettiin käyttöön ja pilotoitiin Yli 65-vuotiaiden hyvinvointitarkastukset -toimintamalli. Tarkastus on julkaistu hyvinvointialueen verkkosivuilla ja paperiversiona alueen kirjastoissa, joten asukas voi tehdä tarkastuksen itsenäisesti digitaalisesti tai paperilla. Mallin tavoitteena on vahvistaa ikääntyneiden omaa toimijuutta ja ennakointia tarjoamalla helposti saavutettava väline hyvinvoinnin arviointiin. Toimintamalli tehostaa palvelua, sillä tarkastus perustuu valmiisiin kyselyihin ja asukas täyttää sen itsenäisesti. Näin ammattilaiskontakteja tarvitaan vain, jos huoli herää, jolloin yhteydenotot kohdentuvat tarkoituksenmukaisesti. Asukas tekee tarkastuksen omaehtoisesti ja saa selkeän ohjeistuksen siitä, että tarkastus on omaan käyttöön, vastauksia ei palauteta eikä niitä tallenneta. Saatekirjeessä on ymmärrettävät ohjeet ja yhteystiedot, joiden avulla asukas tietää, mihin olla yhteydessä, jos tulokset tai oma vointi aiheuttavat huolta.

Malli toimii sekä kivijalka- että etäpalveluna: paperimateriaalit ovat saatavilla kirjastoissa ja palautelaatikoiden kautta asukkaita tavoitetaan arkiympäristöissä. Lisäksi verkkosivujen kautta tarkastus on tehtävissä ajasta ja paikasta riippumatta. Toimintamalli sisältää osittain asiakas- ja

palveluohjausta: automaattista jatko-ohjausta ei ole, mutta saatekirjeessä annetaan selkeät ohjeet ja yhteystiedot tarvittaessa yhteydenottoa varten (esim. ikääntyneiden asiakasohjaus). Digitaalisena ratkaisuna verkkosivulla on saatavilla kyselylomakkeet, joita ei palauteta eikä vastauksia tallenneta, mikä madaltaa kynnystä osallistua ja selkeyttää tietosuojatodotuksia.

Todenteet:

[Yli 65-vuotiaiden hyvinvointitarkastukset, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)
[Hyvinvointitarkastus yli 65-vuotiaille - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#)

Etsivän vanhustyön verkosto

Toiminta jää käyttöön ja siirtyy hankkeen jälkeen osaksi ikääntyneiden asiakasohjausta. Turvallisen ikääntymisen tukeminen edellyttää tiivistä yhteistyötä hyvinvointialueen, kuntien ja kolmannen sektorin välillä. Hankkeen myötä hyvinvointialueella toimivat ikääntyneitä kohtaavat kuntien, kolmannen sektorin ja hyvinvointialueen toimijat ovat tulleet tutummaksi toisilleen, kun aiemmin tieto olemassa olevista mahdollisuuksista ja palveluista oli vähäistä. Sanallisen palautteen perusteella yhteistyö on vahvistunut hankkeen aikana. Palautteessa on kuvattu saatua hyötyä esimerkiksi seuraavasti: ”ymmärrys eri työrooleista kasvoi”, ”hienoa huomata, kuinka moni meitä on työssä auttamassa” ja ”sain uusia kontakteja ja kasvoja nimille”. Kun ikääntyneitä kohtaavat toimijat tunnistavat sekä yleisiä että alueellisia ikääntymisen ilmiöitä ja tuntevat olemassa olevat palvelut ja tukimuodot, mahdollistuu varhainen puuttuminen, sujuvampi asiakas- ja palveluohjaus ja ennaltaehkäisevä työ vahvistuu. Etsivän vanhustyön verkostossa tunnistetaan apua ja tukea tarvitsevia ikääntyneitä ja tarvittaessa ohjataan heidät sopivan tuen äärelle. Etsivä vanhustyö on asenne ja poikkileikkaava työtapa niin etä- kuin läsnäkohtaamisissa. Hankkeessa on vahvistettu verkostoyhteistyötä myös kehittämällä kotiin menevää etsivää vanhustyötä yhteistyössä Suvanto ry:n kanssa. Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella ei ole aiemmin ollut kumppanuutta kotiin menevän, etsivän työn toimijan kanssa. Yhteistyö kohdistui haavoittuvassa asemassa oleviin ikääntyneisiin, joilla ei ole tarve käynnistää säännöllistä palvelua, mutta jotka kuitenkin tarvitsevat tukea. Tapaamisia on ollut mahdollista toteuttaa myös puhelimitse ikääntyneen niin halutessaan.

Todenteet:

[Etsivän vanhustyön verkoston käynnistäminen, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

Lähisuhdeväkivallan vastaisen työn ammatillisen osaamisen vahvistaminen ja lähisuhdeväkivallan avainhenkilömalli

Toimintamalli jää käyttöön ja hankkeen jälkeen toimintamallin koordinaatio säilyy osana hyvinvointialueen ehkäisevän päihdetyönkoordinaattorin työtehtäviä. Ammattilaisten osaamisen vahvistaminen ja lähisuhdeväkivallan avainhenkilömalli vahvistavat ammattilaisten osaamista lähisuhdeväkivaltailmiöstä sekä tukevat ammattilaisia tunnistamaan, ottamaan puheeksi ja puuttumaan lähisuhdeväkivaltaan osana normaalia työtä. Aiemmin osaamisen vahvistamisen perustana on ollut yksittäisten ammattilaisten kiinnostus aiheeseen. Kolmiportainen avainhenkilömalli on tuonut jatkuvuutta ja rakenteita osaamisen vahvistamiselle kyseisen ilmiön osalta sekä mahdollistanut yksiköiden prosessien kehittämisen lähisuhdeväkivallan ehkäisemiseksi. Osaamisen vahvistamisessa on huomioitu työntekijöiden vaihtuvuus ja osassa yksiköitä puheeksioton koulutus on osana perehdytystä. Säännöllisen viestinnän keinoin on myös vahvistettu ammattilaisten tietoisuutta lähisuhdeväkivaltailmiöstä.

Osaamisen vahvistaminen lähisuhdeväkivaltailmiöstä vahvistaa varhaisen tuen toteutumista, palvelutehokkuutta ja osaamisen jatkuvuutta yksiköissä sekä tukee yksiköitä omien prosessien

kehittämisessä. Systemaattinen puheeksioton ja väkivaltaan puuttumisen myötä asiakas saa tukea tilanteeseensa varhaisemmassa vaiheessa sekä ohjautuu oikeanlaisiin ja tarvittaviin palveluihin. Lähisuhdeväkivalta aiheuttaa vuosittain merkittäviä kustannuksia sosiaali- ja terveystaloudessa. Tutkimuksen valossa tiedetään kuitenkin, että kustannukset lähtevät laskuun heti lähisuhdeväkivallan tunnistamisen jälkeen. (Lähde: Lähisuhdeväkivallasta aiheutuva palveluiden käyttö ja kustannukset: Terveys-, sosiaali- ja oikeuspalveluissa, 2022). Täten voidaan todeta, että lähisuhdeväkivallan puheeksiotolla ja varhaisella tunnistamisella on kustannusvaikuttavuutta pitkässä ajanjaksossa.

Lähisuhdeväkivallan kokijat, tekijät ja lähisuhdeväkivallalle altistuneet ovat asiakasryhmä, joka harvoin hakee apua tilanteeseensa itsenäisesti. Voimakas häpeä estää usein avun hakemista. Toisaalta koettua lähisuhdeväkivaltaa ei myöskään aina osata itse tunnistaa. Systemaattisen puheeksioton ja varhaisen tunnistamisen keinoin voidaan vahvistaa asukkaiden tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta. Avainhenkilökoulutuksessa on hyödynnetty myös kokemusasiantuntijuutta vahvistamaan asiakaslähtöisyyttä ja ammattilaisten valmiuksia kohdata lähisuhdeväkivallan uhreja sekä kuulla lähisuhdeväkivaltakokemuksista. Toimintamalli toimeenpanee myös hyvinvointialueen tasa-arvo ja yhdenvertaisuussuunnitelmaa (2025-2026), jossa kehittämiskohteena on lähi- ja parisuhdeväkivallan tunnistamisen parantaminen ja palveluihin hakeutumisen edistäminen.

Osaamisen vahvistamisen kehittämiskokonaisuudessa huomioidaan erilaiset palvelut hyvinvointialueen tasoisesti sekä valtakunnallisesti. Ammattilaisten osaamista on vahvistettu hankeajankautana myös hyvinvointialueen sähköisessä sosiaali- ja terveystaloudessa HyVä-digissä.

Todenteet:

[Ammattilaisten osaamisen vahvistaminen ja lähisuhdeväkivallan avainhenkilömalli, Itä-Uudenmaan HVA\(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen ja uhrin auttamisen prosessi

Toimintamalli jää käyttöön ja hankkeen jälkeen toimintamallin koordinaatio säilyy osana hyvinvointialueen ehkäisevän päihdetyönkoordinaattorin työtehtäviä. Toimivat palveluketjut ovat merkittäviä lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen näkökulmasta. Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen ja uhrin auttamisen prosessikuvaus mahdollistaa systemaattisen puheeksioton toteutumisen, tarjoaa työvälineitä ammattilaiselle lähisuhdeväkivaltaan puuttumiseksi ja kuvaa alueen palveluita kattavasti. Aiemmin vastaavanlaista kuvausta ei hyvinvointialueella ole ollut. Kuvaus on luotu yhteistyössä alueen eri toimijoiden kanssa ja sen tavoitteena on palvella mahdollisimman laajaa ammattilaisjoukkoa. Lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen ja uhrin auttamisen prosessikuvauksella varmistetaan osaltaan myös puheeksioton, väkivaltaan puuttumisen ja varhaisen tuen toteutumista tarjoten toimintamalli ammattilaisten työn tueksi sekä varmistetaan yhdenmukainen, tehokas ja järjestelmällinen puuttuminen lähisuhdeväkivaltaan osana hyvinvointialueen palveluita.

Ammattilaisten osaamisen vahvistamisen, lähisuhdeväkivallan avainhenkilömallin sekä lähisuhdeväkivaltaan puuttumisen ja uhrin auttamisen prosessikuvauksen toimintamallien lähtökohtana on asiakaslähtöisyys. Ammattilainen kohtaa asiakkaan kokonaisvaltaisesti, kunnioittavasti ja asiakasta kuunnellen. Asiakkaalle tarjotaan tietoa ja tukea tilanteen vaatimalla tavalla ja asiakasta kannustetaan omaan aktiiviseen toimijuuteen. Edellä mainitut toimintamallit kattavat asiakas- ja palveluohjauksen huomioiden alueen lähisuhdeväkivallan vastaiset palvelut kattavasti. Viestinnän keinoin on vahvistettu ammattilaisten tietoisuutta ilmiöön liittyvistä palveluista, jotta asiakas- ja palveluohjaus olisi sujuvaa. Hankkeen investoinnissa 2 kehitetyssä Mitä sinulle kuuluu -kortissa on huomioitu myös turvallisuus näkökulma ja lähisuhdeväkivallan tunnistaminen.

Uhrin auttamisen prosessikuvauksessa on huomioitu niin kivijalkapalvelut kuin etäpalvelut hyvinvointialueella ja valtakunnallisesti.

Todenteet:

[Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen ja uhrin auttaminen, Itä-Uudenmaan HVA \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

LIITE 12: Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen ja uhrin auttaminen

HyVä-digi, digitaalinen sotekeskus

Toimintamalli jää käyttöön ja kuuluu jatkossa hyvinvointialueen terveysasemapalveluille. Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella digitaalisten palveluiden käyttö oli ennen hanketta hyvin vähäistä ja pirstaloitunutta. Hankkeen aikana digitaaliset palvelut on keskitetty yhteen yksikköön. Yksikössä toimii useita ammattiryhmiä, jolloin samalla asiointikerralla asukasta voidaan palvella moniammatillisesti ja kokonaisvaltaisesti yhdellä yhteydenotolla. Tämä toimintatapa on kustannustehokasta ja palvelee asiakasta. Asukas saa palvelua nopeasti, joka säästää aikaa sekä asiakkaalta, että ammattilaisilta kun useamman käynnin /yhteydenoton sijaan asiat hoituvat yhdellä kontaktilla. Toimintamallin myötä palvelujen saatavuus on parantunut huomattavasti erityisesti pienten kuntien asukkaiden kohdalla. Näiden asukkaiden perinteisiä palveluita on vähennetty ja keskitetty suuriin kuntiin, jolloin palveluihin pääsy aiheuttaa matkakustannuksia ja vie enemmän aikaa. Erityisen haasteellista tilanne saattaa olla ikääntyneiden kohdalla ja niillä, joilla liikkuminen on hankalaa. Julkinen liikenne on haja-asutusalueilla riittämätön. Digitaalinen sotekeskus on saatavilla kaikille asukkaille kotoa käsin ilman pitkiä jonotuksia. Liikuntarajoitteisille ja kuulorajoitteisille digitaalinen asiointi mahdollistaa itsenäisen asioinnin ja parantaa omaa osallisuutta hoidon suunnitteluun ja sen toteutukseen. Chat mahdollistaa yhteydenoton omalla äidinkielellä ja madaltaa yhteydenoton arkaluonteisissa asioissa, jotka voidaan kokea hankalaksi suullisesti tuoda esiin ammattilaiselle. Chatin aikana ammattilainen ja asiakas voi käyttää käännohjelmia, joka parantaa asian hoitamista ja vähentää väärinymmärryksen riskiä sekä vähentää tulkin tarvetta.

Asiakas on toimintamallissa aktiivinen toimija hoidon suunnittelusta lähtien. Chat palvelukanavassa on saatu palautetta, että kommunikaatio on ymmärrettävää ja ammattilaiset käyttävät ymmärrettävää kieltä. Tämä parantaa asiakkaan mahdollisuuksia vaikuttaa oman tilanteensa kartoittamiseen ja hoidon suunnitteluun. Chat-asiointi ei ole rajattu aikaan. Asiointi kestää tarvittavan ajan ja asiakkaiden kokemus on ollut, että ammattilaisella on aikaa kuunnella. Asiointin edellytys on, että asiakas itse ottaa yhteyttä, jolloin palvelu on lähtökohtaisesti asiakaslähtöinen. Toimintamalli kohdistuu etäpalveluihin. Palvelut toteutuvat chatin, etävastaanoton tai chatin aikana videopuhelun avulla. Toimintamalli sisältää asiakas- ja palveluohjausta kaikkien ammattiryhmien osalta. Toiminta on itsessään digitaalinen palvelu, joka sisältää digitaalisia ratkaisuja kuten chat, etävastaanotto, sähköiset lomakkeet (Omaolo), Terapia- sekä interventionavigaattori sekä Omapolun digihoitopolut.

Todenteet:

[HyVä-digi, digitaalinen sotekeskus, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4,I1,I4\) | Innokylä](#)

LIITE 19: HyVä-digi

Ikääntyneiden lyhytaikaishoidon koordinaatio

Toimintamallia ei saatu vakinaistettua hankkeen jälkeiseksi toiminnaksi. Lyhytaikaishoidon koordinaation kehittämisen aikana on luotiin kuitenkin täysin uusi toimenkuva ja toimintamalli, joka

keskittyä asiakkaiden sijoittamisen kokonaishallintaan ja hoidon jatkuvuuden turvaamiseen. Uudessa mallissa kriisi- ja lyhytaikashoidon asiakkaiden sijoittaminen tapahtuu keskitetysti yhden vastuuhenkilön, koordinoivan kotiutushoitajan kautta. Tämä mahdollistaa asiakkaiden sujuvamman ja nopeamman siirtymisen hoitopolun eri vaiheissa sekä parantaa hoidon laatua ja jatkuvuutta. Aiemmin asiakkaiden sijoittaminen tapahtui ikääntyneiden asiakasohjauksen kautta, jolloin prosessi oli hajautettu eikä sen kokonaisuutta hallinnut yksittäinen henkilö. Myöskään paikkatilanne ei ollut reaaliaikaisesti nähtävissä, mikä hidasti päätöksentekoa ja vei paljon työaika. Nyt reaaliaikaisen tiedon avulla vapaita lyhytaikais- ja intervallipaikkoja voidaan hyödyntää tehokkaasti ja terveyskeskussairaalaosastot voivat ohjata asiakkaita suoraan näihin yksiköihin. Uuden toimintamallin ansiosta pystytään parantamaan Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen omien lyhytaikais- ja intervalliyksiköiden täyttöastetta, vähentämään osastojen ruuhkia ja hyödyntämään olemassa olevia resursseja aiempaa paremmin. Täyttöasteet omissa yksiköissä ovat nousseet 3-14 % yksiköstä riippuen.

Lyhytaikashoidon koordinaatiomalli parantaa palveluprosessien sujuvuutta ja tehostaa resurssien käyttöä hyvinvointialueella. Koordinaattori seuraa hyvinvointialueen omiin ja ostopalveluyksiköihin sijoitettujen asiakkaiden toimintakykyä ja edistymistä yhteistyössä yksiköiden henkilöstön, omaisten sekä tarvittavien tukipalveluiden kanssa. Hoidon jatkosuunnittelu käynnistetään heti asiakkaan saapuessa yksikköön, mikä nopeuttaa jatkohoidon ja mahdollisen kotiutumisen järjestämistä. Koordinaattori kannustaa asiakkaita ja heidän hoitoonsa osallistuvia tahoja kotikokeiluun aina, kun asiakkaan vointi sen mahdollistaa. Tämä tukee asiakkaan kotiin palaamista, edistää toimintakyvyn palautumista ja vähentää tarpeettoman pitkiä laitosjaksoja. Toimintamallin käyttöönotto on mahdollistanut terveyskeskussairaalaosastojen paikkojen vapautumisen, kun potilaat, jotka eivät enää tarvitse sairaalatasoista hoitoa mutta hyötyvät lyhytaikaisesta kuntoutuksesta tai ympärivuorokautisesta valvonnasta, voidaan siirtää lyhytaikashoidon yksiköihin. Tämä on nopeuttanut palveluprosessia, vähentänyt osastojen ruuhkautumista ja lyhentänyt hoitajaksoja. Koordinaatiomalli on tehnyt toiminnasta aiempaa järjestelmällisempää ja parantanut kokonaisuuden hallintaa. Mallin avulla on saavutettu kustannus- ja tehokkuushyötyjä, kuten siirtoviivehoitopäivämaksujen määrän pienenemistä. Samalla Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen omien lyhytaikais- ja intervalliyksiköiden täyttöaste on parantunut, mikä on tehostanut olemassa olevien resurssien käyttöä sekä vähentänyt palveluketjujen tehottomuutta ja hukkaa.

Lyhytaikashoidon koordinaatiomallin käyttöönotto on parantanut sosiaali- ja terveydenhuollon saavutettavuutta sekä reagoitakykyä erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien ikääntyneiden asiakkaiden osalta. Toimintamalli perustuu tiiviiseen yhteistyöhön eri vastuualueiden välillä, kuten kotihoidon, ikääntyneiden asiakasohjauksen, terveyskeskussairaalaosastojen ja kuntoutuspalveluiden kesken. Yhteistyön tiivistyminen on mahdollistanut asiakkaiden hoidon tarpeen arvioinnin entistä nopeammin ja tarkemmin sekä nopeuttanut kotiutumisia ja jatkohoidon järjestämistä. Kriisiasiakkaiden sijoittamisessa on tunnistettu erityinen tarve tiiviille yhteistyölle kotihoidon ja ikääntyneiden asiakasohjauksen kanssa ja mallin avulla tämä yhteistyö on merkittävästi vahvistunut. Näin on pystytty turvaamaan ikääntyneiden oikea-aikainen pääsy hoitoon ja varmistamaan hoidon jatkuvuus myös akuutin kriisitilanteen jälkeen. Hankkeen aikana kehitetyt yhteistyörakenteet eri vastuualueiden välillä jatkuvat myös hankkeen päätyttyä.

Hankkeen aikana toteutettiin Forms-kysely koordinaatiomallin koetusta hyödystä sekä mallin kehittämis-yhteistyöstä. Kysely kohdistettiin kotihoitoon, ikääntyneiden asiakasohjaukseen, terveysasemasairaala osastoille sekä ikääntyneiden asumispalveluihin yksiköihin, joissa on oltu mukana toiminnan kehittämisessä. Kyselyä oli mahdollista jakaa myös eteenpäin omaan

yksikköön. Vastaajista 82 % koki koordinaatiomallin todella hyödylliseksi omassa työssään. 68 % koki koordinaattorin työn sujuvoittavan todella paljon asiakkaan siirtymistä yksiköiden välillä ja 23 % koki, että on sujuvoittanut melko paljon. 64 % koki, että hankkeen aikana yhteistyö eri palveluiden välillä on lisääntynyt todella paljon ja 23 % koki, että melko paljon. Kehittämistyön koki hyödylliseksi 82 % vastanneista ja kokonaisarvosana palvelun kehittämiseksi oli 4.64/5. Sanallisessa palautteessa nousi esiin, että lyhytaikaishoidon yksiköt ovat olleet melko täynnä, mutta myös kiitosta on tullut yhteistyöstä sekä siitä, että asiakkaat pyritään sijoittamaan oman kunnan alueelle, joka helpottaa yhteistyötä omaisten ja tukipalveluiden järjestämisen kanssa.

Lyhytaikaishoidon koordinaatiomallin keskeisenä periaatteena on asiakkaan tarpeista lähtevä toiminta ja asiakaslähtöisyyden vahvistaminen. Toimintamalli varmistaa, että asiakas saa oikea-aikaista, tarpeenmukaista ja yksilöllisesti suunniteltua hoitoa. Koordinaattorin roolin avulla asiakkaan palvelupolku on paremmin hallittavissa ja hänen tilanteensa arvioidaan kokonaisvaltaisesti yhdessä eri toimijoiden kanssa. Tämä mahdollistaa ennakoivien tukitoimien tunnistamisen ja toteuttamisen ennen tilanteiden kriisiytymistä. Toimintamalli tukee asiakkaan turvallista siirtymistä hoitopaikasta toiseen. Terveyskeskussairaalaosastojen ei tarvitse kotiuttaa asiakasta ennen aikaisesti, jos hän tarvitsee vielä valvontaa, kuntoutusta tai muuta tukea ennen kotiutumista. Näin varmistetaan hoidon jatkuvuus ja asiakkaan toimintakyvyn ylläpito sekä lisätään hänen kokemustaan turvallisesta ja yksilöllisestä palvelusta.

Lyhytaikaishoidon koordinoiva kotiutushoitaja toimii pääsääntöisesti lyhytaikaishoidon yksiköissä. Toimintamalli sisältää sekä läsnä tapaamisia että etäyhteyksin toteutettavaa koordinaointia. Koska koordinoiva kotiutushoitaja vastaa useista yksiköistä, hän ei ole fyysisesti läsnä jokaisessa yksikössä päivittäin. Hän on kuitenkin tavoitettavissa etäyhteyksien kautta ja ylläpitää tiivistä yhteydenpitoa yksiköiden henkilöstön kanssa. Toimintamallin keskeisiä työvälineitä ovat asiakas- ja potilastietojärjestelmät sekä niihin kirjattu ajantasainen tieto. Näiden avulla koordinaattori seuraa asiakkaiden tilannetta, tukee hoidon suunnittelua ja varmistaa tiedonkulun asiakkaan hoitoon osallistuvien toimijoiden välillä. Lisäksi toimintamallin onnistuminen perustuu toimivaan vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön lyhytaikaishoidon yksiköiden kanssa, mikä vahvistaa palvelun jatkuvuutta ja laadukkuutta.

Toimintamalli ei sisällä varsinaista asiakas- tai palveluohjausta. Lyhytaikaishoidon koordinoivan kotiutushoitajan tehtävänä on kuitenkin ylläpitää yhteyttä asiakkaan omaisiin ja tarvittaessa myös asiakkaaseen itseensä. Ammattilaisille toimintamallin avulla on pystytty selkeyttämään lyhytaikaishoidon asiakasprofilointia sekä parantamaan asiakkaiden hoidon oikea-aikaisuutta. Koordinoiva kotiutushoitaja keskustelee asiakkaan ja omaisten kanssa erityisesti kotiutumiseen liittyvistä mahdollisuuksista sekä kotona ilmenevistä haasteista. Näin varmistetaan, että asiakkaan tilanteeseen liittyvät tiedot ja näkemykset huomioidaan hoidon suunnittelussa ja jatkopalveluiden järjestämisessä, vaikka varsinainen asiakas- tai palveluohjaus ei kuulu toimintamallin ydintehtäviin. Toimintamallissa hyödynnetään useita digitaalisia ratkaisuja, jotka tukevat tiedonkulkua ja palveluprosessien sujuvuutta. Keskeisiä työvälineitä ovat asiakas- ja potilastietojärjestelmät sekä SBM-järjestelmä. SBM-järjestelmä sisältää kaikki lyhytaikais- ja intervallipaikat hyvinvointialueella. Yksiköiden vastuulla on pitää järjestelmän tiedot ajantasaisina, jotta lyhytaikaishoidon koordinoivalla kotiutushoitajalla on reaaliaikainen tieto paikkatilanteesta. Tämä mahdollistaa tehokkaan sijoitusten suunnittelun, vähentää viiveitä ja tukee hoidon oikea-aikaista järjestämistä.

Todenteet:

[Ikääntyneiden lyhytaikashoidon koordinaatiomalli, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, \(RRP, P4, I1\)
| Innokylä](#)

LIITE 33: Ikääntyneiden lyhytaikashoidon koordinoiva kotiutushoitaja

Omaolo

Omaolon käytöstä päädyttiin luopua hyvinvointialueella 30.10.25, sillä palvelu tuottaa korkeat kustannukset saavutettuihin hyötyihin ja käyttömääriin verrattuna. Ennen hyvinvointialueen perustamista omaishoitajien, perhehoitajien ja työttömien tarkastuksissa ei ollut käytössä yhtenäistä toimintatapaa tai yhtenäisiä sähköisiä yhteydenottolomakkeita. Osassa kunnissa oli käytössä joko paperinen tai sähköinen esitietolomake, jotka eivät antaneet tulkintaa asiakkaan vastauksista. Omaolon oirearviot olivat käytössä vain Sipoossa, Porvoossa ja Askolassa. Hyvinvointialueella ei ollut tarjota asiakkaille mitään sähköistä palvelua, jossa asiakas voisi itsenäisesti arvioida oikeuttaan palveluarvioita koskeviin etuihin tai palveluihin. Asiakkaiden täytyi osata tulkita itsenäisesti lakikohtia, jotka määrittävät kuka on oikeutettu kyseisiin palveluihin tai etuuksiin tai olla yhteydessä puhelimitse hyvinvointialueen sosiaalityön asiakasohjaukseen. Asiakkaan oli myös mahdollista suoraan täyttää palvelutarpeen arvion käynnistävä sosiaalihuollon hakemus.

Osana digitaalisten palveluiden käytön laajentamista otettiin hyvinvointialueella käyttöön hankkeen aikana Omaolon palveluarviot-, hyvinvointitarkastus- ja muu yhteydenotto -toiminto ja oirearvioiden käyttöä laajennettiin kaikkiin hyvinvointialueen kuntiin. Palveluarviot otettiin käyttöön, jotta asiakkaat voisivat arvioida sähköisesti ja itsenäisesti oikeuttaan omaishoidon tukeen, henkilökohtaiseen apuun tai liikkumisen tuen palveluihin. Palveluarviot toivat lisäksi mahdollisuuden saada yhteyden sosiaalipalvelujen ammattilaiseen ja toimi matalan kynnyksen palveluna. Tarvittaessa ammattilainen ohjasi oikean hakemuksen täyttämiseen tai saattoi asiakkaan oikeaan palveluun. Tarkoituksena oli vähentää turhien palvelutarpeen arvion käynnistävien hakemusten määrää, helpottaa asiakkaan tiedonsaantia, tehostaa palveluohjausta ja vähentää häiriökysyntää.

Hyvinvointitarkastukset otettiin hyvinvointialueella käyttöön omaishoitajien, perhehoitajien ja työttömien terveystarkastuksissa. Hyvinvointitarkastus on laaja esitietokysely, joka antaa asiakkaalle ja ammattilaiselle tulkinnan asiakkaan vastauksista, arvion asiakkaan riskistä sairastua elintapasairauksiin ja eliniänodotteen sekä terveystietoa asiakkaan vastausten mukaisesti. Hyvinvointitarkastuksella saatiin yhtenäistettyä esitietolomake ja samalla yhtenäistettiin asiakkaan tarkastuspolku. Kohderyhmän asiakkaille tiedotettiin oikeudesta osallistua terveystarkastukseen luomalla hyvinvointialueen verkkosivuille omaishoitajien, perhehoitajien ja työttömien terveystarkastuksista kertova verkkosivu ja sosiaalihuollon ammattilaiset välittivät asiakkaille tietoa hyvinvointitarkastuksista. Hyvinvointitarkastusten käyttöönoton yhteydessä yhtenäistetty terveystarkastuksen polku ja tehostettu tiedotus oikeudesta tarkastuksiin lisäsivät hyvinvointialueen kohderyhmän asiakkaiden tasa-arvoa ja palveluiden saavutettavuutta.

Oirearvioista rakennettiin integraatio hyvinvointialueen takaisinsoittojärjestelmään, jotta ammattilaiset saisivat nopeammin ja selkeämmin tiedon uusista saapuneista oirearvioista sekä niiden kiireellisyyssuokituksista. Digisotekeskus HyVä-digin käyttöönoton jälkeen ainoastaan kiireellisimpien oirearvioiden käsittely hoidettiin terveysasemilla ja muut siirrettiin HyVä-digin sairaanhoitajien käsiteltäväksi.

Asiakaslähtöisyys huomioitiin kehittämistyössä siten, että hyvinvointialueen verkkosivut ovat selkokielen ja myös verkkosivuilla ollut Omaolon palveluista kertova verkkosivu oli selkokielen. Palveluarviot olivat asiakkailta vapaasti käytettävissä ilman yhteyttä ammattilaiseen ja asiakas sai itse päättää palveluarvion jälkeen, ottaako yhteyttä ammattilaiseen joko lähettämällä myönteisen tuloksen ammattilaiselle, soittamalla sosiaalityön asiakasohjaukseen tai täyttämällä sähköisen yhteydenottopyynnön sosiaalihuoltoon. Asiakkaiden mahdollisuus sähköisten palveluiden käyttöön otettiin huomioon myös hyvinvointitarkastuksia suunnitellessa. Asiakkaalle tarjottiin mahdollisuus valita omais- tai perhehoitajan tai työttömän terveystarkastukseen ilmoittautuessaan haluaako hän täyttää hyvinvointitarkastuksen sähköisenä vai paperisena.

Palveluarviot käsiteltiin täysin etänä ja HyVä-digin sosiaaliohjaaja otti puhelimitse yhteyttä myönteisen tuloksen lähettäneisiin asiakkaisiin. Tarvittaessa asiakas voitiin ohjata myös kivijalkapalveluihin. Sosiaaliohjaaja arvioi myönteisen tuloksen saaneen asiakkaan tilannetta ja ohjasi oikeiden palveluiden hakemiseen tai saattoi asiakkaan tarvitsemaan palveluun. Kielteisen palveluarviotuloksen saaneille tarjottiin mahdollisuus ottaa yhteyttä puhelimitse sosiaalihuollon asiakasohjauksiin sekä mahdollisuus täyttää palvelutarpeen arvion käynnistävän sosiaalihuollon yhteydenottolomakkeen. Hyvinvointitarkastuksissa oli asiakkaan tilanteen mukaan mahdollista tehdä koko terveystarkastus etänä, mutta asiakkaalle tarjottiin mahdollisuus myös läsnätapaamiseen. Hyvinvointitarkastuksessa tarjottiin asiakkaalle linkkejä eri palveluntarjoajien sivuille.

Palveluarvioiden ajateltiin tehostavan toimintaa turhien palvelutarpeen arvion käynnistävien sosiaalihuollon hakemusten vähenemisen avulla, kun asiakas voisi palvelun hakemisen sijaan arvioida alustavasti oikeuttaan etuuteen tai palveluun ja saada ohjausta oikeaan palveluun. Kohderyhmä on kuitenkin pieni ja palveluarvioiden käyttömäärät jäivät vähäisiksi. Arviointitietoa ei ole saatavilla siitä, kuinka moni palveluarvion täyttäneistä on tehnyt sosiaalihuollon hakemuksen tai kuinka moni myönteisen arviotuloksen saaneista on lähettänyt yhteydenoton hyvinvointialueen ammattilaiselle palveluarvioiden kautta. Hyvinvointitarkastuksilla tavoiteltiin myös ammattilaisen työajansäästöä ja tehokkuutta, koska hyvinvointitarkastus tarjosi asiakkaille ja ammattilaisille tulkinnan asiakkaan vastauksista, terveystietoa sekä arvion asiakkaan sairastumisriskeistä ja eliniänodotteesta. Ammattilaiset ja asiakkaat kokivat kuitenkin hyvinvointitarkastusten käytön raskaana ja aikaa vievänä, jolloin niiden käyttömäärät jäivät vähäisiksi.

Todenteet:

[Omaolon palveluarvioiden käyttöönotto, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

[Omaishoitajien ja perhehoitajien hyvinvointitarkastus, Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella \(RRP, P4, I1, I4\) | Innokylä](#)

[Työttömän terveystarkastuksen toimintamalli, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#)

LIITE 34 Omaolon palveluarviot

2.3 Mitä erikseen määriteltyjä digitaalisia toimintamalleja olette ottaneet käyttöön ja jalkauttaneet (hankesuunnitelman kohta 1b)?

Hankesuunnitelman mukaisena tavoitteena oli Omaolon oirearvioiden, palveluarvioiden, määräaikaistarkastuksien, hyvinvointitarkastuksien ja -valmennuksien sekä muiden toiminnallisuuden käyttömahdollisuus alueen kaikille asukkaille. Tavoite on saavutettu hankkeen

aikana käyttöönoton osalta. Osana digitaalisten palveluiden käytön laajentamista otettiin hyvinvointialueella käyttöön hankkeen aikana Omaolon palveluarviot-, hyvinvointitarkastus- ja muu yhteydenotto -toiminto ja oirearvioiden käyttöä laajennettiin kaikkiin hyvinvointialueen kuntiin.

Tavoitteena oli myös Omaolon käytön lisääntyminen alueen kunnissa vähentäen terveysasemien puhelinruuhkaa ja vapauttaen hoitohenkilöstön aikaa fyysiseen asiakastyöhön. Tavoitteena Omaolon oirearvioiden käytön lisäämisessä oli nopeuttaa asiakkaiden palvelun saantia vuorokauden ajasta riippumatta, lyhentää terveysasemien puhelinpalvelun takaisinsoittoaikaa, vastata kaikkiin puhelinpalveluun jätettyihin soittopyyntöihin saman päivän aikana. Näitä tavoitteita ei ole saavutettu. Omaolon vaikutuksia on arvioitu seuraamalla Omaolon palveluiden määriä sekä hyvinvointialueen takaisinsoittojärjestelmään kirjautuneilla terveysasemien puhelumäärillä. Sekä puheluiden että Omaolon palveluiden käytön määrät ovat vaihdelleet, mutta puhelumäärissä ei ole ollut nähtävissä toivottua vähenemistä Omaolon palveluiden käyttöönoton ja käytön lisäämisen jälkeen. Omaolon käytöstä päädyttiin luopua hyvinvointialueella 30.10.25, sillä palvelu tuottaa korkeat kustannukset saavutettuihin hyötyihin ja käyttömääriin verrattuna.

Sähköisen perhekeskuksen osalta hankesuunnitelman mukaisena tavoitteena on ollut sähköisten palveluiden käytön lisääntyminen kansallisten tavoitteiden mukaisesti sekä asiakkaan digipalveluiden koonti yhdeksi, selkeäksi kokonaisuudeksi. Tavoitteet on saavutettu kokonaan.

Sähköinen perhekeskus on DigiFinlandin luoma palvelukokonaisuus, jota on kehitetty kansallisessa yhteistyössä eri hyvinvointialueiden kanssa. Itä-Uudenmaan hyvinvointialue on ollut mukana palvelukokonaisuuden kansallisessa kehittämisessä. Hyvinvointialueella on hankkeen aikana otettu käyttöön kaksi osiota Sähköisestä perhekeskuksesta: Omaperhe.fi 2.5.2024 ja Sähköinen perhekeskus ammattilaisille 27.3.2025. Omaperhe.fi on tarkoitettu perhettä perustaville, vanhemmille ja aiheesta kiinnostuneille. Sähköinen perhekeskus on tarkoitettu ammattilaisille ja ammattilaiset voivat lisätä sivuille tietoa ja tapahtumia. Omaperhe.fi-palveluun tehtiin ja otettiin käyttöön 2.5.2025 oma esittelysivu [Omaperhe - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#) hyvinvointialueen digitaalisten palveluiden esittelysivun yhteyteen [Sähköiset palvelut - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#). Näin vastattu hankesuunnitelman mukaiseen tavoitteeseen. Tavoitteen mukaista Sähköisen perhekeskuksen palvelun käytön lisääntymistä voidaan todentaa seuraavien tuloksien perusteella:

Sähköisen perhekeskuksen käyttömäärät DigiFinlandin raportoinnin mukaisesti:

- Evästeet hyväksyneiden käynnit: 1 364 kpl (ajalla 05/24-06/25) ja 3 588 kpl (ajalla 05/24-11/25).
- Sivukatselujen määrä: 10 331 kpl (ajalla 05/24-06/25) ja 19 125kpl (ajalla 05/24-11/25)
- Yksilöllisten sivukatselujen määrä: 4 507 kpl (ajalla 05/24-06/25) ja 8 618 kpl (ajalla 05/24-11/25)

Omaperhe.fi-käynnit somemainoskampanjan ajalta 06/25-11/25:

- rekisteröityneet käynnit: 37 676 kpl

Sivustolta tapahtuneet ohjaukset toisien palveluiden verkkosivuille (eniten käytetyt linkit):

- Mielenterveystalo 153 kpl
- Itä-Uudenmaan hyvinvointialue 148 kpl
- Mannerheimin lastensuojeluliitto 64 kpl

- Käypä hoito 43 kpl
- Terveyskylä 25 kpl

Sähköisen perhekeskuksen käytön vakiinnuttamiseksi tehtiin suunnitelma, järjestettiin työpajoja ja infotilaisuuksia ammattilaisille, työajanseurantaa ja mainontaa. Mukana vakiinnuttamistyössä on ollut hankkeesta projektisuunnittelija, alueen digipalveluista ICT-kehittämisasiantuntijat sekä hyvinvointialueen palveluista lasten-, nuorten- ja perheiden palveluiden vastuuhenkilöt. Lasten-, nuorten- ja perheiden palveluiden vastuuhenkilöt otettiin käyttöönoton projektitiimiin mukaan, jotta Omaperhe ja ammattilaisten palvelu saataisiin tehokkaammin vakiinnutettua palveluihin. Lasten-, nuorten- ja perheiden palveluista mukana olivat neuvolapalvelut, opiskeluhuolto, varhaisen tuen palvelut, lastensuojelu, lasten ja nuorten psykososiaaliset palvelut.

Omaperhe.fi-palvelun markkinoimiseksi tilattiin mainosmateriaaleina neuvolakortin kuoria, eri kokoisia julisteita ja pieniä flyereitä. Mainoksia ja tietoa Omaperhe.fi-palvelun käyttöönotosta jaettiin hyvinvointialueen lasten-, nuorten- ja perheiden palveluiden toimipisteisiin sekä alueen kouluihin, päiväkoteihin, esikouluihin ja kirjastoihin. Omaperhe.fi-palvelusta toteutettiin ajalla 06/25-11/25 myös somemainoskampanja, jolla saatiin tehokkaasti palvelua markkinoitua ja kampanjan aikana rekisteröitykin reilusti enemmän käyntejä Omaperhe-sivustolla, kuin aiemmin yli vuoden aikana.

Sekä Omaperhe.fi-palvelusta että Sähköinen perhekeskus ammattilaisille -palvelusta tiedotettiin Itä-Uudenmaan lapsi-, nuoriso- ja perhejärjestöt -verkoston kautta ja hyvinvointialueen ammattilaisille sähköpostilla ja infotilaisuuksissa. Ammattilaisille suunnattuun palveluun haki käyttöoikeutta vain 11 ammattilaista, joista kahdeksan oli hyvinvointialueen ammattilaisia. Ammattilaisille suunnatun palvelun käyttö jäi vähäiseksi, sillä hyödyt suhteessa työmäärään koettiin vähäisiksi. Ammattilaisten olisi mm. pitänyt tuottaa ja ylläpitää itse tietopankin sisältöä ja Omaperhe.fi-kalenteria ei ollut mahdollista integroida muihin kalentereihin, joten tapahtumien syöttäminen olisi tuottanut päällekkäistä työtä ammattilaisille.

Lasten-, nuorten- ja perheiden palveluille järjestettiin työajanseuranta ajalla 01/25-02/25, jossa selvitettiin, kuinka paljon työaika kului sellaiseen ohjaukseen ja neuvontaan, jossa asiakas olisi voinut saada tiedon Omaperhe.fi-palvelusta. Työajanseurannan tuloksien avulla pyrittiin selvittämään, missä määrin Omaperhe.fi-palvelua hyödyntämällä voisi tehostaa lapsiperhepalveluiden ammattilaisten työajankäyttöä. Vastauksia saatiin 51:ltä ammattilaiselta. Tulokset olivat vaihtelevia, mutta kahdessa viikossa kyselyyn vastanneiden ohjaukseen ja neuvontaan käytettyä työaika olisi voinut vähentää yhteensä melkein 70 tuntia. Tällöin 51 ammattilaisen työajansäästöksi voisi muodostua 140 tuntia kuukaudessa (2,7h/hlö/kk). Sähköinen perhekeskus siirtyi hankkeen aikana osaksi lasten-, nuorten- ja perheiden palveluita.

Todenteet:

LIITE 32: Sähköinen perhekeskus ammattilaisille

3 Investointi 3: Vahvistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta tukevaa tietopohjaa ja vaikuttavuusperusteista ohjausta

3.1 Kirjaamiskäytäntöjen kehittäminen

3.1.1 Miten kirjaamiskäytäntöjen kehittämisellä on pystytty korjaamaan hyvinvointialueella tai kansallisesti tunnistettuja, koronakriisin aikanakin havaittuja tietotarpeita?

Kehittämisen alussa Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella oli käytössä useita eri asiakastietojärjestelmiä ja toimintatavat sekä -prosessit olivat erilaiset eri kunnissa. Edellä mainitut tekijät aiheuttivat merkittäviä haasteita yhtenäisen tiedot tuottamiseen ja seurantaan. Yhdeksi hyvinvointialueen strategiseksi tavoitteeksi oli asetettu alueen toiminnan johtaminen tietoon pohjautuen. Kehittämistyön tavoitteena oli luoda rakenteet kirjaamisen johtamisesta ja säännönmukaisesta valvonnasta sekä yhtenäistää kirjaamis- ja tilastointikäytäntöjä hyvinvointialueella. Tavoitteena oli myös luoda koulutusrakenteet alueen ammattilaisten systemaattiseen osaamiseen ylläpitoon ja perehdyttämiseen. Kirjaamiskoulutuksissa ja kirjaamisohjeiden laatimisessa tuli huomioida asiakas- ja potilastietojärjestelmien kehitys alueella.

Hyvinvointialueella ei ennen hanketta ollut selkeää johtamisen rakennetta kirjaamiseen kehittämiseen, ohjauksen ja seurantaan. Vastuu uusien valtakunnallisten kirjaamisohjeiden jalkauttamisesta sekä kirjaamisen kehittämisestä oli esihenkilöillä, minkä vuoksi kirjaamisen johtamisen taso vaihteli merkittävästi eri palvelutehtävien ja yksiköiden välillä, riippuen siitä, minkä verran esihenkilöllä itsellään oli osaamista ja aikaa kirjaamisen kehittämiseksi. Hankkeen alussa kirjaamiskäytännöt Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella vaihtelivat merkittävästi, eikä yhtenäisiä ohjeistuksia ollut laadittu. Osa alueen ammattilaisista ylläpiti omaa kirjaamisosaamistaan osallistumalla aktiivisesti valtakunnallisiin kirjaamiseen liittyviin koulutuksiin ja infotilaisuuksiin, mutta alueelta puuttui osaamista tukevat ja ylläpitävät rakenteet sekä yhtenäinen kirjaamisen perehdytys. Yhtenäisiä alueellisia koulutusmateriaaleja ja kirjaamisohjeita ei ollut laadittu, vaan ammattilaiset olivat niiden kirjaamisohjeiden varassa, mitä oli luotu ennen hyvinvointialueelle siirtymistä. Kirjaamiseen liittyviä tilastoinnin tarpeita sekä mittareita ei ollut määritelty selkeästi ja yhdenmukaisesti koko hyvinvointialueelle. Alueelta puuttuivat yhtenäisen seurannan mahdollistavat raportointirakenteet. Lisäksi tiedolla johtamisen tiimin organisoituminen oli kesken eikä tiedolla johtamista osattu hyödyntää palvelualueella. Kirjaamisen valvontaan ei ollut olemassa selkeää rakennetta. Kirjaamisen tasoa ja sisältöä ei ollut mahdollista seurata tai arvioida. Kirjatun tiedon laatu oli ainoastaan ammattilaisten oman osaamisen varassa, eikä alueella ollut säännöllistä kirjatun tiedon laadun arviointia.

Sosiaalihuollon kirjaamisen kehittämisen tavoitteena Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella on kirjaamisen johtamisen ja kehittämisen rakenteiden luominen, tiedon laadun kehittäminen kansallisten ohjeiden pohjalta ja toimintatapojen yhdenmukaistaminen. Tavoiteltava muutos oli, että Itä-Uudenmaan tietopohja yhdenmukaistuu ja alueen tiedot palvelutuotannosta ovat luotettavia. Sosiaalihuollon kirjaamisen kehittämisessä tunnistettiin neljä teemaa: johtaminen, osaaminen, tilastointi ja valvonta.

Projekti aloitettiin kartoittamalla organisaation rakenne, koulutettava henkilöstömäärä, koulutettavat henkilöstöryhmät, alueen kirjaamisasiantuntijoiden määrä ja sijoittuminen sekä alueella käytössä olevat asiakas- ja potilastietojärjestelmät. Kartoitusten tiedot auttoivat kirjaamiskoulutusten suunnittelussa ja toivat tärkeää tietoa kehittämisen tueksi. Kansa-koulu-hankeen viimeisen

kirjaamisasiantuntijakoulutuksen alkaessa hyödynnettiin koulutettavien valinnoissa tietoja kirjaamisasiantuntijoiden sijoittumisesta eri palvelutehtäviin ja siten varmistettiin, että alueella on koulutettuja kirjaamisasiantuntijoita mahdollisimman monissa palveluissa. Kartoitus alueella käytössä olevista asiakas- ja potilastietojärjestelmistä auttoi ymmärtämään kirjaamisen haasteita ja kartoitus koulutettavasta henkilöstömäärästä ja -ryhmistä auttoi koulutussuunnittelussa. Kaikkia edellä mainittuja kartoituksia hyödynnettiin myös uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönoton suunnittelussa.

Ennen kirjaamiskoulutusten aloittamista haluttiin kartoittaa sosiaalihuollon henkilöstön osaamisen tasoa. Osaamiskykkokartoitus toteutettiin Forms-kyselyllä. Kyselyyn vastasi yhteensä 502 hyvinvointialueen palveluksessa olevaa sosiaalihuollon ammattilaista. Kyselyssä kartoitettiin mm. henkilöstön asenteita kirjaamista kohtaan, osaamisen tasoa sekä kirjaamisen toimintatapoja hyvinvointialueella. Tuloksista kävi ilmi, että 80,7 % piti kirjaamista joko yhtä tärkeänä tai lähes yhtä tärkeänä kuin asiakastyötä. Henkilöstö arvioi oman kirjaamiseen liittyvän sisällöllisen osaamisen asteikolla 1–5 tasolla 3,8, teknisen osaamiseen tasolle 3,7 ja oman työyhteisönsä osaamisen tasolle 3,5. Ammattilaisista 59 % koki kirjaamiseen liittyvän jonkinlaisia haasteita, 30 % koki, ettei kirjaamiselle ollut riittävästi aikaa ja 34 % koki, ettei ollut saanut kirjaamiseen perehdytystä. Ammattilaisista 86,6 % ilmoitti kirjaavansa asiakaskertomuksia, 34,9 % asiakassuunnitelmia, 20,1 % palvelutarpeen arviointeja, 19,9 % päätöksiä ja 18,5 % jotain muuta tietoa. Kyselyyn vastanneet kirjasivat asiakastietoja 22:een eri asiakas- tai potilastietojärjestelmään. Suurin osa kyselyyn vastaajista kertoi, että suurimmat haasteet kirjaamisen johtuivat siitä, että ammattilaiset joutuivat kirjaamaan useisiin asiakas- ja/tai potilastietojärjestelmiin. Lisäksi vastaajat kaipasivat yhtenäisiä ja helposti saatavilla olevia kirjaamisen ohjeita sekä yhtenäisiä kirjaamisen toimintamalleja.

Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella ollaan ottamassa käyttöön uutta asiakas- ja potilastietojärjestelmää vuosina 2025–2026, joka ratkaisee osittain moniin järjestelmiin liittyviä kirjaamisen haasteita. Hankkeen aikana on yhtenäistetty kirjaamisen ohjeita ja koottu ne ammattilaisten saataville yhteiselle intrasivulle. Kirjaamisen perehdytykseen on panostettu enemmän ja opiskelijoiden kirjaamiserehdytykseen on laadittu ohjeistukset.

Hankkeen aikana kartoitettiin yhteistyössä palveluiden, tiedolla johtamisen yksikön ja järjestelmäasiantuntijoiden kanssa kirjaamiseen liittyviä tilastoinnin tarpeita ja mittareita. Tilastoinnin tarpeet ja mittarit saatiin osittain kartoitettua ja määriteltä, mutta kartoittaminen ja määrittäminen jatkuu uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönoton vaatimusten mukaisesti. Hankkeen aikana on saatu osittain luotua raportointirakenteita yhtenäiseen tiedolla johtamiseen ja tiedon hyödyntämiseen. Tiedolla johtamisen yksikkö on yhteistyössä palveluiden kanssa rakentanut Power BI-näkymiä erilaisiin tiedon seurannan tarpeisiin ja esihenkilöitä on koulutettu tiedolla johtamiseen. Raportointirakenteiden kehittämistä jatketaan uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönoton vaatimusten mukaisesti. Hankkeen puitteissa ei ehditty luoda rakenteita omien tai yksityisten palveluntuottajien kirjaamisen valvontaan. Valvonnan- ja laadun yksikön kanssa on tehty yhteistyötä.

Hankkeen alussa tilastoissa näkyi kiireettömien hoitokäyntien liian suuri prosenttiosuus, mikä mahdollisesti tarkoitti, ettei käyntejä osattu kirjata oikein tai erotella kiireettöminä ja kiireellisinä hoitokäynteinä. Eri termien ymmärrettävyys on avainasemassa oikein kirjaamiselle. Koulutusten avulla on saatu lisättyä tietoa terminologiasta ammattilaisille. Koulutuksissa myös käsitelty, miksi kirjaaminen on tärkeää sekä kirjaajan että asiakkaan näkökulmasta. Kirjaajalle on korostettu kirjaamista oleellisen ja hoidon kannalta tärkeän tiedon näkökulmasta. Lääkäreille ja hoitajille on

koulutettu diagnoosi- ja käyntisyys -koodien kirjaamista oikeissa tilanteissa ja se on parantunut tietojen nousemista THL:n rekistereihin. HYTE-kertoimeen vaikuttavien koodien kirjaamista on vakiinnutettu sidosryhmien avulla, johon kuuluvat hyvinvointialueen HYTE erityisasiantuntijat ja ennaltaehkäisevien koodien käytöstä on nähtävissä parannusta. Terveysthuollon puolella on saatu yhtenäistettyä joitain käytäntöjä kansallisia suosituksia tukeviksi. Osa avoterveydenhuollon yksiköistä kirjaa HOI-näkymälle. Osastoilla on vielä kehitettävää kirjaamisessa päivittäisten näkymien suhteen kansallisen linjauksen mukaisiksi.

Terveysthuollon kirjaamisen seurantamenetelmiä on kehitetty hankkeen aikana ja tiedolla johtamisen tiimi tuottaa säännöllisesti raportteja esihenkilöiden tiedolla johtamisen tueksi. Raporteista on voitu kartoittaa missä on eniten haasteita kirjaamisessa ja haasteisiin on pystytty puuttamaan säännöllisen seurannan pohjalta. Raportit ovat menneet säännöllisesti esihenkilöille tiedoksi. Esihenkilöt ovat vieneet yksiköissään tietoa eteenpäin ja juurruttaneet oikeaa käytäntöä henkilöstölle tiedon perusteella.

Hanke päättyi joulukuussa 2024 kirjaamiskoordinaation siirtyessä vakituiseksi toiminnaksi ja osaksi tiedolla johtamista. Hankkeen päättyessä kirjaamisprosentit olivat parantuneet. Virheellisten tilastojen määrä (hoitajat) oli hankkeen alkaessa 49,1 % ja parantunut hankkeen päättyessä, määrän laskiessa 10,5 %:iin. Virheellisten tilastojen määrä (lääkärit) oli hankkeen alkaessa 58 % ja parantunut hankkeen päättyessä, määrän laskiessa 26,2 %:iin. Diagnoosien kirjaamisen (lääkärit) lähtötilanne oli 42 % ja hankkeen päättyessä parantunut 73,8 %:iin. Käyntisyiden kirjaamisen (hoitajat) osalta lähtötilanne oli 50,9 % ja hankkeen päättyessä parantunut 89,5 %:iin. Hankkeen päättyessä kiireetön hoito -tieto muodostuu Avohilmo -tietojen perusteella hoitoon pääsytietoihin, joita kansallisesti seurataan toteutuneiden hoitokäyntien muodossa. Hoitotakuun seuranta toteutuu kaikissa terveyskeskuksissa.

3.1.2 Miten kansallisia sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamisohjeita on otettu käyttöön?

Itä-Uudenmaan hyvinvointialueelle perustettiin kehittämistyön ajaksi kirjaamisen koordinaatiotyöryhmä, jonka tehtävänä oli ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistä. Työryhmä kokoontui 2x/kk. Koordinaatiotyöryhmässä oli yhteensä yhdeksän jäsentä ja se koostui kirjaamiskoordinaattoreista, tiedolla johtamisen asiantuntijoista, järjestelmäasiantuntijoista sekä professiojohtajista. Koordinaatiotyöryhmän tehtävänä oli varmistaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon kehittäminen oli yhdenmukaista ja tehdä linjauksia kirjaamisen kehittämisessä. Tarvittaessa professiojohtajat veivät asioita käsiteltäväksi SOTE-johtoryhmään.

Kirjaamisen koordinaatiotyöryhmä toimi hyvänä tukena kirjaamiskoordinaattoreille. Jokaisella osallistujalla oli oma tärkeä roolinsa. Kirjaamiskoordinaattoreiden rooli oli tuoda ryhmälle tietoa valtakunnallisista verkostoista sekä koordinoita kirjaamisen alueellista kehittämistä. Kirjaamiskoordinaattorit toimivat koordinaatiotyöryhmän puheenjohtajina. Professiojohtajien osallistuminen mahdollisti sen, että tarvittaessa saatiin nopeallakin aikataululla linjauksia tehtyä, järjestelmäasiantuntijoilla oli osaamista siitä, mihin käytössä olevat eri tietojärjestelmät taipuivat ja tiedolla johtamisen asiantuntijoilla oli osaamista alueen tilastollisista tarpeista sekä siitä, miten asiat tulisi kirjata, jotta ne tilastoituvat saatavaan muotoon. Kirjaamisen koordinaatiotyöryhmän lisäksi kehittämisen tukena hyödynnettiin alueelle perustetun kirjaamisiasiantuntijaverkoston osaamista.

Sosiaalihuollon laadukas kirjaaminen tukee hyvää ja turvallista asiakastyötä. Laadukkaan kirjaamisen varmistamiseksi sosiaalihuollon ammattilaisten osaamista tuli vahvistaa ja ylläpitää laadukkaalla perehdytyksellä ja kirjaamiskoulutuksilla. Kirjaamisosaamisen tavoiteltua muutosta sekä vaadittavia toimenpiteitä visualisoitiin yhdessä Itä-Uudenmaan hyvinvointialueelle perustetun kirjaamisen koordinaatiotyöryhmän kanssa Lean Canvas -menetelmää hyödyntäen. Tavoitteiksi asetettiin, että hyvinvointialueen ammattilaiset kirjaavat laadukkaasti ja yhtenäisten ohjeiden mukaisesti, hyvinvointialueella tarjotaan laadukasta kirjaamis perehdytystä, alueen ammattilaisten osaamista ylläpidetään säännöllisillä kirjaamiskoulutuksilla ja että kirjaamiseen liittyvät ohjeet ovat yhdenmukaisia, saavutettavia ja kaikkien alueella toimivien ammattilaisten käytössä.

Hyvinvointialueelle rakennettiin omat kirjaamisen intrasivut, jonne koottiin valtakunnalliset ohjeistukset ammattilaisten saataville. Tavoitteena oli, että jatkossa kaikki kirjaamisen liittyvä ohjeistus voidaan koota kyseiselle sivulle. Lisäksi rakennettiin yhteistyössä terveydenhuollon kirjaamiskoordinaattorin kanssa erillinen intrasivu, jonne koottiin tieto sosiaali- ja terveydenhuoltoa ohjaavasta lainsäädännöstä.

3.1.3 Miten kansallisia terveydenhuollon kirjaamisohjeita on otettu käyttöön? Miten hoitotakuun seurannan vaatima kirjaamisen yhtenäistäminen on toteutettu?

Kirjaamisen sisältöä on kartoitettu eri yksiköiden tarpeesta lähtien. Tilastoja on seurattu säännöllisesti ja tilastoinnista on tiedotettu. Diagnoosien ja käyntisyiden kirjaamistaso on parantunut ja virheellisten tietojen määrä laskenut.

Kirjaamisen yhtenäistämistä ja hoidon tarpeen arvion oikein kirjaamista on edistetty hoitajien koulutuksien kautta. Terveydenhuollon osalta on koulutettu 66,8 % henkilöstöstä. Koulutuksissa on käsitelty kiireettömän ja kiireellisen hoidon eroa, miten ammattilaisen tulee kirjata kiireellinen ja kiireetön hoito sekä mitä merkitystä on oikein ja väärin kirjaamisella. Koulutusmateriaaliksi on tuotettu hoitoon pääsyn pikaohje, joka tukee oikein kirjaamista myös jatkossa. Terveyspalveluille on luotu ohjemateriaali, jossa on tietoa kansallisia käytänteitä tukevasta kirjaamisesta ja sen tärkeydestä. Lisäksi on luotu koulutusmateriaali, joissa käsitellään hoitoon pääsyä, hoidon tarpeen arvioinnin tekemistä, kiireetöntä hoitoa, kiireellistä hoitoa, HYTE -kertoimeen vaikuttavia koodeja, mielenterveys- ja päihdetyön kirjaamisen koodeja, osastokirjaamista ja väli- ja loppuarvioinnin kirjaamista. Kouluttamisessa vierihoito todettu toimivaksi käytännöksi ja toimintatavasta on saatu positiivista palautetta.

Yksiköihin on viestitty kirjaamisesta ja sen vaikutuksista. Toimenpidekoodien käytettävyyttä on tuettu ja kehitetty tiedottamalla, jalkautumalla palveluihin sekä kouluttamalla. HYTE -kertoimeen vaikuttavien koodien käyttöä juurrutettu palveluihin HYTE-asiantuntijoiden kanssa tehtävällä yhteistyöllä, jossa ovat olleet mukana hyvinvointialueen HYTE -erityisasiantuntijat sekä HYTE -asiantuntijat -verkoston kautta.

Avoterveydenhuollossa on siirrytty HOI-näkymän käyttöön lähes kaikissa yksiköissä. Hankkeen päättyessä osastoilla käytettiin vielä osittain HOI-näkymää, mutta suunnitelma kirjaamisen muutokselle on tehty hankeaikana ja toteutetaan alkuvuodesta 2026.

3.1.4 Miten sosiaali- ja terveydenhuollon välinen yhteistyö kirjaamiskäytäntöjen yhtenäistämässä on toteutettu?

Sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamiskoordinaattorit ovat tehneet tiivistä yhteistyötä koko hankkeen ajan. Kirjaamiskoordinaattorit olivat yhteisesti vastuussa kirjaamisen koordinaatiotyöryhmän työskentelystä. Koordinaatiotyöryhmän jäseniä oli kutsuttu mukaan sekä sosiaali- että terveydenhuollosta. Kirjaamisen tilanne ja kohdatut haasteet olivat erilaiset sosiaali- ja terveydenhuollossa, minkä vuoksi kaikkea kehittämistä ei voitu tehdä samaan tahtiin, mutta kirjaamiskoordinaattorit pyrkivät tukemaan toisiaan ja löytämään synergiaetua silloin, kun se oli mahdollista. Molemmat kirjaamiskoordinaattorit toteuttivat osaamiskykykartoitukset omalla vastuualueellaan, mutta kysymyasettelussa pyrittiin löytämään tiettyjä yhtäläisyyksiä, jotta saatiin edes osittain vertailtavaa tietoa. Lisäksi kirjaamisen intrasivut rakennettiin kirjaamiskoordinaattoreiden yhteistyössä. Kirjaamiskoordinaattorit kokoontuivat viikoittain keskustelemaan kirjaamisen kehittämisen edistymisestä. Kirjaamiskoordinaattorit järjestivät myös yhteisiä kokouksia mm. mielenterveys- ja päihdepalveluiden kanssa keskustellakseen sekä terveyden- että sosiaalihuoltoon liittyvistä ajankohtaisista kirjaamiseen liittyvistä haasteista ja ratkaisuista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyörakenteiden toimintamallit Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella olivat hankkeen alussa erittäin vaihtelevat riippuen siitä, miten niitä oli yksiköissä itse kehitetty. Yhteistyö näyttäytyi kuitenkin kirjaamiskoordinaattoreille käytännössä lähes olemattomalla suurimmassa osassa palveluita. Haasteita yhteistyöhön aiheuttivat monet erinäiset asiakas- ja potilastietojärjestelmät ja tästä aiheutuneet tiedon siirron haasteet. Yksiköissä ei tiedetty mitä muita palveluita hyvinvointialueella tarjotaan tai miten palveluihin voidaan olla yhteydessä. Henkilöstöllä ei ollut aikaa tutustua muihin alueen toimijoihin, eikä palveluiden välillä ollut ruohonjuuritasolla selkeitä yhteistyöfoorumeja, missä tieto voitiin vaihtaa ja toimintaa yhteisesti kehittää. Yhteistyörakenteet eivät puuttuneet pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollon välillä vaan myös terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sisällä oli haasteita tehdä palvelutehtävien välistä yhteistyötä. Koska yhteistyörakenteiden puuttuminen oli niin merkittävä, päädyttiin hankkeen aikana keskittymään ensin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon sisäisten yhteistyörakenteiden kehittämiseen ja vasta sitten jatkaa sote-välisen yhteistyön kehittämistä. Hankkeen aikana haluttiin avata keskustelua yhteistyölle ja löytää keinoja, miten yhteistyötä voitaisiin käytännön tasolla toteuttaa.

Hankkeen aikana järjestettiin kolme tapahtumaa, joiden teemana oli monialainen kirjaaminen ja palveluiden välinen yhteistyö. Ensimmäinen tapahtuma järjestettiin Porvoossa 11.5.2023. Tapahtumaan kutsuttiin sosiaalihuollon henkilöstöä ja ohjelmassa oli puheenvuoroja sekä työpajatyöskentelyä. Työpajoissa osallistujat jaettiin palvelutehtävät ylittäviin ryhmiin ja jokainen ryhmä sai käsiteltäväksi ennalta määritellyn asiakastapauksen eri teemojen mukaan. Asiakastapaukset olivat luotu sellaisiksi, että niissä korostui nimenomaan palveluiden välisen yhteistyön mahdollisuudet. Osallistujat saivat yhdessä pohtia, miten yhteistyötä voisi kyseisessä tapauksessa tehdä ja minne omatyöntekijyys tulisi määrittää. Tapahtuman tavoitteena oli kasvattaa ymmärrystä monialaisen palvelutarpeen arvioinnin mahdollisuuksista ja siitä, miten palvelut voisivat toimia voimavarana toisilleen. Toinen sosiaalihuollon henkilöstölle suunnattu tapahtuma järjestettiin 9.11.2023 Sipoossa samalla teemalla. Tapahtumassa oli puheenvuoroja sekä luento teemalla Monialainen yhteistyö ja dialoginen työote. Lisäksi järjestettiin työpaja, jossa osallistujat saivat vastata ennakkoon määriteltyihin kysymyksiin, jotka liittyivät konkreettisiin yhteistyötä parantaviin toimintamalleihin.

Viimeinen tapahtuma järjestettiin 7.6.2024 Askolassa. Tähän tapahtumaan oli kutsuttu sekä sosiaali- että terveydenhuollon henkilöstöä. Tapahtuma järjestettiin messutapahtumana, jonne palvelut saivat tulla esittelemään omaa toimintaansa toisilleen. Tapahtumassa oli puheenvuoroja ja paneelikeskustelu, johon oli kutsuttu erilaisia alueella toimivia ammattilaisia ja lisäksi myös kokemusasiantuntija. Paneelikeskustelun aiheena oli miten voimme Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella kehittää yhteistyötä ja mitä hyviä käytäntöjä on jo olemassa kirjaamiseen ja moniammatilliseen yhteistyöhön liittyen. Kaikille tapahtumaan osallistuville jaettiin myös ”Tehdään yhteistyötä”- kortit. Kortteihin osallistujat saivat kirjoittaa, minkälaista yhteistyötä he toivoivat toiselta yksiköltä ja tämän jälkeen he kävivät viemässä kortit kyseisen palvelun esittelypöydälle. Tapahtuma oli onnistunut ja yhteistyökortteja kirjoitettiin paljon ja osa näistä poiki uusia yhteistyörakenteita palveluiden välille.

3.1.5 Miten hyvinvointialue on osallistunut yhteiseen THL:n kirjaamisen kehittämistä edistävään verkostoon, ja miten se on tukenut kansallisten kirjaamisohjeiden laajamittaista käyttöönottoa?

Terveydenhuollossa on hyödynnetty THL:n ylläpitämää verkostoa, eri alueiden koordinaattoreiden kanssa tehtävää yhteistyötä ja yhteistyöverkostoja. Tiedonlaadun verkostoon sekä Varsinais-Suomen verkostoon osallistumalla koordinaattori on saanut lisätietoa ja tuonut sitä omalle hyvinvointialueelleen. Kansallista tietoa ja oman alueen käytäntöjä on siten pystytty vertailemaan ja ottamaan hyviä käytäntöjä käyttöön. Vertailtavuus eri alueiden suhteen koettiin hyödylliseksi. Oikeanlaista kirjaamista, näkymien käyttöä, kansallista kirjaamista ja hoitajia tukevaa kirjaamistapaa sekä muilla alueilla toimivia kirjaamistapoja on saatu hyödynnettyä.

Sosiaalihuollon kirjaamiskoordinaattori on osallistunut aktiivisesti SOTE -kirjaamisen kansallisen verkoston sekä Sosiaalihuollon tiedon hallinnan verkoston kokouksiin. Osallistumisen suurin hyöty on ollut verkostoituminen muiden hyvinvointialueiden kirjaamiskoordinaattorien ja kirjaamisesta vastaavien asiantuntijoiden kanssa. Verkostossa on jaettu jo hyväksi koettuja toimintamalleja, mutta myös epäonnistumisia ja vinkkejä siitä, miten ei kannata tehdä. Verkostossa on jaettu tärkeää ajankohtaista tietoa kirjaamiseen liittyen sekä tiedotettu valtakunnallisista ohjeistuksista ja linjauksista. Kirjaamiskoordinaattori on vienyt tietoa verkostosta hyvinvointialueen kirjaamisen koordinaatiotyöryhmään sekä kirjaamisasiantuntijaverkostoon.

SOTE -kirjaamisen kansallinen verkosto on luonut yhteistyötä myös verkoston ulkopuolelle. Itä-Uudenmaan kirjaamiskoordinaattori on lisäksi tehnyt ajoittain myös yhteistyötä verkostosta tutuksi tulleen Länsi-Uudenmaan kirjaamiskoordinaattorin kanssa, kun hyvinvointialueet päättivät kilpailuttaa uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän yhteistyönä.

Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella hankemuotoinen kirjaamisen kehittäminen päättyi 31.12.2024. Kirjaamisen kehittäminen siirtyi tiedolla johtamisen yksikköön ja tehtävään palkattiin yksi kokoaikainen tiedolla johtamisen asiantuntija, jonka vastuulla on sekä sosiaali- että terveydenhuollon kirjaamisen kehittäminen. Hän tulee jatkossakin osallistumaan kansallisiin kirjaamisen verkostoihin. Hankkeen päättyessä koordinaatiotyöryhmä lakkautettiin ja kirjaamisen kehittämisen johtaminen siirtyi organisaation omiin kirjaamisen johtamista tukeviin rakenteisiin.

3.1.6 Miten hyvinvointialue on tehnyt yhteistyötä sosiaalihuollon kirjaamista edistävän Kansa- koulu – hankkeen kanssa?

Sosiaalihuollon kirjaamiskoordinaattori on osallistunut aktiivisesti Kansa-koulu-hankkeen Uudenmaan kirjaamisen koordinaatiotyöryhmän kokouksiin sekä ruotsinkielisiin Dokumenteringsexperternas nätverksmöte -tapaamisiin. Kirjaamiskoordinaattori on osallistunut Kansa-koulun järjestämiin avainhenkilöverkoston työpajoihin. Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen kirjaamiskoordinaattori on lisäksi saanut aluekohtaista konsultointitukea Kansa-koulu-hankkeessa työskennelleeltä koordinaattorilta yhteensä 10 kertaa aikavälillä (6/23–5/24).

Hankkeen alussa Itä-Uudenmaan hyvinvointialueelle oli koulutettu yhteensä 39 kirjaamisasiantuntijaa, jotka omalta osaltaan pyrkivät ylläpitämään keskustelua kirjaamisesta ja toimivat kirjaamisen tukena omassa työyksikössä. Kirjaamisasiantuntijoita ei kuitenkaan löytynyt kaikista palvelutehtävistä eikä heillä ollut koordinoitua verkostoa toiminnan tukena. Alueelle koulutetuille kirjaamisasiantuntijoille haluttiin luoda selkeät, toimintaa tukevat alueelliset verkostot. Kirjaamisasiantuntijoiden osaamisen haluttiin juurruttaa osaksi perustyötä ja sitä tuli hyödyntää kirjaamisen kehittämisessä ja perehdytyksessä. Kirjaamisasiantuntijoiden työn tuli tukea yhtenäiseen asiakastietojärjestelmään siirtymistä.

Hankkeen aikana hyvinvointialueelle perustettiin kirjaamisasiantuntijoiden verkosto, jonka tavoitteena oli yhdenmukaistaa kirjaamisen käytäntöjä ja toimintamalleja sekä luoda selkeät rakenteet kirjaamisosaamisen lisäämiseen ja ylläpitoon. Kirjaamisasiantuntijaverkoston toiminta on luonut alustan alueelliselle yhteiskehittämiselle. Alueelle myönnettiin 15 paikkaa Kansa-koulu - hankkeen viimeiseen kirjaamisasiantuntijavalmennukseen projektin aikana. Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella toteutettiin oma hakuprosessi valmennukseen, jossa kartoitettiin koulutukseen haluavien motivaatiota ja sitoutumista kirjaamisen kehittämiseen. Samaan aikaan kartoitettiin missä palvelutehtävissä ja yksiköissä jo koulutetut kirjaamisasiantuntijat toimivat. Koulutusvalintoja tehtäessä pyrittiin varmistamaan, että jokaiseen palvelutehtävään sijoittui kirjaamisasiantuntijoita. Verkoston toiminta käynnistyi helmikuussa 2024. Toiminnan aikana verkosto on saanut vahvistettua kirjaamisasiantuntijoiden tehtäväkuvan sekä työajan. Kirjaamisasiantuntijan tehtäväkuvan ja työajan määrittäminen oli yksi olennainen toimenpide, jolla tuettiin kirjaamisasiantuntijoiden aktiivista toimintaa, verkoston säännöllisyyttä ja yhteiskehittämistä.

Kirjaamisasiantuntijoiden osaamista on hyödynnetty hankkeen aikana lisäksi koulutusten suunnittelussa ja valmistelussa mm. koulutettavien ammattilaisten asiakasprofiilien hahmottamisessa. Tämä toteutettiin järjestämällä innovointityöpaja alueella toimiville kirjaamisasiantuntijoille. Työpajan tavoitteena oli miettiä minkälaisia koulutettavia sosiaalihuollon kirjaamisen koulutuksiin tulee osallistumaan ja mitkä muuttajat vaikuttavat heidän oppimiseensa. Työpajan tuloksena syntyi neljä erilaista asiakasprofiilia. Työpajatyöskentelyä jatkettiin lisäksi SWOT-menetelmällä, jossa osallistujat pohtivat jokaisen asiakasprofiilin vahvuuksia, heikkouksia, uhkia ja mahdollisuuksia sekä työntekijän että esihenkilön näkökulmasta katsottuna.

Kirjaamisasiantuntijaverkostoa on hyödynnetty myös päätösfrasitekstien alueelliseen yhtenäistämiseen sekä valtakunnallisten kirjaamisohjeiden juurruttamiseen. Vuoden 2025 toimintasuunnitelmaan asetettiin viisi tavoitetta:

- Sosiaalihuollon kirjaamiseen liittyvien ajankohtaisten asioiden tiedottaminen
- Kirjaamisasiantuntijoiden vertaistuki ja ventilointi

- Kentän kuulumisten tuominen verkostoon kirjaamisasiantuntijoiden kautta
- Työyhteisön tukeminen kirjaamiseen liittyvissä asioissa
- Päätösfraasipohjien valmistuminen

Hankkeen lopussa kirjaamisasiantuntijaverkoston toiminta oli vakiintunut osaksi toimintaa ja verkostossa oli 50 jäsentä. Verkosto kokoontui kerran kuukaudessa ja kokouksissa oli selkeä kokousrakenne.

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue on kirjaamiskoulutuksissaan hyödyntänyt Kansa-koulu-hankkeen tuottamaa Sosiaalihuollon kirjaamisen peruskurssia. Kansa-Koulu –hankkeelta saatu peruskurssin käsikirjoitus, vastasi hyvinvointialueen tarpeita ja siellä esiintyi samat teemat, joita kirjaamisasiantuntijaverkostossa oli korostettu. Hyvinvointialueen pienten resurssien takia, tehtiin päätös odottaa peruskurssin julkaisua ja hyödyntää sitä, jotta välttyttäisiin turhalta päällekkäiseltä työltä. Odottaessa Kansa-Koulu –hankkeen sosiaalihuollon kirjaamisen peruskurssin julkaisua, aloitettiin kirjaamisasiantuntijaverkostossa kirjaamiskoulutusten palvelupolun visualisointi. Palvelupolkuun haluttiin kuvata konkreettisesti ammattilaisen ohjautuminen koulutuksiin, mutta myös sisällyttää palvelupolkuun ammattilaisten tunnetiloja ohjautumisen aikana. Lisäksi rakennettiin sosiaalihuollon kirjaamiskoulutusten intrasivut, jotka sisälsivät ohjeistuksen koulutuksista ja jonne linkki sosiaalihuollon kirjaamisen peruskurssista lisättiin.

Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen henkilöstöstä lähes 30 % puhuu äidinkielenään ruotsia. Tästä syystä alueella toteutettavia koulutuksia tulee tarjota aina kaksikielisinä. Sosiaalihuollon kirjaamisen peruskurssin ruotsinkielisen version julkaisu tapahtui vasta syksyllä 2024, minkä vuoksi päätettiin pilotoida kurssi valitulla kohderyhmällä suomenkielisenä, sillä aikaa kun odotettiin ruotsinkielisen kurssin julkaisua. Pilotointiin osallistui yhteensä 39 ammattilaista, viidestä eri palvelutehtävästä. Pilotoinnista kerättiin palautetta ammattilaisilta.

Pilotoinnin aikana kerätty palaute osoitti, että vastaajien vastausten välillä oli merkittävää vaihtelua, joka oli suoraan yhteydessä henkilön aiempaan osaamiseen. Ammattilaiset, jotka olivat kirjanneet pitkään sosiaalihuollon asiakastietoa sosiaalihuollon järjestelmiin, ilmaisivat etteivät he ollut oppineet mitään uutta. Toisaalta osa ammattilaista koki kertauksen olevan hyväksi, vaikka mitään uutta ei olisi oppinutkaan. Vähemmän kirjanneet, kokivat kurssin hyödylliseksi ja arvioivat osaamisen lisääntyneen kurssin myötä. Palautteiden perusteella voitiin myös todeta motivaation olevan suorassa yhteydessä oppimiskokemukseen. Ammattilaiset, jotka arvioivat motivaation kurssin suorittamiselle olevan alhainen, antoivat alhaisempia arvosanoja koko palautteessa verrattuna ammattilaisiin, jotka olivat ilmoittaneet motivaationsa olevan korkea. Johtopäätöksinä voitiin todeta, että kaikissa palvelutehtävissä työskenteli ammattilaisia, joiden osaaminen oli jo hyvällä tasolla, mutta myös niitä, joiden osaamista tulisi parantaa. Tästä syystä ei voitu rajata yksittäisiä palvelutehtäviä tai yksiköitä sosiaalihuollon kirjaamisen peruskurssin ulkopuolelle.

Hyvinvointialueella linjattiin, että koko sosiaalihuollon henkilöstöllä tulisi olla perusymmärrys ja osaaminen sosiaalihuollon rakenteisesta kirjaamisesta, sosiaalihuollon kirjaamisen lainsäädännöstä, kirjaamisen etiikasta sekä tallennetun tiedon toisiokäytöstä ja siksi päätettiin, että Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella kaikkien sosiaalihuollossa työskentelevien tulee suorittaa sosiaalihuollon kirjaamisen peruskurssi ennen uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönottoa. Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella ollaan ottamassa käyttöön uutta asiakas- ja potilastietojärjestelmää vuosien 2025–2026 aikana. Tällä tavoin varmistettiin, että jokaisella ammattilaisella on riittävä tietoperusta, jonka päälle palvelutehtäväkohtaisia syventäviä koulutuksia voidaan rakentaa tulevaisuudessa asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönoton yhteydessä.

Kirjaamiskoulutuksista käytiin tiedottamassa lasten, nuorten ja perheiden-, työikäisten- sekä ikääntyneiden johtoryhmissä. Lisäksi koulutuksesta tehtiin intrautinen ja tieto lähetettiin myös sähköpostijakelulla esihenkilöille. Sähköpostin osalta lähetettiin vielä kaksi muistutusta koulutuksesta. Kaikesta tiedottamisesta huolimatta, tiettyjä palveluita oli vaikea saada sitoutumaan koulutukseen. Niissä palveluissa ja yksiköissä, joissa esihenkilö muistutti ja varmisti, että henkilöstö kävi koulutuksen, päästiin 100 % koulutuskattavuuteen, mutta etenkin sellaiset palvelut, joissa henkilöstö vahvasti mieltää olevansa terveydenhuoltoa, olivat haasteellisia tavoittaa (ikäntyneiden palvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut). Hankkeen päättyessä n. puolet (49,1 %) koulutettavista olivat käyneet koulutuksen. Lasten nuorten ja perheiden palveluissa koulutuskattavuus oli 100 %, työikäisten palveluissa 50,8 % (sisältää mielenterveys- ja päihdepalvelut), vammaispalveluissa 79,2 % ja ikääntyneiden palveluissa 15 %.

Todenteet:

[Sosiaalihuollon kirjaamisen kehittämistä edistävä verkosto, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I3\) | Innokylä](#)

[Sosiaalihuollon kirjaamiskoulutusten palvelupolku, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I3\) | Innokylä](#)

[Alueellinen sosiaalihuollon kirjaamisen kehittäjäverkosto 0.jpg \(1345x756\)](#)

[Sosiaalihuollon kirjaamisen peruskurssin pilotointi](#)

[Kirjaamisiasiantuntijaverkoston toimintasuunnitelma](#)

[Kirjaamisen nykytilakartoitus](#)

LIITE 24: Sote-joryn muistio

LIITE 25: Kuvakaappaus kirjaamisen koordinaatioryhmän muistiosta

LIITE 26: Esimerkit PBi näkymästä

LIITE 27: Kysely terveydenhuollon työntekijöille rakenteisesta kirjaamisesta

LIITE 28: Muut kartoitukset

LIITE 29: Terveydenhuollon kirjaaminen

LIITE 30: Sosiaalihuollon kirjaaminen

3.2 Rakenteellisen sosiaalityön raportoinnin kehittäminen

3.2.1 Miten rakenteellisen sosiaalityön kansallisen tietotuotannon mallin avulla pystytään korjaamaan hyvinvointialueella tai kansallisesti tunnistettuja, koronakriisin aikanakin tunnistettuja tietotarpeita?

Sosiaalihuollon tietopohja on edelleen osin hajanaista ja kehitettävää on sekä kansallisella että alueellisella tasolla. Työ on kuitenkin päässyt alkuun ja sen tuloksista voidaan raportoida seuraavaa:

THL:n toteuttaman Tableau -raportin visuaalinen esitystapa tukee sosiaalisten ilmiöiden hahmottamista ja vertailua alueiden välillä. Tämä THL:n toteuttama tietotuotannon malli on ollut osa kansallista kehittämistyötä, jossa Itä-Uudenmaan hyvinvointialue on ollut mukana. Vaikka hankkeen aikana tätä ei ole saatu käyttöön, on luotu pohja kuitenkin esitely ja rakenteellisen sosiaalityön

kansallinen tietotuotantomalli tarjoaa mahdollisuuden vahvistaa tiedon hyödyntämistä niin paikallisesti kuin valtakunnallisesti, koska alustalla voi vertailla tietoa eri hyvinvointialueiden välillä.

Tietotuotannon mallin kehittämisessä esiin nostetut teemat (kuten asunnottomuus, mielenterveys, päihteet ja riippuvuudet, taloudellinen tilanne ja toimeentulo) ovat olleet keskeisiä Itä-Uudenmaan alueellisessa tiedolla johtamisessa. Esimerkiksi asunnottomuuden teemaan liittyvä Asko -hanke on käynnistetty osin tämän kehittämistyön pohjalta. Asko –pilotin tarkoituksena oli tarjota asunnottomille välivuokra-asuntoja ja moniammatillista työskentelyä asiakkaan kotiin, jotta moninaisia asunnottomuuteen johtaneita haasteita voitaisiin ratkaista moniammatillisesti. Varsinaista välivuokrausta ei kuitenkaan toteutettu, mutta noin 20 asunnottomaa tai asunnottomuus uhan alla olevaa henkilöä sai oman vuokrasopimuksensa ja moniammatillista apua tilanteeseensa. Asumisohjaajan, sosiaaliohjaajan ja päihdesairaanhoidajan moniammatillinen työskentely koettiin hyväksi työtavaksi ja toimintaa jatkettiin hankkeen jälkeen.

Tietotuotannon mallin kehittämisen yhteydessä toteutettu päihdetilanteen tarkastelu yhteistyössä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen erityisasiantuntijoiden kanssa johti siihen, että päihteet valittiin rakenteellisen sosiaalityön teemaryhmätyöskentelyn aiheeksi. Teemaryhmät aloittivat työskentelynsä syksyllä 2025, keskittyen kahteen teemaan: nuorten itselääkintään sekä eläköitymässä oleviin henkilöihin, jotka käyttävät runsaasti päihteitä. Työskentelyn lopputuloksena syntyy kaksi laajempaa sosiaalista raporttia.

Tietotuotantomallin alueellinen toimeenpano on kytketty osaksi rakenteellisen sosiaalityön toteutussuunnitelmaa. Alueella on kehitetty käytäntöjä, kuten sosiaalinen raportointi ja teemaryhmät, joiden avulla kerätään ja käsitellään asiakastyöhön perustuvaa tietoa. Sosiaalinen raportointi on toteutettu Soccan toteuttaman pohjan kautta ja lomakepohjat ja ohjeet löytyvät hyvinvointialueen Intra –sivuilta (Polusta). Hankeaikana sosiaalisia raportointeja on tullut 49 kpl ja ne on käsitelty rakenteellisen sosiaalityön työryhmässä.

Socca kerää sosiaaliset raportoinnit ja lähettää ne kuukausittain hyvinvointialueiden yhteyshenkilöille. Raportoinnit käsitellään rakenteellisen sosiaalityön työryhmissä ja raportointi tehdään Power Bi –alustalle, josta ne ovat vapaasti työntekijöiden tarkasteltavissa. Tiedolla johtamisen tiimiä on informoitu THL:n tietotuotannon mallin kehittämisestä ja sen esille tuomasta tiedosta. THL:n tekemiä tietopyyntöjä on välitetty tiedolla johtamisen yksikölle, jotta he ovat voineet valmistautua tulevan mallin käyttöönottoon. Myös kansallisen verkoston toiminnasta on tiedotettu hyvinvointialueen tiedolla johtamisen yksikölle. Kansallisen sosiaalihuollon seurantarekisterin käyttöönotto tulee olemaan keskeinen edellytys tietotuotantomallin täysimääräiselle hyödyntämiselle, jotta hankkeen aikana tehty työ tulee näkyväksi.

3.2.2 Miten hyvinvointialue on osallistunut rakenteellisen sosiaalityön kansallisen tietotuotannon mallin ja hyvinvointialueen rakenteellisen sosiaalityön toteutussuunnitelman mallipohjan kehittämiseen?

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue on osallistunut kansallisen tietotuotannon mallin kehittämiseen vastaamalla THL:n esittämiin tietopyyntöihin, joiden avulla on koottu mallipohjan tietosisältöä. Itä-Uusimaa on myös testannut ja kommentoinut esiteltyä mallipohjaa työpajoissa.

THL:n verkoston ja Soccan koordinoiman Uudenmaan rakenteellisen sosiaalityön verkoston kanssa on yhdessä kehitetty tietotuotannon mallia, suunniteltu rakenteellisen sosiaalityön toteutumista hyvinvointialueilla sekä kansallisen verkoston tehtäviä. Rakenteellisen sosiaalityön toteutussuunnitelman kommentointi ja ideointi on ollut THL:n hyvinvointialueille määrittämä tehtävä ja siihen Itä-Uudenmaan hyvinvointialue on osallistunut ja antanut kommenttinsa verkoston tapaamisissa. Keskusteluja on käyty rakenteellisen sosiaalityön työryhmässä ja rakenteellisen sosiaalityön verkostoissa erityisesti siitä, miten rakenteellinen tieto eroaa muusta tiedosta ja millä tavoin tietoa voidaan hyödyntää päätöksenteossa ja palveluiden kehittämisessä.

3.2.3 Miten hyvinvointialueen rakenteellisen sosiaalityön toteutussuunnitelman mallipohjan mukaista alueellisen toteutussuunnitelman laatimista on alueella työstetty?

Toteutussuunnitelma on laadittu vuonna 2024 rakenteellisen sosiaalityön työryhmän jäsenten ja sosiaalityön professiojohtajan tekemän pohjan perusteella. Vuoden 2024 jälkeen työryhmä on jatkanut tehtäväänsä keskittyen sosiaalisten raporttien käsittelyyn ja toteutussuunnitelma viimeisteltiin projektikoordinaattorin toimesta vuoden 2025 aikana. Viimeistely versio toteutussuunnitelmasta jaettiin uudelleen vastuualuejohtajalle ja kehittämispäällikölle, joiden kommenttien perusteella tehtiin viimeisin, lopullinen versio. Toteutussuunnitelma vietiin hyväksyttäväksi palveluiden järjestämisen lautakuntaan.

Kommenttikierroksen jälkeen toteutussuunnitelma on julkaistu hyvinvointialueen intranetissä (Polussa), jossa se on henkilöstön saatavilla. Suunnitelma toimii käytännön työkaluna rakenteellisen sosiaalityön toteuttamisessa ja sen kehittämisessä. Toteutussuunnitelmaa päivitetään vuosittain. Lisäksi sosiaalisesta raportoinnista on tehty prosessikuvaus prosessikuvausjärjestelmä Ims:iin.

3.2.4 Millainen on alueen rakenteellisen sosiaalityön toteutussuunnitelma?

Itä-Uudenmaan toteutussuunnitelma on konkreettinen ja käytännönläheinen asiakirja, joka ohjaa rakenteellisen sosiaalityön toteutusta ja kehittämistä. Se sisältää selkeät toteutusrakenteiden kuvaukset, sisältäen sosiaalisen raportoinnin, teemaryhmien ja yksikkökokouksiin sisältyvän rakenteellisen sosiaalityön osuuden. Alla on kuvattu toteutussuunnitelmasta löytyviä rakenteita, jotka ohjaavat tiedon hyödyntämistä:

Hyvinvointialueen johtoryhmä on linjannut, että jokaisessa sosiaalipalveluiden yksikössä pidetään kerran kuukaudessa yksikkökokouksessa osio, jossa käsitellään rakenteellista sosiaalityötä. Tämä mahdollistaa ajankohtaisten ilmiöiden tunnistamisen ja tiedon kokoamisen asiakastyön arjesta. Suunnitelma on kytketty osaksi alueen strategista suunnittelua terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen (Hyte) yhteistyön avulla. Osallisuustyössä otetaan huomioon kokemusasiantuntijat ja on pilotoitu ikääntyneiden osallisuusraatitoimintaa.

Hyte- työskentelyssä hyödynnetään teemaryhmien tuottamat sosiaaliset raportoinnit. Lisäksi Hyte:stä osallistuu puolivuositain edustaja rakenteellisen sosiaalityön tapaamisiin. Sekä Hyte -ryhmälle, että osallisuuden erityisasiantuntijalle on esitelty sosiaalisten raportointien hyödyntämisen mahdollisuus olemassa olevan tiedon hyödyntämisenä sekä uuden tiedon hankkimisen menetelmänä.

Kehittämistyössä on hyödynnetty 11 kokemusasiantuntijan osaamista hankekauden aikana. Osallisuusraatitoiminnassa oli mukana vuoden 2025 kestäneessä pilotissa 14 alueen asukasta ja tapaamisia toteutettiin yhteensä 4 kpl. Raadin tuotokset vietiin ikääntyneiden palveluille tiedoksi ja jatkokäsiteltäväksi. Raatitoiminnasta tuotettiin malli, joka sisältää raadin rakenteen, tehtävät ja vastuut.

Sosiaalisen raportoinnin nostama tieto viedään Power Bi-alustalle, joka on vapaasti työntekijöiden käytettävissä. Rakenteellisen sosiaalityön työryhmä koostuu pääsääntöisesti palveluvastaavista ja esihenkilöistä, joten kentältä noussut tieto nousee tätä kautta johdon hyödynnettäväksi.

3.2.5 Miten osallistuminen rakenteellisen sosiaalityön kansallisen tietotuotannon mallin kehittämiseen ja hyvinvointialueen rakenteellisen sosiaalityön toteutussuunnitelma ovat vahvistaneet alueen rakenteellista sosiaalityötä osana sosiaalihuollon kehittämistä ja tietojohtamista?

Osallistuminen kansalliseen kehittämistyöhön ja alueellisen toteutussuunnitelman laatiminen ovat vahvistaneet rakenteellisen sosiaalityön asemaa Itä-Uudellamaalla. Toteutussuunnitelma on tuonut selkeyttä rakenteellisen työn tavoitteisiin ja käytäntöihin. Sen myötä on luotu rakenteita, jotka tukevat tiedon systemaattista keruuta ja hyödyntämistä. Tämä näkyy kasvaneina sosiaalisten raportointien määrinä (49 kpl) sekä näistä syntyneinä toimenpiteinä, vakiintuneena rakenteellisen sosiaalityön työryhmätoimintana (kerran kuukaudessa tapaamiset) sekä teemaryhmien toteutumisena (kaksi ryhmää).

Yksikkökokouksissa käsitellään kerran kuukaudessa rakenteellisia havaintoja ja keskustelujen pohjalta laaditaan sosiaalinen raportointi, mikäli siihen nähdään tarvetta. Tämä käytäntö on lisännyt henkilöstön tietoisuutta rakenteellisesta työotteesta ja mahdollistanut ilmiöiden esiin nostamisen arjen työstä käsin. Sosiaalisten raportointien tuottama tieto käsitellään esihenkilö- ja palveluvastaava tasolla, jolloin palveluiden haastekohdista on saatavilla ajantasaista tietoa kehittämisen ja johtamisen tueksi. Sosiaalisten raportointien tieto ja siitä seuranneet toimenpiteet ovat avoimesti katsottavissa Power Bi –alustalta, joka on kehitetty Kestävän kasvun hankkeen aikana.

Todenteet:

[Rakenteellisen sosiaalityön kehittäminen, Itä-Uudenmaan HVA \(RRP, P4, I3\) | Innokylä](#)

LIITE 15: Rakenteellisen sosiaalityön Polkuvivustot raportointia varten

LIITE 20: Sosiaalinen raportointi

LIITE 21: Rakenteellisen sosiaalityön toteutussuunnitelma

LIITE 22: Osallisuusraatotoiminta – tapaamisten rakenteet ja muistilista

LIITE 23: Ohje osallisuusraatitoiminnan toteuttamiseen

4 Investointi 4: Otetaan käyttöön hoitotakuuta edistävät palvelumuotoillut digitaaliset innovaatiot

4.1 Digitaalisten ratkaisujen käyttöönoton vaikutukset

4.1.1 Miten hankkeessa käyttöön otetuilla ja/tai alueelle laajennetuilla digitaalisilla ratkaisuilla on lisätty palvelutuotannon resurssitehokkuutta ja edistetty palvelujen saatavuutta?

Työpaketti 4.1 Kansalaisten digitaaliset järjestelmät

Ennen hanketta sekä asiakkaiden että ammattilaisten digitaalisia järjestelmiä on ollut käytössä rajallisesti. Ainoastaan etävastaanotot olivat mahdollisia, mutta niiden käyttöaste jäi hyvin pieneksi. Hankkeen tavoitteena oli laajentaa digipalveluiden käyttöä sekä yhtenäistää palveluvalikoimaa alueen sisällä. Digipalveluilla haluttiin myös parantaa palveluiden saatavuutta ja mahdollistaa matalan kynnyksen palveluita. Kansalaisten digitaalisia palveluita kehitettiin kokoamalla alueen digipalvelut yhdelle sivulle hyvinvointialueen verkkopalveluun. [Sähköiset palvelut - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#)

Palveluiden käyttöä laajennettiin uusiin palveluihin ja vuoden 2025 puolella välissä sähköisten asiointien osuus terveystaloudissa oli 36,4 % (luku vaihteli 30,5 %- 38 % välillä vuosien 2024 ja 2025 aikana). Sosiaalipalveluissa on otettu käyttöön etähoiva, etäpäivätoiminta, digipalvelupolkuja ja etävastaanottoja, mutta sosiaalipalveluiden järjestelmistä ei saada tilastoa etäpalveluiden toteutuneista määristä.

Hankkeen aikana on kehitetty ja otettu käyttöön digihoito- ja digipalvelupolun käyttöönoton toimintamalli. Käyttöönoton toimintamallin mukaisesti on otettu käyttöön: raskausdiabeteksen digihoitopolku, nivelrikon digihoitopolku, kuivasilmäisyys -digihoitopolku, tukkoinen nenä - digihoitopolku, valtimotaudit -digihoitopolku, lasten kuntoutuksen digihoitopolku, perheoikeudellisen yksikön palvelupolku, omaishoidon palvelupolku, sosiaalisen kuntoutuksen palvelupolku sekä taloussosiaalityön palvelupolku-Rahapuu.

Ennen digihoitopolun käyttöönottoa nivelrikkoryhmiä järjestettiin 4–5 kertaa vuodessa, enintään seitsemän osallistujan ryhmissä. Ohjaajana toimi fysioterapeutti ja tapaamiset pidettiin 4 kertaa fysioterapian tiloissa sekä kerran Porvoon uimahallilla, jossa vesijuoksua ohjasi liikuntatoimen työntekijä. Tapaamiset kestivät 60 minuuttia ja järjestettiin viikoittain arki-iltapäivisin. Työikäisille asiakkaille ajankohta on ollut haasteellinen. Keväällä 2024 keskisellä alueella toteutui 2 ryhmää, joissa osallistujamäärä vaihteli 2–8 henkilön välillä. Marraskuuhun 2025 mennessä nivelrikon digihoitopolulle on liitetty 77 asiakasta ja palvelua käyttää 27 terveydenhuollon ammattilaista.

Omaishoidon digipalvelupolku tarjoaa omaishoitajalle kattavasti tietoa omaishoidon tuesta ja tukimuodoista ilman ammattilaisen välitöntä työpanosta. Digipalvelupolulla omaishoitaja voi palata hyvinvointikyselyyn säännöllisesti ja seurata omaa jaksamistaan, mikä mahdollistaa varhaisen tuen tarpeen tunnistamisen ja automaattipalautteet ohjaavat omaishoitajaa mistä saa tukea ilman ammattilaisten yksilöllistä arviointia. Digipalvelupolulla omaishoitaja voi laatia ja päivittää sähköisesti varautumissuunnitelman, mikä nopeuttaa omaishoitajan ja ammattilaisen välistä tiedonkulkua.

Digihoito- ja digipalvelupolkujen avulla on yhtenäistetty hyvinvointialueen käytänteitä. Digihoitopolku täydentää olemassa olevaa hoitoa ja voi korvata hoitopuhelun tai osan seurantakäynneistä. Digihoitopolut mahdollistavat tasalaatuisen hoidon ja seurannan asuinpaikasta riippumatta. Ammattilaisten aikaa vapautuu, kun asiakkaan ohjaus ei sitoudu aikaan tai paikkaan. Hoitopolkujen sisältö on kaikille samanlainen ja se tavoittaa koko potilas-/asiakasryhmän, kun aikaisemmin asiakkaan on pitänyt saapua fyysiselle vastaanotolle tai ryhmään vastaanottamaan sama tieto. Näin ammattilaisen työaikaa vapautuu yksilöllistä ohjausta vaativaan työhön. Digihoito- ja digipalvelupolut ovat käytössä koko hyvinvointialueella. Koko hyvinvointialueella käytettävä digitaalinen hoitopolku mahdollistaa asiakkaiden yhdenvertaisen palvelun, tukee saavutettavuutta ja parantaa tiedonsiirtoa. Digipolut täydentävät asiakkaan saamaa palvelua. Digihoito- ja digipalvelupolkuja käyttävien ammattilaisten määrä marraskuussa 2025 141 henkilöä.

Todenteet:

<https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/digihoitopolun-kayttoonoton-toimintamalli-ita-uudenmaan-hyvinvointialue-rrp-p4-i4>

<https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/raskausdiabeteksen-yhteinen-digihoitopolku-ita-uudenmaan-hyvinvointialue-rrp-p4-i4>

<https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/nivelrikon-digihoitopolku-ita-uudenmaan-hyvinvointialue-rrp-p4-i4>

<https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/kuivasilmaisuus-digihoitopolku-ita-uudenmaan-hyvinvointialue-rrp-p4-i4>

<https://innokyla.fi/fi/toimintamalli/tukkoinen-nena-digihoitopolku-ita-uudenmaan-hyvinvointialue-rrp-p4-i4>

<https://www.innokyla.fi/fi/toimintamalli/valtimotaudit-digihoitopolku-ita-uudenmaan-hyvinvointialue-rrp-p4-i4>

[Etäkuntoutuksen kehittäminen Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella \(RRP, P4, I1\) | Innokylä](#) (Lasten digihoitopolusta ei tehty Innokylään erikseen kuvausta)

<https://www.innokyla.fi/fi/toimintamalli/perheoikeudellisen-yksikon-digipalvelupolku-ita-uudenmaan-hyvinvointialue-rrp-p4-i4>

<https://www.innokyla.fi/fi/toimintamalli/omaishoidon-digipalvelupolku-ita-uudenmaan-hyvinvointialue-rrp-p4-i4>

<https://www.innokyla.fi/fi/toimintamalli/sosiaalisen-kuntoutuksen-digipalvelupolku-ita-uudenmaan-hyvinvointialue-rrp-p4-i4>

<https://www.innokyla.fi/fi/toimintamalli/taloussosiaalityon-rahapuu-digipalvelupolku-ita-uudenmaan-hyvinvointialue-rrp-p4-i4>

LIITE 16: Nivelrikon digihoitopolku

LIITE 17: Lasten kuntoutus

Hankkeessa kehitettiin etä-PEF mittausten toimintamalli astmandiagnoosivaiheeseen. PEF-etäseuranta tapahtuu mobiilisovelluksella ja on digitaalisella PEF-mittarilla toimiva palvelu. Etä-PEF mittausten toimintamalli astmandiagnoosivaiheeseen ei ole lisännyt palvelutuotannon resurssitehokkuutta toivotusti. Ammattilaiset kokevat, että etä-PEF ohjaus on työläämpää, eivätkä ole sisäistäneet toimintamallia toimivaksi vaihtoehdoksi toiminnassaan. Pilotin jälkeen puolitettiin etämittareiden määrää terveysasemilla ja niitä käytetään vähäisesti. Palvelun mukana tuli kuitenkin PEF-tuloslaskuri ja sen käyttö on aktiivista ja säästää ammattilaisten aikaa.

Todenteet:

[Etämittaukset: pef etämittaus, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I4\)](#)

Neuvonta-chatin ja chatbotin jatkokehitys lopetettiin vuonna 2024, koska sen käyttö oli vähäistä. Chatbotin järjestelmätoimittajan kehitys oli kesken eikä haluttu ottaa käyttöön keskeneräisiä ja huonosti toimivia toimintoja. Chatbotin käyttö on koko ajan ollut hyvin vähäistä. Asiakkaat käyttävät chatbotin kautta HyVä-digin palveluita, mutta eivät itsenäisesti etsi chatbotilta kysymyksiinsä vastauksia (ajalla 1/2025-10/2025 n. 4 000 chatbot -käyntiä, samalla ajalla HyVä-digin chatissa n. 40 000 käyntiä). Havainnon vuoksi päätettiin, ettei chatbotin kehittämiseen panosteta.

Digitaaliset palvelut sekä erilaiset hoitopolut lisäävät tietopohjan laajentamista. Etämittaukset sekä digiasiointi tuottavat reaaliaikaisempaa dataa asiakkaiden terveydentilasta ja palveluiden käytöstä, mikä tukee johtoa päätöksenteossa. Digipalvelut ja hoitopolut mahdollistavat palveluiden kohdentamisen strategisten tavoitteiden mukaisesti, mm. asiakaslähtöisyyden ja kustannustehokkuuden ja vaikuttavuuden parantamiseen.

Hankkeen aikana kilpailutettiin ja otettiin käyttöön kansallisten määritysten kehittämiseen tukeutuva sähköinen ajanvaraus. Lisäksi monipuolistettiin ajanvarauksen toimintoja ja kehitettiin sähköisen ajanvarauksen laajennuksen malli. Mallin avulla sähköinen ajanvaraus laajennettiin uusiin palveluihin ja kuntiin. Laajennusmallia pilotoitiin ja kehitettiin kolmen palvelun kanssa.

Sähköisen ajanvarauksen käyttöönotto sujuvoittaa ajanvarauksen prosesseja sekä ammattilaisen että asiakkaan näkökulmasta. Sähköinen ajanvaraus vähentää ammattilaisen puhelinaikaa ja vapauttaa aikaa muihin työtehtäviin. Asiakkaan näkökulmasta palvelujen saatavuus paranee, kun asiakas voi itse hallinnoida ja tarkastella ajanvarauksiaan ajasta ja paikasta riippumatta, eikä tarvitse odotella takaisin soittoa tai jonottaa puhelinajanvarauksessa. Läkkäiden asiakkaiden kohdalla on tärkeää panostaa selkeään viestintään ja ohjeistukseen sähköisen ajanvarauksen käytöstä, jotta vältetään virheelliset varaukset ja varmistetaan palvelun sujuva käyttö.

Todenteet:

[Sähköinen ajanvaraus , Itä-Uudenmaan hyvinvointialue \(RRP, P4, I4\) | Innokylä](#)

[Sähköinen ajanvaraus - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#)

Asiakaspalautteen hyödyntämisen osalta palveluyksiköillä on mahdollisuus hyödyntää asiakaspalautetta resurssitehokkuuden lisäämiseksi ja palvelujen saatavuuden parantamiseksi.

Nuorten Navi -arviointityökalu otettiin käyttöön toisen asteen opiskeluhuollossa, nuorten chat-palvelussa ja nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluyksikkö Zempissä. Lokakuussa 2025 käyttöönotto laajeni myös perusasteen opiskeluhuoltoon. Työkalun tavoitteena on tehostaa ja sujuvoittaa asiakkaiden hoidon sekä psykososiaalisen tuen arviointiprosessia myös etäpalveluissa. Digitaalisen arviointityökalun avulla asiakkaan tilanne voidaan kartoittaa jo ensimmäisellä tapaamisella, mikä on vähentänyt tarvetta useille arviointiin liittyville vastaanottokäynneille ja nopeuttanut ohjautumista oikean palvelun piiriin. Yhteinen työkalu eri yksiköissä on vähentänyt päällekkäistä työtä ja lisännyt arvioinnin yhdenmukaisuutta, mikä on parantanut resurssien käyttöä ja palvelujen saatavuutta.

Seuranta toteutetaan hyvinvointialueella Power BI- järjestelmässä ja keskitetysti Terapiat etulinjaan -toimintamallista. Power BI -järjestelmään kerätään tietoa arviointien määrästä. Lokakuuhun 2025 mennessä Nuorten Navilla on tehty 357 arviointia, joiden pohjalta on tehty vastaava määrä palveluohjauksia. Mittarit osoittavat, että työkalun käyttöönotto on nopeuttanut hoidon tarpeen arviointia, vähentänyt päällekkäisiä käyntejä ja tukenut hoitotakuun toteutumista.

Työpaketti 4.2 Ammattilaisten digitaaliset järjestelmät

Hankkeessa luotiin etähoivan ja etäpäivätoiminnan alueellinen malli. Itä-Uudenmaan hyvinvointialueen asiakkaille tarjotaan etähoivaa ja etäpäivätoimintaa. Etähoiva tarkoittaa palvelumuotoa, jossa kotihoidon käynti toteutetaan etäyhteydellä asiakkaan käytössä olevaan tablettilaitteeseen. Etäpäivätoiminta järjestää ryhmätapaamisia etänä asiakkaille, jotka eivät voi osallistua perinteiseen päivätoimintaan. Etäryhmätoiminnat aloittivat toimintansa kesällä 2025. Haasteena oli saada palveluun asiakkaita mutta he, jotka osallistuivat etätapaamisiin, olivat toimintaan tyytyväisiä.

Todenteet:

<https://www.innokyla.fi/fi/toimintamalli/etahoivan-ja-etapaivatoiminnan-alueellinen-malli-ita-uudenmaan-hyvinvointialueella>

LIITE 31: Etähoiva ja etäpäivätoiminta

Hankkeen aikana otettiin käyttöön kansallinen ratkaisu palvelutarjottimesta, eli DigiFinlandin verkkopalvelu Tarmoa. Tarmoa kuitenkin julkaistiin puutteellisena tammikuussa 2025 ja siitä puuttui olennaisia sopimuksessa luvattuja asioita, jotka vaikuttivat merkittävästi tuotteen käyttäjäkokemukseen. Tämän takia Itä-Uudellamaalla työkalua ei lähdetty markkinoimaan asukkaille tuotteen julkaisun jälkeen, vaan olennaisten puuttuvien osioiden valmistumista jäätiin odottamaan. Ammattilaisille Tarmoaista puhuttiin kehittyvänä työkaluna, jota voi käydä testaamassa ja antamassa palautetta. Tarmoa ei valmistunut sovitun laiseksi ennen palvelun irtisanomista ja projektin päättymistä kesäkuussa 2025, joten tavoiteltua palvelutuotannon resurssitehokkuuden parantamista ei voida osoittaa toteutuneen Tarmoaan avulla. Valmistelutyö palveluiden saatavuuden ja näkyvyyden edistämiseksi on kuitenkin edennyt suunnitellusti. Kaikki Itä-Uudenmaan kunnat lähtivät mukaan PTV-verkoston, jossa edistetään kuntien hyte-palveluiden tunnistamista ja niiden kuvaamista laadukkaasti palvelutietovarantoon sekä olemassa olevien palveluiden laadun kehittämistä.

Työpaketti 4.3 Johtamisen ratkaisut

Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella tiedolla johtamista on kehitetty monitasoisesti. Kehitystyön myötä on perustettu Tietojohdaminen ja analytiikka -tiimi Digipalveluihin. Tiimi vastaa tiedolla johtamisen kehityksestä ja koordinaatiosta sekä toimii tuoteomistajana tiedolla johtamisen teknologioissa. Kehitystyön aikana on kuitenkin todettu, että tiedolla johtamisen osaamista ja toteutusta tarvitaan koko organisaatiossa. Johtoryhmä ja esihenkilöt määrittelevät tietotarpeet ja henkilöstöllä on tärkeä rooli tiedon tuottajana.

Kaikki keskeisten APTJ järjestelmien datat on hankkeessa integroitu tietoaltaalle. Lisäksi tietoaltaalle on viety Prima järjestelmän henkilöstö- ja Raindance-järjestelmän kustannusdata. Erikoissairaanhoidon HUS HILMO-aineisto on myös tietoaltaalla ja se tarjoaa mahdollisuuden seurata asiakkaiden palveluketjuja eri tasoilla. Sähköisen asiointin sekä terveysasemien puhelinliikenteen TeleQ:n datat ovat myös tietoaltaalla käytettävissä. Datapohjan perusteella on toteutettu sosiaali- ja terveydenhuollontietojen tietomallinnus. Tietomallinnuksen avulla voidaan toteuttaa raportointia ja analytiikkaan johdolle. Lisäksi datapohjaa voidaan hyödyntää datan laadun ja prosessien kehityksessä sekä mm. automatisoituina tietotoimituksina kansallisiin tiedonkeruisiin. Datapohjaa hyödynnetään uuden asiakas- ja potilastietojärjestelmän käyttöönotossa. Eri järjestelmien tietoja pystytään yhdistelemään toisiinsa ja automatisoimaan eri tarkoituksiin. Visualisointi ja tiedon jakaminen tapahtuu pääasiassa Power BI:n kautta, mahdollistaen päätöksenteon tueksi analysoidun tiedon hyödyntämisen. Power BI näkymät mahdollistavat johdolle seuranta-asiakasmääristä, käyntimääristä, suoritteista sekä kustannuksista.

Alueella on johdolle tehty Johdon KPI sekä Osavuosi BI raportti, jotka automatisoivat talouden ja toiminnan keskeisimpien mittareiden seurannan. Tässä vaiheessa pääosa raportoinnista on nykytilasta kertovaa, mutta tietopohjan avulla pystytään myös jatkossa laatimaan ennusteita. Lisäksi on tehty Johdon KPI Vammaispalvelut -raportti, joka on otettu vasta käyttöön. Raportti luotiin vammaispalvelujen tietojen validointia varten ja toiminnanohjausta varten sekä vastaamaan THL:n lakisääteisiin tilastointitarpeisiin. Johdolta saamamme palautteen perusteella voimme todeta, että raportti vastaa tarvetta ja auttaa toiminnanohjauksessa. Esihenkilökoulutuksissa on korostettu tiedon laadun, yhteistyön ja teknisten ratkaisujen merkitystä resurssien käytön tehostamisessa.

Projektissa on toteutettu laaja analyysi hyte-prosessi-indikaattoreihin liittyvästä datasta. Kokonaisuus on valmistunut ja hyte-työn kehittäminen sen avulla on jo käynnistetty. Seuraavan vuoden hyte-työlle on asetettu numeeriset ja toiminnalliset tavoitteet Hyte-työn tehostamiseksi. Neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon henkilöstölle pystytään tuottamaan tietoa asiakasryhmätasolla, jotka ovat jäämässä ulkopuolelle lakisääteisistä määräaikaistarkastuksista. Avoimen datan analyysiin liittyen tunnistettiin rokotusvastaisuutta. Neuvolan henkilöstöä on koulutettu kohtaamaan sitä ja neuvoloilla on käytössä data, jonka avulla he voivat parantaa rokotuskattavuutta. Lisäksi rokotteiden kirjaamista pystytään datan perusteella yhtenäistämään uuteen asiakas ja potilastietojärjestelmään. Aikuisten hyte-prosessien hyvinvointialueen kehitystyö perustuu myös dataan ja sitä tehdään koko soten avulla. Datan avulla nähtiin, että aikuisten alkoholinriskikäytön tunnistamiseen, elintapoihin liittyvän neuvonnan tarjoamisessa sekä työttömien terveystarkastusten toteutuksessa on kehittämisen varaa. Dataan perustuen pystytään kehittämään yhtenäistä ja vaikuttavaa prosessia kyseisiin toimintoihin.

Alueella on käytössä hankesuunnitelman mukaisesti yhtenäinen projektijohtamisen malli ja digitaalinen strategisen projektityön seurantarjestelmä, joka vastaa johtamisen mallin tarpeita. Projektijohtamisen malli lisää palvelutuotannon resurssitehokkuutta ja palvelujen saatavuutta tekemällä projektityöstä ennustettavampaa, läpinäkyvämpää ja päätöksenteoltaan systemaattista. Järjestelmä ja johtamismalli yhdessä mahdollistavat tietoon perustuvia päätöksiä sellaisten projektien käynnistämisestä, joille on näyttö tarpeesta, hyödyistä ja resursseista. Tämä vapauttaa kapasiteettia ydinpalveluihin, mahdollistaa tarveperusteisen priorisoinnin ja lyhentää projektien läpimenoaikoja.

4.1.2 Miten hankkeessa käyttöön otetuilla ja/tai alueelle laajennetuilla digitaalisilla ratkaisulla on tuettu ongelmien varhaista tunnistamista ja lisätty ennaltaehkäisevien palvelujen käyttöä?

Työpaketti 4.1 Kansalaisten digitaaliset järjestelmät

Vuonna 2023 51,67 % ohjautui erikoissairaanhoidon ja vuonna 2025 digihoitopolun käyttöönoton jälkeen erikoissairaanhoidon ohjautui polulle lisätyistä asiakkaista 47,13 %. Erikoissairaanhoidon lähetteen kustannus on 1946 € henkilöltä, joten kustannuksia säästetään jokaisesta asiakkaasta, jota ei tarvitse lähettää erikoissairaanhoidon. Kaikilla digihoitopoluilla painotetaan, ohjataan ja tuetaan terveitä elämäntapoja.

Sosiaalisen kuntoutuksen ja taloussosiaalityön digipalvelupolut tukevat asiakkaan omaa toimintakykyä ja ehkäisevät raskaampiin ja kalliimpiin palveluihin ajautumista. Asiakkaat voidaan lisätä polulle jo ennen sosiaalihuollon palvelupäätöstä, joka ennaltaehkäisee sosiaalipalveluiden tarvetta.

Raskausdiabeteksen digihoitopolku ohjaa säännölliseen ja oikeanlaiseen omahoitoon, jotka ovat hoidon kulmakiviä ja siten vähentää erikoissairaanhoidon tarvetta. Ennen yhteiskäyttöistä polkua vuonna 2023 Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella oli raskausdiabeetikoita 100-120 kpl, joista 51-62 henkilöä ohjautui HUSiin. Raskausdiabeetikoita ohjautuu myös Lahteen ja Kouvolaan erikoissairaanhoidon. Syyskuussa 2025 yhteiskäyttöisellä digihoitopolulla on Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella alkaneita hoitovastuita 157. HUS erikoissairaanhoidon oli polulle lisätyistä asiakkaista 74 siirtynyttä henkilöä ajalla 1.1.2024-16.9.2025.

Nivelrikon digihoitopolulla tuetaan asiakkaan liikkumista ja toimintakykyä, jolla voidaan viivästyttää tekonivelleikkaukseen joutumista tai ylläpitää toimintakykyä mahdollisimman hyvänä. Ammattilaiset lisäävät asiakkaat nivelrikon digihoitopolulle jo ennen fysioterapeutin ensikäyntiä, jolloin asiakkaalla on jo hyvää pohjatietoa tullessaan vastaanotolle. Aikaisemmin ryhmäkuntoutus ei ole tavoittanut työikäisiä asiakkaita. Polun myötä on Power BI raportin mukaan tavoitettu 30-89 -vuotiaita asiakkaita ja aikaisemmin nivelrikkoryhmään käytetty fysioterapeuttien työaika vapautunut yksilöllistä ohjausta vaativaan työhön. Digihoitopolun myötä fysioterapeutin seurantakäynti on muutettu hoitopuheluksi.

Asiakaspalaute auttaa tunnistamaan ja löytämään palvelujen ongelmakohtia. Palautetta voidaan hyödyntää johtamisen tukena ja resurssien kohdentamisessa.

Haavoittuvat asiakasryhmät, joilla on kielimuuri tai muuten haasteita perinteisen yhteydenoton kanssa (puhelin tai fyysinen käynti) saavat apua Chatin kautta omilla ehdoillaan, joka mahdollistaa ongelmiin puuttumista varhaisessa vaiheessa. Esimerkiksi Kuuloliitolta on tullut myönteistä palautetta ja kiitosta HyVä-digille siitä, että on mahdollistettu heidän asiakaskuntansa itsenäinen asiointi ja varhainen yhteydenotto.

Nuorten Navi tukee varhaista tunnistamista mahdollistamalla systemaattisen ja rakenteisen arvioinnin heti ensimmäisellä yhteydenotolla. Työkalu ohjaa ammattilaista kartoittamaan nuoren

hoidon ja tuen tarvetta laaja-alaisesti. Se on käytettävissä myös etänä, esimerkiksi chat-palvelussa, mikä madaltaa kynnystä hakea apua. Varhainen arviointi ja ohjaus oikeaan palveluun ehkäisevät ongelmien pitkittymistä ja vähentävät raskaampien palvelujen tarvetta. Työkalun avulla ammattilainen saa kokonaiskuvan nuoren tilanteesta nopeasti ja pystyy tarjoamaan tukea oikea-aikaisesti.

Arviointien määrä (357 kpl) ja niihin perustuvat palveluohjaukset osoittavat, että ongelmat tunnistetaan aiempaa varhaisemmassa vaiheessa ja ohjataan oikeaan palveluun. Nuorten Navin ensijäsennys vastausten (n= 66) perusteella suurin osa nuorista ohjautui jatkotukeen opiskeluhuollon palveluiden piiriin. Tarkasteltaessa eri palvelutasojen jakautumista, 32 nuorta, eli noin 52 %, sai tukea opiskeluhuollon psykologin tai kuraattorin palveluista, mikä osoittaa arviointityökalun vahvistavan perustason palveluita ja tukevan varhaisen avun piiriin ohjautumista oppilaitosympäristössä. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluihin ohjautui 14 nuorta (noin 23 %) ja muuhun perusterveydenhuoltoon 7 nuorta (noin 11 %). Erikoissairaanhoidon palvelut tavoittivat 2 nuorta, mikä vastaa noin 3 % arvioiduista tapauksista. Lisäksi 2 nuorta, eli noin 3 %, sai tukea järjestöjen, yksityisten toimijoiden tai seurakuntien palveluista, ja 6 nuorta (noin 10 %) jatkoi tukea muissa palveluissa, kuten harrastus- tai yhteisötoiminnassa.

Tulokset osoittavat, että Nuorten Navi -arviointityökalu tukee tehokkaasti oikea-aikaista palveluohjausta ja vahvistaa perustason palveluita, sillä noin 70 % nuorista jatkoi tuen saantia perustasolla. Tämä on linjassa hoito- ja terapiatakuun sekä lasten ja nuorten mielenterveyden porrastetun hoidon- ja mallin tavoitteiden kanssa. Tulokset osoittavat, että Nuorten Navi on parantanut varhaista tunnistamista ja lisännyt varhaisen tuen palvelujen käyttöä opiskeluhuollossa sekä lasten ja nuorten mielenterveyspalveluissa.

Työpaketti 4.2 Ammattilaisten digitaaliset järjestelmät

Etäpäivätoiminnan tavoitteena on tukea ikääntyneiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä edistää sosiaalista osallisuutta. Toiminta on ennaltaehkäisevä palvelu itsessään ja tukee ikääntyneiden kotona asumista ja sillä pyritään viivästyttämään raskaiden palveluiden tarvetta. Koska palvelu on ollut vielä vasta muutaman kuukauden käytössä, mittaritietoja sen vaikuttavuudesta ei vielä ole.

Hankkeessa otettiin käyttöön Tarmoa, jonka tavoitteena on lisätä ennaltaehkäisevien palvelujen käyttöä ja tunnettavuutta ja tukea näin ollen ongelmien varhaista tunnistamista. Ratkaisun avulla asiakkaiden oli tarkoitus löytää matalan kynnyksen palveluja sekä hyvinvointia edistävää toimintaa yhdenmukaisesti ja helposti jo ennen raskaampien palveluiden tarvetta. Tuote julkaistiin kuitenkin keskeneräisenä eikä työkalu toiminut toivotulla tavalla, jolloin tuotetta ei lähdetty laajemmin markkinoimaan. Vaikutuksia varhaiseen tunnistamiseen ja ennaltaehkäisevien palvelujen käyttöön ei syntynyt. Hankkeen aikana kertyi kuitenkin arvokasta tietoa ja näkemystä siitä, millaisia teknisiä ja sisällöllisiä vaatimuksia vastaavan digitaalisen työkalun onnistunut käyttöönotto edellyttää.

Työpaketti 4.3 Johtamisen ratkaisut

Tietoallas toimii hyvinvointialueen suurimpana tiedon lähteenä. Tietoaltaalle on tuotu tiedot useista keskeisistä järjestelmistä, kuten henkilöstöhallinnon (Prima), asiakas- ja potilastietojärjestelmistä (Lifecare, Mediatri, Pegasos, Sosiaaliefica, Proconsona) sekä taloushallinnon järjestelmästä (Raindance). Vammaispalveluiden osalta on validoitu tietoaltaalla oleva data oikeaksi, jolloin virhetulkintojen määrä on vähentynyt. Tietoaltaan pohjalta toteutetaan keskitetysti raportointi tiedolla johtamiseen, ja henkilöstöhallinnon raportointi on jo toteutettu. Tietoaltaan tietojen pohjalta on rakennettu Power BI -raportteja johdolle ja esihenkilöille. Näiden raporttien avulla seurataan palveluiden vaikuttavuutta ja kehittämistä. Raportteja kehitetään jatkuvasti, jotta käytettävissä olisi mahdollisimman ajantasaista ja relevanttia tietoa. Logex Region analytiikkajärjestelmä on ollut alueella käytössä vuodesta 2024. Järjestelmään on viety potilastietojärjestelmien tiedot (Life Care, Pegasos ja Mediatri). Järjestelmästä tuotetaan analyysejä sekä räätälöidyt raportit johdolle.

Projektijohtamisen järjestelmässä mahdollistetaan henkilöstölle työstä nousevien kehittämissideoiden esille tuominen matalalla kynnyksellä sekä ideoiden jatkotyöstäminen vaikuttavammiksi palveluiden kehittämissuunnitelmiin. Näin mahdollistetaan työntekijöiden havaitsemien palveluiden ongelmakohtien ja ilmiötiedon rakenteellinen kehittäminen.

4.1.3 Miten hankkeessa käyttöön otetuilla ja/tai alueelle laajennetuilla digitaalisilla ratkaisuilla on mahdollistettu moniammatillisten palvelujen laajempi tarjonta ja erityisosaamisen jakaminen eri alueiden ja palvelujen järjestäjien kesken?

Työpaketti 4.1 Kansalaisten digitaaliset järjestelmät

Digihoitopoluille on koottu sisältöä moniammatillisesti, jolloin asiakas saa samassa paketissa monen ammattilaisen ohjauksen. Esimerkiksi valtimotautipolulla on kehittämistyössä ollut mukana ravitsemusterapeutti, suuhygienisti, hoitaja ja lääkäri. Sama tiedon saaminen olisi aikaisemmin tarkoittanut asiakkaalle erillisiä käyntejä eri ammattilaisten luona. Raskausdiabeteksen digihoitopolku on erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteinen polku. Samalle polulle on koottu moniammatillista sisältöä terveyteen, ravitsemukseen, liikuntaan ja elämäntapoihin liittyen. Polku mahdollistaa asiakkaalle saumattoman siirtymän perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Asiakkaan polku pysyy samana, vaikka ammattilainen taustalla vaihtuu. Sosiaalipuolen digipalvelupolkujen kehittämistyöhön on osallistunut sosiaaliohjaaja, työpajaohjaaja, asiakasohjaaja ja palveluvastaava. Innokylään on kuvattu digihoitopolut ja hyvinvointialueen IMS:iin on kuvattu digihoito- ja digipalvelupolun kehittäminen ja käyttö. Digihoito- ja digipalvelupolun käyttöönoton yhteydessä on julkaistu tiedotteet hyvinvointialueen verkkosivuilla ja intranetissä.

Asiakaspalaute auttaa asiakkaiden tarpeiden tunnistamisessa ja voi toimia keskeisenä välineenä moniammatillisten palvelujen kehittämisessä.

Nuorten Navi on yhteinen digitaalinen arviointityökalu, jota hyödyntävät useat eri ammattiryhmät eri palveluissa, kuten kuraattorit, psykologit, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja sosiaalialan työntekijät. Työkalun avulla arviointi tehdään yhteisten kriteerien ja prosessin mukaisesti, mikä yhtenäistää toimintatapoja ja tukee moniammatillista yhteistyötä. Yhdenmukainen digitaalinen alusta helpottaa tiedon jakamista ja varmistaa, että arviointitiedot kulkevat mukana nuoren siirtyessä palvelusta toiseen. Tämä vähentää toistoa ja parantaa palveluketjujen sujuvuutta. Seuranta

toteutetaan käyttötilastojen ja työkalua hyödyntävien yksiköiden määrän ja arviointien määrä eri ammattiryhmittäin. Tulosten perusteella työkalun moniammatillinen käyttö on laajentunut nopeasti ja sen käyttö on vakiintunut opiskeluholloissa, nuorten mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä chat-palvelussa. Ammatillaiset ovat raportoineet arvioinnin laadun parantuneen ja sujuvoittaneen arviointia yhteisen mallin ansiosta.

Työpaketti 4.2 Ammatillisten digitaaliset järjestelmät

Hankkeessa käyttöön otetun Tarmoan tavoitteena oli mahdollistaa hyvinvointia ja terveyttä edistävien ja moniammatillisten palvelujen laajempi näkyvyys ja tarjonta ja erityisosaamisen jakamisen eri toimijoiden ja alueiden välillä. Koska ratkaisu ei valmistunut toivotulla tavalla eikä edennyt laajempaan markkinointiin ja käyttöönottoon, moniammatillisen yhteistyön ja erityisosaamisen jakamisen tavoitteet digitaalisen palvelutarjottimen avulla eivät hankekauden aikana toteutuneet. Hankkeen aikana kuitenkin tunnistettiin vaatimuksia sille, millaisia toiminnallisuuksia ja käytettävyyttä digitaalisen palvelualueen on tarjottava, jotta se voi aidosti tukea moniammatillista yhteistyötä ja tiedon jakamista eri toimijoiden kesken.

Työpaketti 4.3 Johtamisen ratkaisut

Projektinjohtamisen malliin sisältyvä projektisalkun johtaminen mahdollistaa projektien ja resurssien tarkastelun yli palvelualueiden ja organisaatorajojen. Salkunhallinnan avulla voidaan tunnistaa, missä tarvitaan moniammatillista yhteistyötä ja missä erityisosaamista kannattaa jakaa laajemmin. Yhtenäiset dokumenttipohjat varmistavat, että eri alueiden ja ammattiryhmien osaaminen ja näkökulmat tulevat huomioituksi ja dokumentoituksi. Projektitoimisto tukee projektipäälliköitä ja muita avainhenkilöitä sekä mahdollistaa projektipäällikköverkoston toiminnan. Tämä edistää osaamisen jakamista ja moniammatillista oppimista yli organisaatorajojen.

4.1.4 Miten hankkeessa käyttöön otetuilla ja/tai alueelle laajennetuilla digitaalisilla ratkaisuilla on mahdollistettu asiakkaiden roolin vahvistaminen ja sitä kautta tehostuminen ja vaikuttavuuden kasvu?

Työpaketti 4.1 Kansalaisten digitaaliset järjestelmät

Digihoito- ja digipalvelupolulla asiakas on aktiivisena toimijana. Asiakkaan tulee itse kirjautua polulle ja itsenäisesti käydä polun sisältöä läpi. Asiakkaan vastuu omasta hoidostaan kasvaa, kun hänellä on ohjausmateriaali saatavilla ajasta ja paikasta riippumatta. Polulla oleva sisältö on asiakkaan käytössä ympäri vuorokauden. Polun aktiivisen aukioloajan jälkeen asiakkaalle jää lukuoikeus polun materiaaleihin, joten hän voi palata niihin pitkänkin ajan kuluttua. Digihoito- ja digipalvelupolut sisältävät itsenäistä reflektointia tukevia kyselyitä, joista asiakas saa vastausten perusteella kannustavaa palautetta. Raskausdiabeteksen digihoitopolulle liitettyjen asiakkaiden määrä ajalla 10/2024 – 09/2025 on 156 asiakasta, joista kirjautuneita 150 asiakasta. Tämä kuvastaa asiakkaan vastuun ottamista omasta hoidostaan.

Sähköisen ajanvarauksen käyttöönotolla ja laajentamisella parannetaan ajanvarausprosessien sujuvuutta, ja lisätään asiakkaan mahdollisuuksia hallita omia ajanvarauksiaan joustavasti ajasta ja paikasta riippumatta. Sähköisen ajanvarauksen hyötyjä saadaan näkyväksi jo yksinkertaisilla toiminnoilla, kuten mahdollistamalla asiakkaalle varatun ajansiirtoja peruminen tai pelkästään varatun ajan perumien sähköisesti.

Asiakkaat ovat voineet antaa asiakaspalautetta verkkosivujen ja QR-koodin kautta 11/2024 alkaen. Tekstiviestipalautteet on otettu käyttöön muutamissa palveluissa pilotti-integraation myötä 06/2025. Järjestelmän käyttöönoton myötä palautetta saatiin verkkosivujen ja QR-koodien kautta noin 50 kpl kuukaudessa. Tekstiviestipalautteiden myötä palautteiden määrä on lisääntynyt huomattavasti, niitä annetaan reilut 300 kpl kuukaudessa. Systemaattisen palautteenkeruun myötä NPS-indeksi on todenmukaisempi ja ollut selvästi noususuuntainen. Verkkosivujen ja QR-koodien kautta annetuissa palautteissa NPS-indeksin vaihteluväli on ollut -47 – -4. Tekstipalautteiden myötä NPS-suosittelemisindeksi on vakiintunut välille 69–72. Tekstiviestipalautteiden osalta vastausprosenttitaavoite on yli 20.

Nuorten Navi vahvistaa nuoren roolia arviointiprosessissa, sillä se sisältää itsearviointiosuuden, jonka avulla nuori voi tuoda oman näkemyksensä esille. Arvioinnin tulokset käydään läpi yhdessä ammattilaisen kanssa, mikä lisää osallisuutta, ymmärrystä omasta tilanteesta ja sitoutumista hoitoon tai tukeen. Työkalun digitaalinen käyttö mahdollistaa myös etäarvioinnin, mikä tekee avun hakemisesta helpompaa ja vähentää asiointikynnystä. Nuori saa palautetta omasta tilanteestaan heti arvioinnin yhteydessä, mikä lisää kokemusta siitä, että apua on saatavilla nopeasti ja johdonmukaisesti. Tulosten perusteella nuoret ovat saaneet apua aiempaa nopeammin ja kokeneet arvioinnin osallistavampana. Työkalun käyttö on lisännyt palvelujen koettua vaikuttavuutta ja vahvistanut asiakkaan roolia omassa palvelupolussa.

Nuorten navin kyselyyn vastanneista (n=66) ammattilaisista suurin osa koki, että Nuorten Navi -arviointityökalu sujuvoitti merkittävästi nuoren tuen tarpeen arviointia ja ensijäsennystä. Vastaajista 46 % ilmoitti, että työkalu sujuvoitti arviointia selvästi, ja 40 % koki sen sujuvoittaneen jonkin verran. Näin ollen yhteensä 86 % vastaajista arvioi, että Nuorten Navilla oli myönteinen vaikutus työn sujuvuuteen. Ainoastaan 14 % vastaajista arvioi, ettei työkalulla ollut merkittävää vaikutusta arviointiprosessiin ja yksikään vastaaja ei kokenut sen haitanneen työtä. Tulokset osoittavat, että Nuorten Navi on lisännyt arviointiprosessin tehokkuutta ja yhdenmukaisuutta sekä tukenut ammattilaisten mahdollisuutta tehdä laadukkaita arvioita jo ensimmäisen tapaamisen yhteydessä. Työkalun avulla nuoren palvelutarpeen jäsenys tapahtuu aiempaa nopeammin ja systemaattisemmin, mikä vähentää päällekkäistä työtä ja nopeuttaa oikea-aikaista ohjautumista hoitoon tai tukeen.

Chatbot on käytettävissä vuorokauden ympäri. Käyttäjämäärät osoittavat, että tarve digitaaliselle asiointille on olemassa.

Työpaketti 4.2 Ammattilaisten digitaaliset järjestelmät

Hankkeessa käyttöön otetun Tarmoan tavoitteena oli vahvistaa asiakkaiden roolia oman hyvinvointinsa ja palveluiden hyödyntämisen osalta. Ratkaisun avulla asiakkaiden oli tarkoitus saada ajantasainen ja helposti saavutettava kokonaiskuva tarjolla olevista ennaltaehkäisevistä palveluista

ja toiminnoista, mikä olisi tukenut heidän omaa päätöksentekoaan sekä lisännyt mahdollisuuksia toimia aktiivisesti jo ennen raskaampien palveluiden tarvetta. Koska hankkeen aikana käyttöön otettu ratkaisu ei valmistunut toivotulla tavalla, asiakasroolin vahvistumista Tarmoan avulla ei voida todentaa. Tarmoaa ei markkinoitu asukkaille eikä tämän vuoksi myöskään asiakaspalautteita ratkaisusta alueella ole kertynyt.

Työpaketti 4.3 Johtamisen ratkaisut

Tiedolla johtamisen näkökulmasta keskeiset välilliset hyödyt asiakkaille ovat reaaliaikaisen asiakasdatan tuotto, sillä ratkaisut tuottavat jatkuvaa tietoa asiakkaiden palveluiden käytöstä, joka puolestaan mahdollistaa nopeammin reagoimisen ja resurssien kohdentaminen.

4.2 Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ja kansalaisten osaamisen tukeminen ja digitaalisten ratkaisujen käytön tuki

4.2.1 Miten sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamisen tukemista ja digitaalisten ratkaisujen käytön lisäämistä on edistetty?

Työpaketti 4.1 Kansalaisten digitaaliset järjestelmät

Digihoitopolkujen käyttöönottoa ja hyödyntämistä on tuettu monipuolisin toimenpitein. Digihoito- ja digipalvelupolkujen järjestelmien koulutuksia sekä esittelytilaisuuksia digihoitopolkujen sisällöistä, käytöstä ja potilasohjauksesta on järjestetty kaikissa niissä yksiköissä, missä digipolut ovat käytössä. Esittelytilaisuuksia on pidetty 23 kpl ja niihin osallistuneita noin 50. Lisäksi on pidetty digipolkujen käytön tukiklinikoita noin 30 kpl, joihin ammattilaiset ovat voineet osallistua oman tarpeen mukaan. Ammattilaisille on luotu sisäisiä selkeitä käyttöohjeita, muistilistoja ja työprosesseja, jotka helpottavat digihoitopolkujen käyttöä osana hoitoprosesseja. Materiaalit ovat saatavilla intranetissä ja osana sähköistä työympäristöä. Digihoitopoluille on aina nimetty palvelusta vastaava, pääkäyttäjät sekä tekniset pääkäyttäjät, jotka tukevat kollegoita käytännön tilanteissa. Hoitopoluille lisättyjen potilaiden määrä kertoo, että ammattilaiset osaavat käyttää digihoito- ja digipalvelupolkuja päivittäisessä työssään.

Sähköisen ajanvarauksen laajennuksen mallissa sovellettiin ADKAR menetelmää tapaamisten sisältöjen suunnittelussa. Toimintamallissa edetään neljän tapaamisen kautta sähköisen ajanvarauksen käyttöönottoon, tavoitteena että ammattilaiset sitoutuvat kehittämistyöhön ja palvelun käyttö jää vakituisiksi myös projektin jälkeen. Sähköinen ajanvaraus otettiin käyttöön kaikissa kolmessa palveluissa, joissa toimintamallia pilotoitiin (lääkinnällinen kuntoutus, suun terveydenhuolto sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto). Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ajanvarausten suunnittelu vaati kuitenkin useamman tapaamisen ja koulutustilaisuuden, koska sähköisen ajanvarauksen käyttöönotto tässä palvelussa vaati toiminnan muutosta.

Asiakaspalautteen keruujärjestelmän käyttöönotosta on viestitty sisäisesti säännöllisesti. Palautteen käsittelystä on järjestetty kaksi koulutusta toimittajan toteuttamana. Toinen koulutuksista on tallennettu ja esihenkilöiden käytettävissä. Lisäksi on laadittu sisäisiä ohjeistuksia palautteiden käsittelemiseksi.

Nuorten Navin osalta sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista on vahvistettu monitasoisesti sekä digitaalisten ratkaisujen käyttöönoton ja menetelmäosaamisen kautta. Henkilöstölle on järjestetty taitopajoja työvälineen käyttöönoton vahvistamiseksi. Nuorten Navi -arviointityökalun laaja käyttöönotto on yhtenäistänyt arviointikäytäntöjä ja ohjannut henkilöstöä systemaattiseen, rakenteiseen arviointiin heti ensimmäisellä yhteydenotolla. Työkalu toimii yhteisenä arvioinnin mallina eri ammattiryhmille; kuraattoreille, psykologeille, hoitajille ja sosiaalialan työntekijöille ja näin tukee moniammatillista yhteistyötä.

Työpaketti 4.2 Ammattilaisten digitaaliset järjestelmät

Kaikista digitaalisista järjestelmistä on järjestetty henkilökunnalle koulutusta niissä yksiköissä, missä järjestelmät ovat käytössä. Lisäksi digipolkujen käytön tukiklinikoita on pidetty noin 30 kpl, joihin ammattilaiset ovat voineet osallistua oman tarpeensa mukaan. Tukiklinikoissa on ollut vaihtelevasti osallistujia, 1–3 henkilöä / krt. Henkilöstölle on vuoden 2025 aikana järjestetty 17 Viikon vinkki -tilaisuutta, jotka ovat toimineet henkilökunnan digitukitilaisuuksina. Tilaisuuksissa on kerrottu eri digitaalisista järjestelmistä ja palveluista. Tilaisuuksista on tehty tallenteet ja koottu materiaali intraan omalle sivulle. Osallistujia Viikon vinkki -tilaisuuksissa on ollut 241 henkilöä.

Etävastaanottokoulutuksia on pidetty yksikkökohtaisesti. Digitaalisten palveluiden käyttämiä yksiköitä on hankkeen päättyessä noin 70 kpl, kun hankkeen alkuvaiheessa niitä oli vain muutama.

Hankkeen aikana sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista palvelutarjottimen hyödyntämisestä osana omaa työtä vahvistettiin järjestämällä koulutuksia Tarmoasta. Tavoitteena oli lisätä henkilöstön ymmärrystä Tarmoan hyödyntämisestä palveluohjauksessa, ennaltaehkäisevässä työssä ja hyvinvoinnin edistämässä. Henkilöstöllä on koko hankkeen ajan ollut valmius ja kiinnostus hyödyntää digitaalisia ratkaisuja, mutta Tarmoan keskeneräisyys esti laajemman käyttöönoton ja siihen liittyvien osaamistavoitteiden täysimääräisen saavuttamisen.

Työpaketti 4.3 Johtamisen ratkaisut

Tiedolla johtamisen osaamista on kehitetty tietoisuuksilla, Power Bi koulutuksilla, nauhoitetuilla koulutuksilla mm. Logex region analytiikkajärjestelmän käytöstä ja miten tietoja voidaan hyödyntää palveluiden kehittämisessä.

Projektijohtamisen mallissa projektitoimisto kehittää koko organisaation projektihenkilöstön projektiosaamista ja koulutusta. Johtamismallivalmennusten lisäksi on järjestetty erillisiä järjestelmäkoulutuksia 3 kpl ja lisäksi tukea on saatavilla matalalla kynnyksellä järjestelmän käyttöön liittyvissä kysymyksissä. Järjestelmän käyttöopas ja käyttötarkoitus on kuvattu Intraan. Hankesuunnitelman mukaisten projektin vaativuusluokittelujen määrä on kasvanut 35 % meneillään olevista projektista, kun lähtötaso on ollut 0%.

4.2.2 Miten kansalaisten ymmärrystä ja osaamista digitaalisten palvelujen käytöstä terveyden ja hyvinvoinnin tukena on edistetty?

Työpaketti 4.1 Kansalaisten digitaaliset järjestelmät

Hyvinvointialueen asukkaita on tuettu digihoito- ja digipalvelupolkujen käytössä selkokielisillä ohjeilla, jotka on laadittu sekä suomeksi että ruotsiksi. Ohjeet auttavat asukkaita kirjautumaan palveluun, käyttämään digihoito- tai digipalvelupolkua ja ymmärtämään sen sisällön. Asukkaille on tarjottu mahdollisuus henkilökohtaiseen ohjaukseen esimerkiksi vastaanottokäynnin yhteydessä tai puhelimitse. Ammatillaiset opastavat tarvittaessa digihoito- tai digipalvelupolunkäytössä ja vastaavat kysymyksiin.

Sähköisen ajanvarauksenjärjestelmässä asiakkaita ohjeistetaan asiakkaille näkyvillä ohjausteksteillä. Ohjaustekstejä suunniteltiin yhdessä palveluiden kanssa ja parannettiin ammattilaisilta ja asiakkailta saatujen palautteiden mukaan. Influenssarokotusten ajanvarauksessa huomattiin iäkkäiden varaavan aikoja väärin palveluihin. Ohjausta parannettiin vaihtamalla sähköisen ajanvarauksen palveluvalikon nimien järjestystä, jolloin kausirokotukset tarjoutuivat ensimmäisenä. Lisäksi alueen verkkosivuille tehtiin linkit, jotka veivät suoraan sähköisen ajanvarauksen kausirokotusvalikkoon niin että, palvelu on jo valittu.

Asiakaspalautteen keruun osalta ensimmäinen verkkosivu-uutinen hyvinvointialueen asukkaille julkaistiin 10/ 2025 tekstiviestipalautteen käyttöönoton myötä. Uutisessa kerrottiin systemaattisen palautteenkeruun positiivisesta vaikutuksesta NPS-indeksiin sekä tuotiin esille palveluista saatua hyvää palautetta.

Kansalaisten, erityisesti nuorten ja heidän huoltajiensa ymmärrystä ja osaamista digitaalisten palvelujen hyödyntämisestä on vahvistettu Nuorten Navin käyttöönoton ja siihen liittyvän viestinnän avulla. Nuorten Navista on viestitty laajasti osana lasten ja nuorten mielenterveyden tuen ja hoidon arviointia, jotta työkalun tarkoitus, toiminta ja hyödyt olisivat kaikille osapuolille selkeät. Viestintää on toteutettu hyvinvointialueen sisäisissä kanavissa, oppilaitoksissa, opiskeluhuollossa ja terveydenhuollossa sekä nuorille suunnatuissa digipalveluissa. Näin on varmistettu, että tieto digitaalisen arviointityökalun käytöstä tavoittaa nuoret, huoltajat ja ammattilaiset kattavasti ja yhdenvertaisesti.

Nuorten ja huoltajien digitaalista osaamista on vahvistettu konkreettisesti arviointiprosessin aikana. Ammatillainen ohjaa täyttämään Nuorten Navin osoitteessa nuortennavi.fi ja varmistaa tarvitaanko tukea arvioinnin tekemisessä. Arviointi voidaan tehdä itsenäisesti tai yhdessä huoltajan tai ammattilaisen kanssa joko etänä tai kasvokkain, mikä lisää nuorten valmiuksia käyttää digitaalisia terveyspalveluja erilaisissa tilanteissa. Arvioinnin jälkeen ammatillainen käy nuoren ja huoltajan kanssa läpi tulokset ja keskustelelee jatkosuunnitelmista, mikä auttaa nuorta ymmärtämään, miten digitaalinen arviointi liittyy hänen omaan hoitoonsa ja arjen hyvinvointiin.

Koosteraportin siirtäminen asiakas- tai potilastietojärjestelmään osana hoitopolkua lisää nuoren ja huoltajan ymmärrystä siitä, että digitaaliset palvelut ovat olennainen osa palvelujärjestelmää ja tukevat tiedon jatkuvuutta. Viestinnän avulla on korostettu työkalun hyötyjä, kuten matalan kynnyksen tuen saatavuutta, helppoa etäasiointia ja nopeampaa ohjautumista oikeaan palveluun. Tämä on rohkaissut nuoria ja perheitä käyttämään digitaalisia hyvinvointipalveluja luontevana osana arkea ja vahvistanut heidän valmiuksiaan hyödyntää digitaalisia ratkaisuja terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Nuorten navin täyttömäärä on lisääntynyt 408 kertaan.

Työpaketti 4.2 Ammattilaisten digitaaliset järjestelmät

Hankkeen tavoitteena oli lisätä kansalaisten tietoisuutta ja osaamista palvelutarjottimen hyödyntämisestä oman hyvinvoinnin ja terveyden tukena. Tavoitteiden saavuttamiseksi suunniteltiin Tarmoan käyttöönottoa, jonka avulla asukkaiden oli tarkoitus löytää ennaltaehkäiseviä palveluja ja hyvinvointia tukevia toimintoja helposti yhdestä kanavasta. Koska Tarmoa julkaistiin keskeneräisenä, ei sitä otettu aktiiviseen käyttöön alueella, ja varsinaisia kansalaisille suunnattuja viestintä- ja ohjaustoimia ei toteutettu. Näin ollen kansalaisten ymmärryksen ja osaamisen ja palvelujen käytön lisääntymistä ei voida osoittaa hankekaudella. PTV-verkoston avulla on kuitenkin edistetty kuntien hyte -palveluiden näkyvyyttä ja saavutettavuutta, mikä tukee asukkaiden mahdollisuuksia löytää ja hyödyntää hyvinvointipalveluja.

4.3 Kansalaisten digitaaliset palvelut (työpaketti 4.1)

Tavoitteena oli tuoda digipalvelut helpommin asiakkaan saataville, yhtenäistää digipalveluiden valikoimaa sekä ottaa käyttöön keskitetty digisotokeskus -toimintamalli. Tavoitteena oli myös koota sähköiset palvelut yhteen portaaliin / sivustolle, sähköisten palveluiden käytön lisääntyminen siten, että 35% asiakaskontakteista hoidetaan sähköisin välinein.

Tavoitteet saavutettiin kokonaan. Hyvinvointialueen digitaaliset palvelut on koottu yhdelle verkkosivulle, digitaalista palveluvalikkoa on lisätty ja HyVä-digi -toimintamalli on otettu käyttöön. Vielä kesäkuussa 2024 niiden palveluiden määrä, joissa oli käytössä digitaalinen ratkaisu oli 32 kpl. Hankkeen päättyessä vastaava luku on 75 kpl. Hankkeen aikana sähköisten asiointien määrä on Logex -tietojen mukaan ollut parhaimmillaan 38% toukokuussa 2025 yhteisissä terveystalouksissa ja hankkeen päättyessä vastaava luku on 34,5% pelkästään yhteisissä terveystalouksissa.

4.3.1 Miten asiakaspalautteen keruun kehittäminen on edennyt?

Hanke on ollut mukana kansallisessa kehittämistyössä. Pilotointiin ei ole osallistuttu, koska siihen ei ole ollut valmiuksia alueen yhtenäisen asiakas- ja potilastietojärjestelmän kilpailutuksen vuoksi.

Digitaalinen kysely- ja raportointi järjestelmä (VitecRoidu Oy) on otettu käyttöön. Järjestelmä ja on käytössä verkkosivujen osalta kaikissa palveluissa ja tekstiviestipalautteiden osalta pilotissa THL:n määrittelemissä ensisijaisissa palveluissa (lääkärien ja hoitajien avosairaanhoidon vastaanotot, lääkinnällinen kuntoutus, äitiysneuvolapalvelut, suun terveydenhuollon palvelut). Osa palveluista kuuluu HUS:lle järjestämissopimuksen mukaisesti. Pelastustoimella ollut aiemmin useita eri palautekyselyitä. Näistä luovuttu ja otettu käyttöön yksi yhtenäinen Pelastuslaitoksen asiakaspalaute Roidun järjestelmässä. Asiakaspalautetta kerätään kansallisesti sovitulla mittareilla.

Todenteet:

[Palaute - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#)

Asiakaspalautteen keräämisen toimintamallilla pyritään asiakaskokemustiedon systemaattiseen keräämiseen uuden asiakaspalautejärjestelmän avulla. Tavoitteena oli hankkia palautejärjestelmä, jonka myötä on mahdollista tuottaa laadukasta, vertailukelpoista ja ajantasaista tietoa asiakaskokemuksesta ja asiakaspalautteesta. Palautejärjestelmä jää käyttöön hyvinvointialueelle.

Todenteet:

[Asiakaskokemustiedon kerääminen uuden asiakaspalautejärjestelmän avulla, Itä-Uudenmaan HVA \(RRP, P4, I4\) | Innokylä](#)

LIITE 13: Asiakaspalautteen käsittely

4.3.2 Miten sähköisen ajanvarauksen kehittäminen on edennyt?

Porvoon sähköinen ajanvaraus kilpailutettiin alkuvuodesta 2024 ja uusi järjestelmä otettiin käyttöön 12/2024–01/2025 aikana niissä Porvoon palveluissa, joissa sähköinen ajanvaraus oli jo aiemmin käytössä. Näihin palveluihin kuuluivat terveysasemapalveluiden kausirokotukset, lastenneuvolapalveluiden terveydenhoitajan määräaikaistarkastukset ja influenssarokotukset sekä ehkäisyneuvolan terveydenhoitajan tarkastukset. Käyttöönoton jälkeen kaikki Porvoon asiakas- ja potilastietojärjestelmässä olevat asiakkaat ovat voineet nähdä ajanvarauksensa sekä hallinnoida ajanvarauksiaan vahvasti tunnistautuneena sähköisessä ajanvarauksessa. Asiakkaille mahdollistettiin myös puolesta asiointi suomi.fi-valtuuksin. Kilpailutuksessa huomioitiin kansalliset ajanvarauksen määrittelyt, mutta hanke ei ole ollut mukana sähköisen ajanvarauksen kansallisessa kehittämistyössä eikä ole osallistunut pilotointiin.

Projektin tavoitteina oli monipuolistaa ajanvaraustoiminnallisuuksia, laajentaa sähköistä ajanvarausta uusiin palveluihin ja kuntiin sekä kehittää sähköisen ajanvarauksen laajennusmalli, jota voidaan hyödyntää jatkossa. Toiminnallisuuksia monipuolistettiin ottamalla käyttöön uusia ominaisuuksia, kuten ikärajojen hallinnointi, varatun ajan siirto eteen- tai taaksepäin, ajan siirto vain samanpituiselle ajalle kuin alkuperäinen varaus sekä ajan siirto vain samalle ammattilaiselle kuin alkuperäinen varaus. Ikärajojen hallinnointi mahdollisti palvelukohtaisen määrittelyn siitä, minkä ikäiselle asiakkaalle voidaan varata aika sähköisesti sekä minkä ikäisen varaama aika voidaan perua tai siirtää. Palveluidentarpeiden mukaan asiakkaalle voitiin mahdollistaa joko pelkkä ajan peruutus tai sekä peruutus että siirto.

Projektin aikana otettiin käyttöön myös ajanvarauksen syyvalikko sekä kuntavalikko. Moni- ja sarjavarauksia sekä ajanvarauksen kutsutoimintoa ei voitu ottaa käyttöön, koska potilastietojärjestelmä ei teknisesti mahdollistanut tätä perusterveydenhuollon puolella. Kutsutoiminnolle olisi ollut selkeä tarve useissa palveluissa, mikä kävi ilmi yhteisissä palveluiden tapaamisissa.

Laajennusmallia pilotoitiin lääkinnällisessä kuntoutuksessa, suun terveydenhuollossa sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa. Toimintamallin tarkoitus on tukea sähköisen ajanvarauksen suunnittelua yksiköissä, joissa sitä ei vielä ole käytössä, auttaen huomioimaan kaikki tarvittavat asiat jo suunnitteluvaiheessa.

Sähköistä ajanvarausta laajennettiin Askolan, Pukkilan ja Myrskylän kuntiin terveysasemapalveluiden kausirokotuksissa, lastenneuvolapalveluiden terveydenhoitajan määräaikaistarkastuksissa ja influenssarokotuksissa sekä ehkäisyneuvolan terveydenhoitajan tarkastuksissa. Lisäksi sähköinen ajanvaraus otettiin käyttöön koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa Porvoossa, Askolassa, Pukkilassa ja Myrskylässä. Samalla edistettiin yhtenäisten ajanvarauskäytäntöjen käyttöönottoa ja suunnittelua alueellisesti koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa.

Laajennus kuntiin ja uusiin palveluihin toteutui hitaammin kuin alun perin suunniteltiin. Alueella on samanaikaisesti käynnissä uuden yhtenäisen potilastietojärjestelmän käyttöönotto, mikä on vaikuttanut sähköisen ajanvarauksen projektiryhmän resursseihin ja aikatauluihin. Ajanvarauskäytäntöjen yhtenäistäminen todettiin tärkeäksi osaksi sähköistä ajanvarausta, mikä vaati tarkempaa suunnittelua ja enemmän aikaa projektissa. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sähköisen ajanvarauksen käyttöönotossa jouduttiin tekemään teknisiä muutoksia potilastietojärjestelmään, mikä osaltaan hidasti projektin etenemistä. Koulu ja opiskeluterveydenhuoltoon ei saatu projektin loppuun mennessä käyttöön kaikkia toivottuja ajanvarausmahdollisuuksia.

Projektin mittareiksi asetettiin sähköisesti varattujen, peruutettujen ja siirrettyjen aikojen lukumääriä sekä varausten tehneiden asiakkaiden ikäjakauma. Ajalla 12/2024–10/ 2025 varattiin sähköisesti 4350 aikaa, peruutettiin 389 aikaa ja siirrettiin 8 aikaa. Nuorimmat käyttäjät sijoituivat 11-15.v välille ja iäkkäimmät käyttäjät 71-81.v välille. Projektin päättyessä alueella toimii edelleen kolme erillistä sähköisen ajanvarauksen järjestelmää. Hankkeen aikana palveluita sekä ajanvarausmahdollisuuksia laajennettiin Porvoon, Askolan, Pukkilan ja Myrskylän alueilla. Nyt viidessä alueen seitsemästä kunnasta on mahdollista varata aikoja samoihin palveluihin, mikä edistää palveluidensaavutettavuutta ja yhdenmukaisuutta.

Todenteet:

LIITE 14: Sähköinen ajanvaraus

[Sähköinen ajanvaraus - Itä-Uudenmaan hyvinvointialue](#)

4.3.3 Miten mobiilisovellusten ja digitaalisten palvelujen arviointimallin kehittäminen on edennyt?

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue on ollut FINCCHTA-verkostossa mukana kuulemassa kehitystyöstä, mutta ei ole aktiivisesti osallistuneet kehittämistyöhön. Tavoitteena on tulevaisuudessa hyödyntää arviointimallia.

4.3.4 Miten itse- ja omahoidossa syntyvien tietojen hyödyntämisen kehittäminen on edennyt?

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue ei osallistunut tähän kehittämistyöhön

4.3.5 Miten kansalaisten etäpalvelujen kehittäminen on edennyt?

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue ei osallistunut tähän kehittämistyöhön

4.3.6 Miten työ- ja toimintakyvyn digitaalisen itsearviointivälineen kehittäminen on edennyt?

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue ei osallistunut tähän kehittämistyöhön.

4.3.7 Miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kansallisen palvelukonseptin digitaalisen ratkaisun kehittäminen on edennyt?

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue osallistui kansallisen palvelukonseptin digitaalisen ratkaisun, Tarmoan, kehittämiseen osana kansallista yhteistyötä. Hanke oli mukana myös palvelun pilotoinnissa, joka toteutettiin Etelä-Suomen YTA-alueella 25.3.–24.5.2024. Hankkeen aikana Tarmoa otettiin käyttöön 01/ 2025 kansallisena palveluna. Palvelu oli julkaisun jälkeen vapaasti kaikkien Itä-Uusimaalaisten käytettävissä, mutta palvelun keskeneräisyys julkaisun aikaan ja puutteellinen toiminnallisuus estivät laajemman käyttöönoton ja markkinoinnin asukkaille. Ammattilaisille Tarmoa esiteltiin kehittyvänä työkaluna, jota pyydettiin testaamaan ja arvioimaan. Palvelun käyttöönottoa ei hankekauden aikana laajennettu uusiin asiakas- tai ammattiryhmiin.

Tarmoan keskeinen ongelma oli, että pahimmillaan se palautti hakutuloksena kymmeniä muiden hyvinvointialueiden palveluita, jolloin sisältö ei ollut alueellisesti käyttökelpoista. Väärien palvelujen piilottamista varten olisi tarvittu pääkäyttäjien moderointimahdollisuuksia, mutta ne eivät olleet julkaisun aikaan käytössä. Koska pääkäyttäjät eivät päässeet piilottamaan väärinnousevia palveluita, ei Tarmoa voitu lähteä markkinoimaan, ennen kuin tämä ongelma olisi korjattu. Lisäksi alussa ongelmana oli Lähellä.fi ja PTV:n välisen integraation ongelmat, jonka vuoksi palveluita oli tarjottimella todella vähän.

Hankkeen tavoitteena oli liittää Tarmoa osaksi alueen ennaltaehkäiseviä toimintamalleja ja palvelupolkuja, kouluttaa henkilöstöä sen käyttöön sekä vahvistaa ymmärrystä palvelutietojen ajantasaisuuden merkityksestä. Tavoitteet toteutuivat osittain; Tarmoa ei päässyt osaksi toimintamalleja sen keskeneräisyyden vuoksi, eikä varsinaisia käyttöön liittyviä koulutuksia voitu toteuttaa. Sen sijaan hankkeen aikana vahvistettiin palvelutietojen laatua ja näkyvyyttä. Itä-Uudellamaalla perustettiin kuntien kanssa yhteinen PTV-verkosto, jonka työskentelyä fasilitoi Tiera. Verkosto tuki kuntia palvelutietojen kuvaamisessa ja paransi ymmärrystä tiedonhallinnan merkityksestä digitaalisten palvelujen taustalla. Palvelutietovarannossa ja Lähellä.fi-palvelussa on yhä kasvavissa määrin alueen hyte-palveluita, mutta joidenkin yhteistyö kumppaneiden kanssa ei ole vielä päästy etenemään, kuten seurakuntien.

Hankkeen aikana on seurattu PTV:ssä kuvattujen THL:n HYTE minimikriteerien ja niitä täydentävien teemojen mukaisten palvelujen määrää, joissa on ollut tasaista nousua. Lisäksi hankkeen aikana kerättiin ammattilaispalautetta Tarmoan testauskampanjassa 04/ 2024. Testaaja ohjattiin antamaan palautetta Tarmoan sivuilla olevan palautelomakkeen kautta. Vastausten perusteella suurin osa testaajista arvioi Tarmoan olevan hyödyllinen työväline asiakas- ja palveluohjauksessa sekä työaika säästävä ratkaisu. Palautteissa kuitenkin korostui hakutulosten virheellisyys, kun muiden alueiden palveluita nousi näkyviin Itä-Uudenmaan hakutuloksissa. Tarmoan analytiikkaraporttien mukaan sivustolle saapumisia oli 05/ 2025 yhteensä 471 kpl (evästeet hyväksyneet). Asiakaspalautteita ei kertynyt, koska palvelua ei markkinoitu asukkaille. Vaikka Tarmoan toiminnalliset tavoitteet eivät hankekaudella täysimääräisesti toteutuneet, hankkeen keskeisin tuotos ja hyöty oli alueellisen yhteistyön vahvistuminen sekä käytännön oppien kertyminen siitä, millaisia teknisiä, sisällöllisiä ja organisatorisia edellytyksiä digitaalisen palvelutarjottimen onnistunut käyttöönotto edellyttää.

4.3.8 Miten digitaalisten vertaistukipalvelujen kehittäminen on edennyt?

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue ei osallistunut tähän kehittämistyöhön

4.4 Ammattilaisten digitaaliset järjestelmät (työpaketti 4.2)

Työpaketin tavoitteena oli ottaa käyttöön uusia digitaalisia työvälineitä pitkäaikaissairaiden hoitoon, huomioiden kotihoidon palveluiden piirissä olevat asiakkaat. Lisäksi tavoitteena oli, että alueella on yhtenäinen käytössä oleva etähoivan toimintamalli. Nämä tavoitteet ovat toteutuneet täysin.

Hankkeessa otettiin käyttöön etähoivan toimintamalli sekä seuraavia ammattilaisten digitaalisia työvälineitä:

- Digihoido- ja digipalvelupolut
- TerveyskyläPRO
- Etähoiva
- Etäpäivätoiminta
- Lääkeautomaatit
- Puheentunnistus

4.4.1 Miten ammattilaisten digitaalisten työvälineiden kehittäminen on edennyt?

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue ei ole ollut mukana ammattilaisten digitaalisten palveluiden kansallisessa kehittämistyössä.

Digihoido- ja digipalvelupolut (digipolut) ovat käytössä sekä terveydenhuollossa terveysasemilla ja äitiysneuvoloissa että sosiaalihuollossa työikäisten palveluissa, lapsiperhepalveluissa, vammaispalveluissa ja ikääntyneiden palveluissa. Digipolkuja hyödynnetään sosiaalipalveluissa omaishoidon, taloussosiaalityön, perheoikeudellisen yksikön sekä sosiaalisen kuntoutuksen toiminnassa. Polkuja kehitettiin palveluiden tarpeesta ja ne ovat räätälöity sopimaan heidän toimintamalleihinsa. Terveysneuvon digipolkuja ovat raskausdiabetes, nivelrikko, valtimotaudit, lasten kuntoutus, tukkoinen nenä ja kuivasilmäisyys digipolut. Hankkeessa luotiin myös digipolun käyttöönoton toimintamalli, jonka tavoitteena oli, että palveluissa voidaan ottaa käyttöön digihoido- tai digipalvelupolkuja. Mallin mukaisesti on otettu käyttöön luvussa 7.1.1 kuvatut digipolut. Hankesuunnitelman mukainen tuotostavoite toteutui, sillä hankkeen aikana otettiin käyttöön 10 digihoido- tai digipalvelupolkuja.

TerveyskyläPRO on ammattilaisille suunnattu palveluportaali. Hankkeen aikana toteutettiin palveluun AD-kirjautuminen, jotta ammattilaisten olisi helpompi kirjautua palveluun ja hyödyntää sen sisältöä työssään. Palvelu on kaikkien hyvinvointialueen ammattilaisilla käytettävissä. Palvelun sivukatselumääriä on seurattu ja ajalla 1/2025–11/2025 on Itä-Uudenmaan sivukatseluita ollut 16 782 kpl. Luku on kasvanut edelliseen vuoteen verrattuna 47 %. Ammattilaiset ovat siis hyvin löytäneet TerveyskyläPRO palvelun, joka oli hankkeen tavoite.

Etähoivan toimintamalli otettiin käyttöön kotihoidossa. Hoidon tarpeenarvioinnissa arviointitiimi arvioi soveltuuko asiakas etähoivan asiakkaaksi. Hankkeen tavoitteena oli luoda etähoivan alueellinen

malli ja ottaa se käyttöön keskitetyssä etähoivayksikössä. Tavoitteet on saavutettu ja etähoivayksiköntoiminta on jo vakiintunut alueella.

Etäpäivätoiminnan liittäminen etähoivan toimintamalliin toteutettiin syksyllä 2025. Toiminta on hitaasti käynnistynyt ja toimintaa on laajennettu koskemaan etähoivan asiakkaita muiden asiakkaiden lisäksi. Hankkeelle ei asetettu tarkkoja numeerisia tavoitteita, vaan tavoitteena oli kehittää toimintamalli, joka auttaa ehkäisemään sosiaalista syrjäytymistä. Mallissa pyrittiin tarjoamaan mahdollisuuksia sosiaaliseen kanssakäymiseen niille asiakkaille, jotka eivät voi osallistua perinteiseen päivätoimintaan ja jotka eivät vielä ole kotihoidon palveluiden piirissä. Tämä tavoite on saavutettu ja juurruttaminen ja työ asiakkaiden saavuttamisessa jatkuu.

Lääkeautomaattien käyttöönotto alueella toteutettiin kotihoidossa alkuvuodesta 2024. Tulos oli hyvä ja lääkeautomaatteja on otettu laajasti käyttöön koko alueella. Pilottihankkeen tuloksista tehtiin hyötylaskelma ja sen tulokset on kuvattu kohdassa 7.1.1. Tavoitteena oli vakiinnuttaa lääkeautomaattien käyttö kotihoidossa ja tavoite on saavutettu. 11/ 2025 automaattienmäärä on yli 200 kpl. Asiakkaiden ja automaattien määrää seurataan jatkuvasti.

Puheentunnistukseen hankittiin ohjelma, joka on käytettävissä kaikilla ammattilaisilla. Numeerisia tavoitteita ei asetettu. Tulokset on kuvattu kohdassa 7.1.1.

4.4.2 Miten asiakas- ja palveluohjauksen digitaalisten ratkaisujen kehittäminen on edennyt?

Itä-Uudenmaan hyvinvointialue ei ole ollut mukana asiakas- ja palveluohjauksen digitaalisten ratkaisujen kansallisessa kehittämistyössä. Tämän työpaketin kehittäminen on Itä-Uudellamaalla ollut osa HyVä-digin, digitaalisen sote-keskuksen, toimintaa ja sen kehittäminen ja tulokset on kuvattu investointi 1:n raportissa.

4.5 Johtamisen ratkaisut (työpaketti 4.3)

Työpaketin tavoitteena oli, että hyvinvointialueen keskeiset järjestelmät on viety tietoaalle ja datasta on tehty BI -pohjainen selkeä raportointikonaisuus, jota johto seuraa aktiivisesti. Tavoitteena oli myös, että hyvinvointialueella on käytössä yhtenäinen projektijohtamisen malli, jonka avulla saadaan ajantasaista tietoa päätöksenteon tueksi strategiaa edistävästä hankkeista ja projekteista. Tavoitteet on saavutettu kokonaan. Alueella on käytössä Tietoallas ja Power BI -raportointi. Tietojen perusteella on tuotettu Power BI raportteja johdolle ja esihenkilöille. Alueella on hankkeen aikana kehitetty projektijohtamisen mallin tueksi Hypergene Portfolios johtamisjärjestelmää ja vakinaistettu käyttöön yhtenäinen projektin johtamisen malli, jonka kautta pystytään seuraamaan ajantasaisesti, miten projektit ja hankkeet edistyvät.

4.5.1 Miten toiminnanohjauksen (palveluketjujen ohjaus ja koordinaatio) kehittäminen on edennyt?

Kansallisessa kehittämistyössä Itä-uudenmaan hyvinvointialue osallistui STM:n ja THL:n Virta -hankkeeseen, jonka kautta edistettiin seurannan ja arvioinnin mittareita. Virta-hanke oli osa sosiaali- ja terveysministeriön (STM) sote-tiedolla johtamisen, ohjauksen ja valvonnan toimeenpano-, Toivo-ohjelmaa. Hankkeessa toteutettiin sote-järjestäjän tietojohdantamista tukevia järjestämislain 29§:n mukaisia vähimmäistietosisältöjä. Sen rinnalla toimi Valtava-hanke Kelan, THL:n ja Valviran yhteistyönä.

Tiedolla johtamisen tiimi osallistui aktiivisesti kansallisiin tiedolla johtamisen verkostoihin: HUS:n tiedolla johtamisen verkosto, THL:n tietojohdantajien verkosto sekä Tiedon tietoallasasiakkaiden verkosto. Tapaamisissa on esitelty hankkeessa kehitettyä Hyte-analyysi terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen prosessi-indikaattoreista. Tietomallinnukseen, arkkitehtuurin sekä tietojen validointiin liittyen on myös saatu tukea ja jaettu tietoa muiden hyvinvointialueiden kanssa.

Käytössä olevat toiminnanohjauksen ratkaisut ja palvelukokonaisuudet:

- Logex Region -analytiikka-alusta: Käytössä johdon tiedolla johtamisen tukena. Siirtää potilastietojärjestelmien ja kustannustiedot kuukausittain analytiikkaan. Tietoja hyödynnetty esihenkilöille jaettavissa kuukausiraporteissa sekä käyttötapauksittain toiminnanohjaukseen, mm. sähköisen HyväDigi-palvelun jatkosta päättäminen. Lisäksi kokemuksia Logex Regionin käyttönotosta on hyödynnetty, kun päätetty keskittää tiedon mallinnus ja raportointi tietoalalle.
- Tietoallas + Power BI -raportointi: Rakennettu yhtenäisten tietojen varastointiin ja raportointiin. Raportit tuotetaan johdolle ja esihenkilöille palveluketjuista ja taloudesta. Tuotetaan tietoa toiminnanohjauksen ja kehitystyön tueksi. Pisimmälle on päästy kotihoidon puolella, jossa tietoa hyödynnetään resursointityökalussa. Ensimmäinen versio on käytössä ja uudesta asiakas- ja potilastietojärjestelmästä tullaan toteuttamaan tietoaltaan kautta kattavampi resursointityökalu. Jatkossa tietoaltaan datapohja mahdollistaa toiminnanohjauksen ja palveluketjujen kehittämisen kaikissa sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Hankkeen alussa alueella oli 4 erilaista potilastietojärjestelmää sekä 3 erilaista asiakastietojärjestelmää. Toiminnan johtamiseksi, prosessien kehittämiseksi ja asukkaiden hyvinvoinnin tukemiseksi tarvittiin ratkaisuja, joilla saataisiin yhtenäiset ja koottavat tiedot johtamista varten. Keskeinen tavoite hankkeelle on ollut saada johdolle, ajantasaista tietoa johtamista varten.

Hankkeen aikana on hankittu analytiikkajärjestelmä Logex Region, minne terveydenhuollon järjestelmien sekä kustannustiedot siirtyvät kuukausittain. Tämä ratkaisu osoittautui vaikeasti käytettäväksi eikä ratkaisun avulla pystytty kehittämään datan laatua. Datan laatu oli hyvin vaihtelevaa usean tietojärjestelmän ja poikkeavien kirjaamiskäytäntöjen takia.

Toisena toimenpiteenä on otettu käyttöön HUS:n kehittämä tietoallasratkaisu, jollainen on käytössä myös useilla muilla hyvinvointialueilla. Ensimmäisessä vaiheessa tietoaltaan kautta oli tarkoitus tuottaa Patient 360-potilasselain sote-ammattilaisten käyttöön, jonka kautta ammattilaiset olisivat nähneet potilaan tiedot eri järjestelmissä. Tästä kuitenkin luovuttiin, kun päätettiin hankkia yhtenäinen asiakas- ja potilastietojärjestelmä. Tietoallasratkaisu jäi tiedolla johtamisen ja datan siirtojen käyttöön.

Tietoallasratkaisun kautta dataan päästään porautumaan tarvittaessa rivitasolle ja näin kehittämään datan laatua pitkäjänteisesti. Tietojen perusteella on tuotettu Power Bi raportteja johdolle ja esihenkilöille. Lisäksi tietoallasta hyödynnetään datan siirroissa mm. kansallisiin tiedonkeruisiin sekä uuteen potilastietojärjestelmään. Hankkeen loppuajankana tietoaltaalle integroitiin myös erikoissairaanhoidon tiedot, mikä mahdollistaa jatkossa laajemman käytön palveluketjujen kehityksessä ja myös toiminnanohjauksessa.

Viimeisenä hankevuotena toteutettu terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen mittareiden analyysi (hyte-analyysi) ohjaa jatkossa toiminnan kehitystä hyte-prosesseissa. Hyödyntäminen käynnistyi jo hankkeen jatkoaikana, kun esihenkilöille tuotettiin näkymiä hyte-analyysin nykytilaan ja sitä kautta he ohjaavat potilastyötä mm. rokotuskattavuuden parantamiseksi sekä lakisäätteistä tarkastuksista pois jääneiden tuen tarpeen selvittämiseksi.

Vammaispalvelujen tiedot mallinnettiin tietoaltaalle ja niiden perusteella laadittiin johdolle raportointiratkaisu toiminnan ohjaukselle. Samalla kehitettiin vammaispalvelujen datan laatua ja esihenkilöille keinoja ohjata ja seurata toimintaa jatkossa. Tietoaltaan datan perusteella pystytään jatkossa yhdistämään asiakas- ja potilastietoa sekä kustannustietoa, joka tarjoaa entistä laajempia mahdollisuuksia toiminnan ohjaukseen.

Alueella on hankkeen aikana otettu käyttöön ja vakinaistettu käyttöön yhtenäinen projektin johtamisen järjestelmä Thinking Portfolio, jonka kautta pystytään seuraamaan ajantasaisesti, miten projektit ja hankkeet edistyvät.

Saavutettuja vaikutuksia voidaan seurata raporttien käyntimäärien osalta. 12/2025 käyntimäärät viimeisen kvartaalin osalta ovat: Talousraportti 1351 krt, Johdon KPI raportti avattu 351 krt ja HR raportti avattu 135 krt. Tiedolla johtamisen tukemiseksi on käytössä räätälöidyt raportit, tietopyynnöt, analyysit sekä Power Bi raportit ja asiakaspalautteet. Tiedolla johtamisen ratkaisut ja kehitetyt raportit mahdollistavat alueellisia yhdenvertaisia palveluita. Vuoden 2026 talousarvioon on asetettu numeeriset tavoitteet hyte-prosessi-indikaattoreille, sähköiselle asiointille sekä datan laadun parantamiselle. Hankkeessa kehitetty datapohja ja raportointi ohjaavat tätä työtä.

4.5.2 Miten palvelutarpeen ennakoinnin edistyneiden tietojohtamisen ratkaisujen kehittäminen on edennyt?

Kehittämistyötä on tehty THL:n, HUS:n ja Tietoevryn koordinoimissa verkostoissa. Tiedolla johtamisen arkkitehtuurin valintaan liittyen sekä datan mallintamiseen ja hyödyntämiseen liittyen on tehty yhteistyötä useiden hyvinvointialueiden kanssa. Lisäksi on käsitelty yhdessä kansallisiin AVOHILMO-tietoihin liittyviä haasteita erityisesti Lifecare-potilastietojärjestelmässä ja suunniteltu tietojen täydentämistä vastaamaan hyvinvointialueen tilannekuvaa. Hyvinvointialueen AVOHILMO-tiedot on tuotu tietoaltaalle ja näin on päästään porautumaan niihin liittyviin virheisiin. Toisaalta vältettiin vastaavat virheet, joita muille hyvinvointialueille oli tullut tietojen täydentämisestä.

Aiemmin mainitulla Hyte-analyysillä pystytään jatkossa ennakoimaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen palvelujen tarvetta ja tunnistamaan, mitkä asiakasryhmät hyötyvät niistä. Mallia on

esitelty työstövaiheessa ja esitellään laajemmin muille hyvinvointialueille tiedolla johtamisen HUS-verkostossa tammikuussa 2026.

Tietoallasratkaisun datapohja mahdollistaa jatkossa myös koneoppimisen ja tekoälyn hyödyntämisen. Tietojohtamista on hankeaikana kehitetty VIRTAn hankkeen sote-järjestämisen tietomallia mukaillen. Tietopohja oli hyvinvointialueella hyvin hajanainen hankkeen alkuvaiheessa, joten hankeaikana jouduttiin keskittymään sen kuntoon saamiseen sekä perustason mittaristoihin. Hyvinvointialue on seurannut muiden alueiden tekoälykokeiluja kansallisessa tekoälyverkostossa. Jatkossa tullaan ottamaan käyttöön muualla toimiviksi havaittuja ennakointi- ja tekoälyratkaisuja.

Todenteet:

[Johtamisen ratkaisut Itä-Uudenmaan hyvinvointialueella \(RRP, P4, I4\) | Innokylä](#)

LIITE 35: Johdon KPI

LIITE 36: Osavuosisraportti

LIITE 37: Hyte-indigaattorit

LIITTEET

- LIITE 1: Pitkäaikaissairauksien tuotokset verkossa ja intrassa
- LIITE 2: Arviointitiimin prosessikaavio
- LIITE 3: Kotihoidon arviointitiimi
- LIITE 4: Omaishoidon valmennukset
- LIITE 5: Omaishoitajien ja perhehoitajien terveystarkastukset
- LIITE 6: Nepsy
- LIITE 7: Etäkuntoutus
- LIITE 8: Yhteistyö-tiimi
- LIITE 9: Työ- ja toimintakyvyn selvittäminen
- LIITE 10: Nuorisoasema
- LIITE 11: Kumppanuustalo
- LIITE 12: Lähisuhdeväkivaltaan puuttuminen ja uhrin auttaminen
- LIITE 13: Asiakaspalautteen käsittely
- LIITE 14: Sähköinen ajanvarais
- LIITE 15: Rakenteellisen sosiaalityön Polku-sivusto raportointia varten
- LIITE 16: Nivelrikon Digihoitopolku
- LIITE 17: Lasten kuntoutus
- LIITE 18: STH PopUp
- LIITE 19: HyVä-digi
- LIITE 20: Sosiaalinen raportointi
- LIITE 21: Rakenteellisen sosiaalityön toteutussuunnitelma
- LIITE 22: Osallisuusraati toiminta – tapaamisten rakenteet ja muistilista
- LIITE 23: Ohje osallisuusraatitoiminnan toteuttamiseen
- LIITE 24: SoTe-joryn muistio
- LIITE 25: Kuvakaappaus kirjaamisen koordinaatioryhmän muistiosta
- LIITE 26: Esimerkit PBI näkymistä
- LIITE 27: Kysely terveydenhuollon työntekijöille rakenteisesta kirjaamisesta
- LIITE 28: Muut kartoitukset
- LIITE 29: Terveydenhuollon kirjaaminen
- LIITE 30: Sosiaalihuollon kirjaaminen
- LIITE 31: Etähoiva ja etäpäivätoiminta
- LIITE 32: Sähköinen perhekeskus ammattilaisille
- LIITE 33: Ikääntyneiden lyhytaikaishoidon koordinoiva kotiutushoitaja
- LIITE 34: Omaolon palveluarviot

LIITE 35: Johdon KPI

LIITE 36: Osavuosisiraportti

LIITE 37: Hyte-indigaattorit