

KOTIHOIDON MYÖNTÄMISEN PERUSTEET

– TYÖRYHMIEN TYÖSKENTELYN TULOKSIA

”Kunnan on laadittava ja julkaistava ikääntyneet väestön saavutettavissa ja ymmärrettävissä olevalla tavalla perusteet siitä, millä edellytyksillä henkilöillä on oikeus sosiaalipalveluihin ja muihin sosiaalihuollon tukitoimiin. Perusteiden laadinnassa on otettava huomioon valtakunnallinen ohjaus” (Laatusuositus 2013)

Palvelujen myöntämisen perusteet Lapissa

PALVELUOHJAUS JA PALVELUTARPEEN ARVIOINTI – LÄHTÖKOHTANA PALVELUIDEN MYÖNTÄMISELLE

- **Palvelutarpeisiin vastataan ammattitaitoisella palveluohjauksella ja palvelutarpeen arvioinnilla**
 - **palveluohjaaja on nimetty kunnassa, samoin vastuutyöntekijä**
 - **tehtäväkuva** on määritelty: palveluneuvonta ja palvelutarpeen arviointi
 - **ammattitaito ja kokemus** keskeistä ei niinkään ammattitutkinto → **ammattiosaaminen ja kehittämisosaaminen** on varmistettu
- **Palveluneuvonnassa ja palvelutarpeen arvioinnissa on luotettavat työvälineet käytössä**
 - **palvelutarpeen arviointilomake** käytössä (Rai tai joku muu lomake)
 - sisältö määritelty: kokonaisvaltainen, voimavarat, kuntoutus
 - **muut lomakkeet:** hyvinvointia tukevat kotikäynnit, terveystarkastukset
 - työvälineistä ja toimintakäytännöistä sopiminen
 - riskiryhmien tunnistaminen/määrittely joille suunnataan
 - **mittarit arvioinnin tukena:** RAI, RAVA, mittaripatteristo valitaan TOIMIA-tietokannasta
 - koulutukset valitun mittarin/mittaripatteriston mukaan
 - puolet kunnista käyttää tai ottaa käyttöön RAI mittarin
 - **sähköiset järjestelmät kirjaamisen ja päätöksen tukena**
 - sähköinen kirjaamiskäytäntö
 - hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelma (16§): yleistietoa asiakkaasta ja palvelujen tuottamista koskeva työsuunnitelma
 - ❖ tarvitaan lisäksi konkreettinen osa/liite kuntoutussuunnitelmasta arki- ja tehostettuun liikuntaan = voimavarasuunnitelma
 - palvelusuunnitelman sisältö on määritelty
 - kuntoutussuunnitelman sisältö on määritelty
 - **Alustat omahoitopalvelulle, palveluoppaat**
- **Palveluohjauksen ja palvelutarpeen arvioinnin sisällölliset kokonaisuudet on määritelty**
 - **ohjaus ja neuvontapalvelut (12§):** hyvinvointia edistävät palvelut
 - tavoitteena kotona selviytymisen ennakoiva tukeminen
 - terveyden edistäminen neuvonnan keskiössä
 - etsivä vanhustyö toimintaa ohjaavana tekijänä: hyvinvointia tukevat kotikäynnit ym. toiminnan sisältönä
 - ❖ yhteinen näkemys (asiakas + palveluohjaaja) laitetaanko vireille sosiaalipalvelua koskeva hakemus vai riittääkö neuvonta
 - **palvelutarpeen arviointi (15§):** kun neuvontatasoisen ei riitä
 - hakemus sosiaalipalveluista suullisesti tai kirjallisesti
 - ❖ jos suullisesti jätetty niin kirjataan tiedot jotka tarvitaan asian ratkaisemiseksi
 - toteutetaan voimavarakeskeisesti
 - **palvelukokonaisuuden suunnittelu (16§)**
 - kotikäynnillä palveluohjaaja arvioi asiakkaan kokonaistilanteen + voimavarat (mm. läheisten apu)
 - ❖ oikea-aikaisten ja riittävien palvelujen suunnittelu yhteistyössä asiakkaan kanssa (myös yksityinen ja kolmas sektori huomioidaan)

- voimavara- ja palvelusuunnitelma laaditaan
 - ❖ arviointi ja tarkennukset 4viik. kuluttua → varsinainen palvelusuunnitelma laaditaan → arviointi säännöllistä esim. puolivuositain/tarvittaessa
 - **oikeus palveluihin ja palvelupäätös (18§)**
 - kiireellisestä sosiaalipalvelusta välittömästi taikka muutaman päivän kuluessa
 - muusta kuin kiireellisestä ilman aiheetonta viivytystä kun suullinen taikka kirjallinen hakemus on jätetty
 - palvelutarpeiden selvittäminen ja palvelusuunnitelma sosiaalipalvelujen riittävyyden määrittelyn pohjana
 - **palveluiden toteuttamisen periaatteet**
 - tuetaan hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä osallisuutta
 - ehkäistään pitkäaikaishoidon tarvetta
 - kotiin annettavien palvelujen ensisijaisuus, pitkäaikaishoitoa vain lääketieteellisin perustein (14§)
 - **henkilökohtainen palveluohjaus (intensiivinen) = vastuutyöntekijä (17§)**
 - vastuutyöntekijä nimetty ei palveluiden piirissä oleville
 - omahoitajamalli käytössä säännöllisessä kotihoidossa ja tehostetuissa hoitoyksiköissä
- **Palveluohjausprosessit erilaisissa asiakastilanteissa on määrittely**
 - **vähän palveluja tarvitsevat** esim. vain kolmannen sektorin tai vapaaehtoisten palveluja, ei vielä varsinaista kunnallista palvelua
 - ennaltaehkäisevät palvelut ja niiden kehittäminen: mm. kuntoutumismahdollisuudet itsenäiseen terveyden edistämiseen: liikuntaryhmät, sosiaal. kanssak. mahd.
 - **jonkin verran tukea tarvitsevat** kolmannen sektorin palveluilla ja tukipalveluilla selviytyvät
 - kotihoidon sisällön kehittäminen ja monipuolistaminen: mm. kuntoutus- ja liikuntamahdollisuudet itsenäiseen terveyden edistämiseen, teknologia, tukipalvelut
 - **säännöllistä tukea ja palvelua tarvitsevat**, säännöllisen kotihoidon asiakkaat
 - kotihoidon sisällön monipuolistaminen: mm. kuntoutusmahdollisuudet ja oman terveyden edistäminen
 - kotisairaanhoido kotipalvelun ja tukipalveluiden lisäksi
 - **runsaasti hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevat:** esim. saattohoito, muistisairaat
 - kotihoidon sisällön monipuolistaminen: mm. kuntoutusmahdollisuudet ja oman terveyden edistäminen, kotisairaanhoido kotipalvelun ja tukipalveluiden lisäksi, kotisairaaloiminta ja sen kehittäminen
 - **asiantuntemuksen (10§) vahvistaminen**
 - sosiaali- ja terveyspalvelujen suunnittelussa ja toteuttamisessa (mm. palvelurakenteen muutos)
 - palveluohjauksessa, kuntoutuksessa ym.
 - erityisasiantuntemus: mm. geriatrin palvelut
 - **Ilmoittaminen iäkkään henkilön palvelutarpeesta (25§)**

KOTIHOIDON PALVELUVALIKKO - VASTAA KUNNASSA ASUVIEN IKÄÄNTYVIEN TARPEITA JA PALVELURAKENTEEN MUUTOSTA

- **Palveluiden painotus on ennaltaehkäisevissä palveluissa ja niiden kehittämisessä**
 - **hyvinvointia edistävät palvelut**
 - **neuvontapalvelut (12§)**
 - ❖ kaikissa palveluissa
 - **etsivä vanhustyö ja riskiryhmien tunnistaminen**
 - ❖ varhaisen puuttumisen malli
 - **hyvinvointia tukevat kotikäynnit ja terveystarkastukset**
 - ❖ eri ikäluokille, omaishoitajille jne.
 - ❖ terveyden edistäminen käytännössä määritelty
 - **kolmannen sektorin palvelut**
 - **yhteistyö ja toimintakäytännöt sekä niiden kehittäminen**
 - ❖ kolmannen sektorin roolin vahvistaminen
 - ❖ vertaisohjaajat/vapaaehtoiset
 - **kunnan eri sektorit (tekninen, sivistys ym.)**
 - **vanhussuunnitelmat ja hyvinvointikertomukset**
 - ❖ huomioitu eri toimijoiden vastuut ja tehtävät sekä konkreettiset toimenpiteet
 - ❖ arvioidaan ja päivitetään säännöllisesti
- **Tukipalvelut ovat käytössä ennen säännöllistä kotihoitoa, palveluita lisätään asteittain, arviointi säännöllistä**
 - **kunnalliset tukipalvelut ja niiden sisältö määritelty**
 - ateriapalvelut, turvapalvelut, kauppapalvelut, siivouspalvelut, muut tukipalvelut?
 - ❖ sovittu mitä kunta järjestää ja mitä yksityiset
 - **tukipalveluiden myöntämisperusteet määritelty**
 - tukipalveluita ennen säännöllistä kotihoitoa tai yhdessä
 - toimintakyvyn ja kokonaistilanteen arviointi
 - tarvetta arvioidaan säännöllisesti
 - **yksityiset palveluntuottajat**
 - siivouspalvelut yksityiseltä, muut palvelut
 - **odotusaikojen julkaisu tukipalveluille puolivuositain**
- **Säännöllinen ja tilapäinen kotihoito on määritelty sisällöllisesti ja toiminnallisesti**
 - **myöntämisperusteiden lähtökohta**
 - palvelut kaikille tasapuolisesti asuinpaikasta riippumatta
 - toimintakyvyn ja kokonaistilanteen arviointi moniammatillisesti → tarvetta arvioidaan säännöllisesti
 - **säännöllinen kotihoito ja sen sisältö määritelty**
 - säännöllisen kotihoidon tehtävät, palvelut, hoidot
 - asiakkaan vastuu toteutuksessa määritelty
 - **päivittäiset käyntimäärät/tuntimäärät**
 - ❖ käyntimäärät arkipäivisin
 - ❖ käyntejä viikonloppuisin ja iltaisin

- **asiakasmaksut määritelty ja julkaistu**
 - ❖ tuntimäärä – maksutaulukko, jossa 5 porrasta tai käyntiä viikossa – maksutaulukko
- **odotusaikojen julkaisu puolivuositain**
- **Kuntoutuspalvelut ja niiden kehittäminen palvelurakenteessa on keskeistä, kuntoutuspalveluja lisätään erilaisiin tarpeisiin**
 - **ennaltaehkäisevien kuntoutuspalveluiden kehittäminen ja määrittely**
 - monialaisesti: kolmas sektori, vapaaehtoiset, eri toimija
 - **kotikuntoutus arjessa normaalin kotihoidon tukena**
 - moniammatillinen kuntoutussuunnitelma, toteutus ja arviointi → huomioitu psyykinen, fyysinen, sosiaalinen, kognitiivinen
 - arkiliikuntasuunnitelma osana palvelusuunnitelmaa kaikille kotihoidon asiakkaille
 - kuntouttava hoiva ja hoito, kaikessa toiminnassa → kuntouttavan työtteen määrittely koko palveluketjussa ja kaikissa ammattiryhmissä
 - **tehokkaampi kuntoutus kohdennetusti kriisitilanteissa**
 - moniammatillinen kuntoutussuunnittelu, toteutus ja arviointi → akuutti kuntoutus jo ambulanssista lähtien
 - **kuntoutusmahdollisuuksien kehittäminen**
 - välineet ja tilat: mahdollistavat kuntoutuksen
 - kuntoutuksen toimintamallit määritellään
 - ❖ ennaltaehkäisevä kuntoutus
 - ❖ kotikuntoutus arjessa
 - ❖ päivä kuntoutus, muistikuntoutus
 - ❖ osastokuntoutus, akuutti kuntoutus
 - **kuntoutuksen kehittämisosaamisen varmistaminen**
 - johtamis- ja kehittämisosaaminen: kuntoutusmahdollisuudet, palveluprosessit ja -ketjut
 - henkilöstön käytännön kuntoutusosaaminen
 - monialaisuus ja yhteistyö kuntoutuksessa

YHTEISTYÖN VAHVISTAMINEN ERI TOIMIJOIDEN KESKEN VANHUSPALVELUISSA JA NIIDEN KEHITTÄMISESSÄ

- **Palvelurakenteen muutos ja sen kehittäminen on toiminnassa keskeistä - laitoshoidosta avohoitoon, kotihoitoa kehitetään ja palveluja lisätään yhteistyössä**
 - **Eri toimijoiden vastuut sosiaali- ja terveyspalveluissa**
 - **kunnan ylin johto**
 - ❖ vanhussuunnitelmien hyväksyntä ja resurssien kohdentaminen
 - **perusturva ja vanhustyön johto + perusterveydenhuolto**
 - ❖ vanhussuunnitelmien ja muutosten laadinta
 - ❖ palveluvalikon, palveluketjujen ja prosessien kehittäminen: erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuolto ja sosiaalihuolto
 - **esimiehet, palveluohjaajat, vastuutyöntekijät**
 - ❖ palveluohjauksen kehittäminen ja käytännön toteutus prosesseissa

- **muu sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunta**
 - ❖ käytännön toteutus prosesseissa
 - ❖ kehittämisosaaminen
 - **kunnan muut toimijat, kolmas sektori**
 - ❖ osallisuus ja vastuu yhteistyössä
 - **asiakkaat, palveluiden käyttäjät**
 - ❖ kehittäjäasiakkaat
 - **erikoissairaanhoido**
 - ❖ asiantuntija- ja neuvontapalvelut asiakkaille ja henkilöstölle
- **Moniammatillisuus on määritelty sosiaali- ja terveydenhuollossa ja toimintalinjoista on sovittu**
 - **Perustiimit ja niiden rakentaminen asiakastyössä**
 - **moniammatillisen työn tarve ja sen määrittely**
 - ❖ akuuttitilanteet – nopea reagointi
 - ❖ viikkopalaverit (KSH)
 - ❖ kuukausipalaverit (SAS) työryhmät
 - ❖ palvelutarpeen arviointi ja hoidon ja kuntoutuksen suunnittelu
 - ❖ yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa: asiantuntijapalvelut
 - **vastuista sopiminen**
 - ❖ perusturva ja vanhustyön johto + perusterveydenhuolto + erikoissairaanhoido: suunnittelu- ja koordinoituvastuu
 - ❖ muu henkilöstö: käytännön toteutus ja kehittämisosaaminen
 - ❖ asiakkaat ja omaiset mukana palveluiden kehittämisessä
 - **henkilöstörakenteista sopiminen**
 - ❖ mitä eri ammattiryhmiä perustiimeissä tarvitaan
 - ❖ erikoissairaanhoido: mm. geriatri
 - **moniammatillisen työn toteutuksen kehittämisosaamisen varmistaminen**
 - ❖ moniammatillisen työn ja tiimityön osaaminen, tarvittavat koulutukset, muu ohjaus ja tuki
 - ❖ verkosto-osaaminen, työnjaon ja tehtäväsiirtojen kehittämisosaaminen, teknologiaosaaminen
- **Monitoimijaisuus on määritelty sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä toimintalinjoista on sovittu**
 - **Julkiset tahot, yritykset ja yleishyödylliset yhteisöt**
 - monitoimijaisen verkoston koordinointi ja kehittäminen osana sosiaalityötä
 - eri toimijoiden vastuista on sovittu
 - kumppanuussopimukset laadittu



PALVELUTARPEIDEN SELVITTÄMINEN

”Kun mahdollisia palvelutarpeita ilmenee, ne on selvitettävä kattavasti. Palvelutarpeen selvittäminen on toteutettava monipuolisesti, luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen ja yhteistyössä eri toimijoiden kanssa” (Laatusuositus 2013)

KEHITTÄMISTARVE

PALVELUTARPEEN ARVIOINTILOMAKE:

Tukena kokonaistilanteen hahmottamisessa
Kaikkien asiakkaiden kohdalla käytössä
Alueellinen ohjeistus mahdollista
Valmiita malleja löytyy (+ mittarit osana)

Asiakkaan elämäntilanteen/kokonaistilanteen/toiveiden hahmottaminen, mitä kokee tarvitsevansa

Asiakkaan oma vastuu elämästä, mitä itse on valmis tekemään (+omaiset), itsemääräämisoikeus

Asiakas on arvioinnin keskiössä. Mittarit ammattilaisten tukena arvioinnissa, kokonaistilanne ratkaisevaa

ASIAKAS PALVELUOHJAUKSESSA

- Asiakkaan oma käsitys ja mielipiteen selvittäminen palvelutarpeesta, nykytilanteesta ja toimintakyvystä sekä siitä mitä on itse valmis tekemään /panostamaan, jotta kotona selviytyminen mahdollistuu = kuntoutumisen motivaatio? Ei jäädä passiiviseksi palveluiden ja hoitojen kohteeksi
- Asiakkaan elämäntilanne ja tottumukset selvitetään: elämäkokemus ja -historia pohjana
- Kokonaistilanteen kuvaus lähtee liikkeelle asiakkaan voimavarojen kartoituksesta: missä selviytyy, mitä itse pystyy tekemään, mitä vahvuuksia löytyy

1) Asiakkaan nykyisten **tarpeiden tunnistaminen** (toimintakyvyn neljä ulottuvuutta)

- Fyysinen
- Psykkinen
- Sosiaalinen
- Kognitiivinen

Tarpeiden tunnistaminen kattavasti (arviointilomake tukena)
Luotettavat välineet (jokaiseen ulottuvuuteen yksi mittari)
Systemaattisuus (kaikki osa-alueet huomioidaan, kaikille asiakkaille)
Osakohtia palvelutarpeen arviointilomakkeessa

2) **Riskitekijöiden tunnistaminen**, jotka ennakoivat toimintakyvyn ulottuvuuksien heikkenemistä

- ✓ Terveystilan epävakaas (lääkitys)
- ✓ Heikko ravitsemustila, suun terveydentila
- ✓ Turvattomuus – (alttius kaatumisille ja tapaturmille)
- ✓ Sosiaalisten kontaktien vähyyt
- ✓ Kipu

KEHITTÄMISTARVE: Vastuunjaosta sopiminen terveyden edistämässä, toteutuksessa asiakkaan oma rooli ja vastuu merkityksellistä moniammatillisuus tukena, selkeä työnjako sovittuna, kuka vastaa mistäkin asiasta ja milloin, tukee kuntoutusta (kuntoutussuunnitelmat) liittyy ohjaus- ja neuvontapalveluihin

KEHITTÄMISTARVE

Toimintasuunnitelma riskien tunnistamiseen (miten ja milloin puututaan, miten toimitaan)
Ohjeet ja suunnitelmat (haipro ym.) tukevat systemaattista työskentelyä kuntoutumisen esteet tunnistetaan ja ongelmiin puututaan ajoissa, ammatillinen osaaminen vahvistuu / tehostuu -> **suunnittelussa ammattilaisten rooli merkityksellistä, liittyvät omavalvontasuunnitelmiin**

"Kunnan on velvollisuus oma-aloitteisesti tarjota hyvinvointia edistäviä terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä erityisesti niille ikääntyneille joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan liittyvän riskitekijöitä" (Vanhuspalvelulaki)

3) Voimavarojen tunnistaminen, jotka ennakoivat toimintakyvyn ylläpitämistä

- Kuntoutumisen mahdollisuudet (toimintakyvyn palauttaminen, ylläpitäminen, edistäminen)
- Sosiaalisen verkoston mahdollisuudet (omaiset, läheiset)
- Lääketieteellinen arviointi, turvallinen lääkehoito
- Psykkiset ja kognitiiviset voimavarat

➤ Taloudellinen tilanne

Tuen tarpeet selvitetty samoin voimavarat, osakohta palvelutarpeen arviointilomakkeessa

KEHITTÄMISTARVE

Toimintasuunnitelma voimavarojen kartoitukseen

Mahdollistaa kuntoutumisen, itsensä toteuttamisen ja omatoimisuuden

Ammattilaiset suunnittelussa ja asiakkaan rooli toteutuksessa korostuu (motivaatio)

➤ Asuin-/elinympäristön huomioiminen, onko turvallinen ja mahdollistaako kotona asumisen

- vaaratekijät sekä mahdollisuudet ja vahvuudet: turvallisuus/turvattomuus
- kodin varustetaso
- vaaratapahtumien tunnistaminen (asiakas-/potilasturvallisuus)
- tietotekniset palvelut ja kulkuyhteydet

Kodin muutostyöt ja apuvälineet
Teknologiset palvelut, turvapalvelut
Osakohta palvelutarpeen arviointilomakkeessa

➤ Omaiset/omaishoitaja: minkälainen rooli ja panostus

- mahdolliset hoitoon ja huolenpitoon osallistuvien omaisten/läheisten tarpeet ja voimavarat
- selvitetään käsitys läheisen palvelutarpeesta ja oma rooli asiakkaan tukemisessa
- selkeä käsitys siitä mikä tai mitkä tekijät mahdollistavan vanhuksen kotona asumisen (ei pelkästään kotihoidon palvelut, mitä muuta pitää tehdä kotona selviytymisen turvaamiseksi?)

Omaisten rooli selvitetään systemaattisesti samoin tuen tarve jos osallistuvat hoitoon, omaishoito
Osakohta palvelutarpeen arviointilomakkeessa

➤ Elämänhallinnan kokonaisuus (katsotaan vielä esim. Raista, mitä kokonaisuuksia siellä on?)

- toimintaympäristö
- voimavarat
- osallisuus
- muistisairaus
- omais- ja läheisverkoston mahdollisuudet
- yksinäisyys
- alkoholi
- turvattomuus
- masennus

Säännöllisen kotihoidon palvelut on tarkoitettu erityisesti niille, jotka tarvitsevat hoivaa ja huolenpitoa sekä sairaanhoidollista apua runsaasti. Myös omaishoitajan hoitotyön tueksi

Osakohtia palvelutarpeen arviointilomakkeessa, jäsentyvät omiin kohtiin lomakkeessa, näistä osa jo huomioitu edellisissä kohdissa

KEHITTÄMISTARVE: neuvonta- ja ohjauspalveluiden kehittäminen

Vanhuspalvelulain mukaisten neuvontapalvelujen kehittäminen

Paleluohjaus = kunnan yleinen neuvonta. Keskitetty (yhden numeron takana) tai hajautettu malli (jokainen sosiaalipalvelussa työskentelevä). Määritellään ohjauksen ja neuvonnan palvelut joita toteutetaan (esim. hyvinvointia tukevat kotikäynnit)

Palveluohjaus eri toimipisteissä (mm. omahoitajat, yksikön esimiehet)

Yhteneväisistä käytännöistä sopiminen, koulutukset ym. (kirjalliset ohjeet)

PALVELUTARPEEN ARVIOITSIJA/PALVELUOHJAAJA

”Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumista tukevien palvelujen tarve on selvitettävä kokonaisvaltaisesti. Selvittämisestä vastaa työntekijä, jolla on laaja-alaista asiantuntemusta sekä tarkoitukseen sopiva ammatillinen kelpoisuus. Selvityksen tekijän on toimittava yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa. Asiakkaan tarpeiden mukaan määräytyy se, minkälaista asiantuntemusta yksittäistapauksessa tarvitaan” (Vanhuspalvelulaki)

- Koulutus ja osaamisen varmistaminen
- Oman kunnan palvelujen ja mahdollisuuksien tunteminen (julkinen, yksityinen, kolmas sektori jne.)
- Moniammatillisen ja -toimijaisen verkoston koordinointi

KEHITTÄMISTARVE

palveluohjaajan koulutus ja tehtäväkuvan selkiyttäminen

”Vahva osaaminen on tärkeä edellytys sille, että iäkkäiden henkilöiden palvelujen tarve pystytään selvittämään kattavasti ja monipuolisesti, kuten lain 15§ edellyttää (Vanhuspalvelulaki)

PALVELUTARPEEN ARVIOINNIN TOTEUTUS = VOIMAVARAKESKEINEN PALVELUOHJAUS

- Lomake käytössä keskustelun tukena (Katso kehittämiskohta: ”palvelutarpeen arviointilomake”)
 - vaihtelevasti kunnissa nyt käytössä: Sodankylässä ja Kittilässä käytössä
 - keskustelua käydään ”muistin varassa ja lonkalta”
 - ❖ nykykäytännön ongelmat: kun palvelutarpeen arviointi ei ole systemaattista voi oleellisia asioita jäädä keskustelematta
 - ❖ asiakkaita ei kohdella tasapuolisesti, sattumanvaraisuus lisääntyy
 - ❖ edellyttää yhteneväisempää toimintamallia

KEHITTÄMISTARVE: **palveluohjausprosessin, -rakenteiden ja -ketjujen kehittäminen**

Asiakas palveluohjausprosessissa tarpeet ja niiden tunnistaminen, tehdään yleensä kotona, tarkoituksenmukaiset työvälineet: lomakkeet, mittarit ja niitä koskeva ohjeistus (kokonaistilanne ja voimavarat selville)
Palveluiden myöntämisen perusteet ym. selvillä, kirjaaminen ja tilastot, asiakasmaksut ym. kunnossa

Suunnitellaan tarkoituksenmukaiset palvelut huomioiden julkinen, yksityinen ja vapaaehtoinen työ. Käynnistetään palvelusuunnitelman laadinta johon sisältyy voimavarasuunnitelma/kuntoutuksen suunnitelma. Kun asiakas siirtyy palvelun piiriin palvelun tuottaja jatkaa/vastaa palvelusuunnitelman laadinnasta/atkotyöstämisestä/arvioinnista

Palvelut muuttuvat tarpeiden mukaan. Palveluita kehitetään tarpeiden mukaan

- Kokonaisvaltaisuus asiakkaan näkökulmasta (toimintakyvyn ulottuvuudet) ja vuorovaikutuksessa
- Keskustellen, havainnoiden, mittarien avulla (missä? puhelimesta, toimistolla, kotikäynnillä, osastolla)
- mittarit – mittarien käyttäminen kokonaisarvion tukena (Rai, Rava, ym.)
 - *Laatusuositus: yksi mittari kultakin toimintakyvyn osa-alueelta*

- ✓ *Audit, MNA, IADL, ADL, MMSE (+ Cerad), GDS-15, Rai, Rava, yksinäisyyslomake (Toimia-tietokannasta www.toimia.fi)*
- Palvelutarpeen arvioitsija – lähtötilanteen arviointi itsenäisesti → moniammatillisen työn tarpeet esille → koordinointi
 - Julkiset ja yksityiset palvelut
 - Kolmannen sektorin palvelut (esim. vapaaehtoistyöntekijät ja yhdistysten palvelut)
 - Asiakkaiden tarpeet hahmottuvat ”portaitaisesti” → palvelut sen mukaan

*”Palvelut sovitetaan sisällöltään ja määrältään vastaamaan iäkkään henkilön kulloisiakin palvelutarpeita”
 ”Iäkkään henkilön toimintakyky ja siitä johtuvat palvelutarpeet vaihtelevat ja useimmiten lisääntyvät iän myötä. Palvelusuunnitelmaa on tarkistettava ilman aiheetonta viivytystä aina silloin kun toimintakyvyssä tapahtuu muutoksia”(Vanhuspalvelulaki)*

Asiakas aloittaa kotihoidossa 4 viikon määräaikaisen arviointijakson, jonka aikana tehdään arviointi luotettavia mittareita käyttäen (RAI, Rava ym.)

- ❖ Säännöllistä kotihoitoa ei välttämättä vielä tarvitse käynnistää tai vain tietyksi ajaksi (esim. leikkauksen jälkeinen toipuminen). Aluksi määräaikaisesti palvelut → arviointia → palvelut päättyvät/jatkuvat/lisääntyvät: palveluiden ei tule ”jäädä päälle” varmuuden vuoksi → palvelut todelliseen tarpeeseen
- ❖ Vähän palveluja tarvitsevat tai joiden palveluiden tarve kestää vähän aikaa → mihin ohjataan? millaista palvelua tarjotaan? kuntoutus?
- ❖ ”Perusryhmä” jolla selkeä kotihoidon tarve
- ❖ Kotihoidon ja tehostetun rajapinnalla olevat: millaiset ovat kotihoidon palvelut ja mahdollisuudet kotona tapahtuvaan hoitoon ja huolenpitoon? Millaiset hoito-, hoiva-, tukipalveluiden tulisi olla, jotta kotona asuminen onnistuu (ennaltaehkäisevät ja neuvontapalvelut, hyvinvointia ja kuntoutusta tukevat palvelut, hoivapalvelut, tukipalvelut) → kotona turvallinen asuminen pohjautuu toimiviin ja kattaviin palveluihin

”Palvelujen riittävyyden ja laadun arvioinnin pohjaksi kunnan on kerättävä säännöllisesti palautetta palvelujen käyttäjiltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä. Kunnan sosiaalihuollosta vastaavan toimielimen on vuosittain arvioitava iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaalipalvelujen laatua ja riittävyyttä alueellaan. Sosiaaliasiamiehen esittämät havainnot otetaan myös huomioon. Lisäksi kunnan on koottava tiedot palveluihin käytetyistä taloudellisista voimavaroista sekä henkilöstön määrästä ja koulutuksesta”

- Erilaiset palaverit ja työryhmät
 - Moniammatillinen gerontologinen/geriatriinen arviointi: perustiimi määritelty (palvelutarpeen arvioitsija, lääkäri/geriatri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, muistihoitaja) + erityisasiantuntijat (esim. mielenterveys- ja päihdetyöntekijä, ravitsemusterapeutti, suun terveydenhoito)
 - ✓ Rajapinnat
 - Paikkakunnan lääkäri ja konsultoiva lääkäri (geriatri)

KEHITTÄMISTARVE: MONIAMMATILLINEN TYÖRYHMÄ

perustiimi kotihoidossa määritely, työntekijöiden tehtäväkuvat selkiytetty miten moniammatillista työtä toteutetaan asiakkaiden tarpeiden mukaisesti

asiakkaiden erityishoidon ja -palveluiden tarpeiden tunnistaminen (tarvetta koulutukselle) jolloin osataan pyytää mm. geriatriin palveluita niitä tarvitseville asiakkaille -> hyvä lähteä kehittämään mm. palveluohjaajien, muistihoitajien, kotisairaanhoidajien tehtäväkuvia sekä osaamista (+ oma koulutus muulle henkilöstölle)-> toimivat avainhenkilöinä asiakkaiden tarpeiden tunnistamisessa ja erityispalveluiden kohdentamisessa

yhteistyön linjaukset sovittu: sosiaalityö, perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido

"Asiantuntemuksen turvaaminen edellyttää monissa tapauksissa yhteistyötä muiden kuntien tai kuntayhtymien kanssa. Asiantuntija voi olla käytettävissä myös etäyhteyden välityksellä" (Vanhuspalvelulaki)

- Palveluiden tuottamiseen tarvitaan moniosaamista
 - ❖ kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen menossa
 - ❖ kotihoidossa 2 tiimiä, joissa sairaanhoitajat tiimivastaavina, asiakkuuksista ja ongelmatilanteista keskustelu. Tukihenkilöinä lähihoitajille
- Ikäihmisen lähipiiristä tuki palvelujen käyttämiseen
- Miten kotihoidon lääkäripalvelut turvataan?
 - ❖ "Perustiimi" ja sen työskentely tulee määritellä
 - ❖ Roolit määritely: milloin kuvioihin tulee mukaan esim. lääkäri (etäyhteydellä)
 - Asiakkaan tilanteen nopea heikkeneminen
 - Diagnosoimattomat muistiongelmät
 - Monilääkitys

"Pitkäaikaista laitoshoidoa järjestetään vain poikkeustapauksissa. Siihen on oltava lääketieteelliset perusteet. Lääketieteellinen peruste pohjautuu lääkärin arvioon" (Vanhuspalvelulaki)

- SAS-työryhmä: ottaako miten kantaa "rajatapauksiin", minkälainen työskentelytapa, kuukausittaiset kokoontumiset, sijoitukset
 - ✓ Rajapinnat
 - Kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen raja
 - Vammais- ja vanhuspalvelujen välinen rajanveto
- Hoitopalaverit viikoittain: muutokset toimintakyvyssä, terveydessä, kotona selviytymisessä
- Kotiuttamistiimi: ei vielä toimi kaikissa kunnissa -> kehittämisen kohde
 - ❖ Palveluohjaaja koordinoi ja osaa arvioida asiantuntijoiden tarpeen ja vie asiakasasioita niihin palaverihin, joista asiakas hyötyy

KEHITTÄMISTARVE

Kotiutushoitaja / kotiutustiimi

Kotikuntoutuksen ja yleensä kotona selviytymisen tukeminen

"Palvelut on toteutettava niin, että ne tukevat iäkkään henkilön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta sekä ehkäisevät ennalta muuta palveluntarvetta. Erityisen tärkeää on ehkäistä pitkäaikaishoidon tarvetta" (Vanhuspalvelulaki)



KUNTOUTUS

”KUNTOUTUS OSAKSI KAIKKEA PALVELUA. PSYKOSOSIAALISEN JA LÄÄKINNÄLLISEN KUNTOUTUKSEN KEINON ON TUETTAVA TOIMINTAKYVYN PALAUTTAMISTA, SÄILYMISTÄ TAI EDISTÄMISTÄ SEKÄ IÄKKÄÄN HENKILÖN TOIMIJUUTTA. KUNTOUTUS TURVATTAVA OIKEA-AIKAISESTI, KUNTOUTUS TURVATTAVA ERILAISTEN SIIRTYMIEN YHTEYDESSÄ, VETERAANIEEN KUNTOUTUKSESSA KEHITETTYJÄ MALLEJA HYÖDYNNETTÄVÄ MUUN IKÄÄNTYNEEN VÄESTÖN KOTONA SELVIITYMISEN TUKEMISESSA. TOIMINTAKYKYÄ JA KUNTOUTUSTA EDISTÄVÄN TYÖTAVAN KÄYTTÖÄ ON LISÄTTÄVÄ, MUISTISAIRAIDEN KUNTOUTUSTA ON JÄRJESTELMÄLLISESTI LISÄTTÄVÄ” (LAATUSUOSITUS 2013)

- **Kuntoutus osa kaikkea toimintaa** (ml. muistikuntoutus): tavoitteellisuus ja vaikuttavuus, mitä tarkoittavat käytännössä?

Kuntouttava työote

palveluiden/hoidon lähtökohtana: arjen toimintoihin aktivoimista

- tavoitteellisella ja systemaattisella kuntoutuksella asiakkaiden kotona selviytymistä voidaan tukea -> systemaattisuus toimii keinona/välineenä ”hallita” kuntoutuksen käsitettä (arviointi, vaikuttavuus)

- **Asiakkailla portaittainen palvelujen tarve** → erilaiset kuntoutustarpeet (yksilölliset tarpeet, terveys/sairaus vaikuttamassa), kuntoutusohjaus (erilaista eri tilanteissa: ikä/ikäntyvät ja iäkkäät, toimintakyky, tilanteet missä ohjataan), kuntoutustarjonta (mitä kunnassa tarjolla?), kuntoutusmahdollisuudet (miten kuntoutukseen pääsee?)

Gerontologinen kuntoutus:

edellyttää osaavaa moniammatillista tiimiä, käsitteen auki avaaminen

- Kevyt kuntoutussuunnitelma asiakkaan kotiin: esim. hyvinvointia tukevien kotikäyntien yhteydessä voidaan laatia liikkumissuunnitelma kotona pärjäämisen tueksi -> auttaa/kannustaa kotona selviytymisessä, ohjaa asiakkaan ymmärrystä: mitä pitää tehdä jotta kotona asuminen jatkuisi mahdollisimman pitkään
- neuvonta- ja ohjauspalvelun yhteydessä keskustelut liikunnan merkityksestä, mikä käsitys asiakkaalla itsellään on? liikuntaohjaus. Hyvä sisällyttää kartoituskeskusteluihin kaikessa neuvonnassa
- normaalin kotihoidon tukena arkiliikkumissuunnitelma → tunnustetaan asiakkaan arkiliikunnan mahdollisuudet, mikä käsitys asiakkaalla ja omaisella on liikunnasta ja liikkumisesta yleensä miten tuetaan asiakkaan ja omaisen ymmärrystä arkiliikunnan tarpeellisuudesta → asenteen muutos → kotihoidon tavoite ei ole passivoida ihmisiä ”liikuntakyvyttömiksi”
- kuntoutusmahdollisuudet myös etäpalveluna jos pitkät välimatkat, henkilökuntaa ei riitä joka paikkaan ja tilanteeseen, kuljetukset eivät toimi: jumpparyhmät apuna myös yksinäisyyteen, toimivat jo muualla ja hyviä kokemuksia on syntynyt
- arkiliikunta ”pohjana”, tehokkaammat toimenpiteet käyttöön kriisitilanteissa → toimintasuunnitelma
- muistikuntoutukseen tarvitaan satsausta

KEHITTÄMISTARVE

Tavoitteellinen

kuntoutusmalli kuntiin

Kuntoutussuunnitelmat = moniulotteisen elämänlaadun edistäminen kuntoutuksen tavoitteena
Toimintakyvyn tilalle toimijuuden käsite
Muistisairaiden kuntoutus erityiskohde
Kuntoutussuunnitelmat kaikille (erilaiset eri tilanteissa)

"Kunnan palveluksessa olevan henkilöstön asiantuntemusta on tarpeen vahvistaa täydennyskoulutuksen avulla. Täydennyskoulutuksen järjestäminen on lakisääteinen velvollisuus. Täydennyskoulutusta on tarpeen kohdentaa niin että kuntien henkilöstön osaaminen vahvistuu: hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, gerontologinen hoito- ja sosiaalityö, geriatria, lääkehoito, ravitsemus, monialainen kuntoutus sekä suun terveydenhuolto" (Vanhuspalvelulaki)

▪ **Henkilökunnan koulutukset kuntouttavaan työotteeseen**

"Kuntouttavan työotteen käyttö tarkoittaa, että asiakkaita kannustetaan ja tuetaan käyttämään jäljellä olevia omia voimavarojaan arjen askareissa" (Vanhuspalvelulaki)

KEHITTÄMISTARVE

Henkilökunnan valmennusta ja koulutusta toimintakäytäntöjen kehittämiseen =
konkreettiset muutokset kuntouttavan työotteen toteutukseen, arvioinnit kuntoutuksen toteutumisesta, arvioinnit kuntoutuksen vaikuttavuudesta

Roolit ja vastuut selkeät

- ❖ minkälainen tulee olla kotihoidon henkilökunnan osaaminen kuntouttavassa työotteessa ja arkiliikunnan tukemisessa, ohjaamisen ja neuvonnan taidot sekä kuntoutuksen arvioinnin osaaminen?
- ❖ onko arkiliikkumisen suunnitelmat laadittu hoito, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmiin, toteutuvatko säännöllisesti vai onko toiminta sattumanvaraista: kuka tekee/ohjaa/tukee/kannustaa asiakkaita, kuka taas ei → arvioinnit, miten toteutuvat ja mitä arvioidaan?
- ❖ kaikille ei tehdä kuntoutussuunnitelmaa: veteraaneille, KSH asiakkaille
- ❖ kun arkiliikunta ei riitä miten mukaan tulee muu ammatillinen ryhmä tukemaan asiakkaan liikkumista, toimintakyvyn ylläpitämistä oikea-aikaisesti?
 - **toimintakykyään menettävä vanhus ei voi jonottaa ja odottaa kuntoutuksen palvelua!**
 - toimintakyky laskee joka päivä huimaa vauhtia → tarvitaan **nopeita toimenpiteitä!** (katso riskit)
 - kuntoutuksen esteiden tunnistaminen (**katso riskien tunnistaminen**): esim. monilääkitys voi romahduttaa liikuntakyvyn → kotona selviytyminen vaikeutuu → hoitopaikat loppuvat → kierre syvenee
 - kuntohoitajat, fysioterapeutit → työpanos vaihtelee kotona asumisen tukemisessa
 - Kuntoutuspalveluja – kotikuntoutus aloitettu, kuntohoitajia 1-2, käyvät asiakkaiden kotona, tai asiakas käy Kallinrannassa, enemmän tarvittaisiin. Päivätoiminta 5 päivää viikossa, ikäihmisten ryhmät 3 krt/vko – siinä samassa jonkin verran kuntoutusta ja jumppaa, ym. Tilat hyvät.
 - Kyläkerhot – kokonaisvaltaista kuntoutusta, matalan kynnyksen kuntoneuvolat, kuntosali, hankkeessa kehitetty muistikuntoutusryhmät -> asiakkailta peritään todelliset kustannukset, Kelalta tukea
 - toimintapäivät 2 x viikossa, kotihoito- ja jumppaohjeet, kunnan fysioterapeutilla ryhmiä, vanhainkodin kuntohoitaja antaa myös kotikuntoutusta. Fyssarin

kanssa hyvä yhteistyö, mukaan myös kotikäynneille tarvittaessa. Kuntoutussuunnitelmien teot on aloitettu

”Kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin on kiinnitettävä erityistä huomiota” (Vanhuspalvelulaki)

▪ **Asiakkaiden ja omaisten motivointi liikkumiseen, osallistumiseen**

KEHITTÄMISTARVE

Kuntoutukseen

valmentavaa

kansalaisneuvontaa

ikäntyvät, omaiset, vanhusneuvostot, vapaaehtoiset, kuntalaiset ym.

- ❖ ovatko kuntouttavan työotteen toimintatavat yhteneväiset vai tekeekö joku asiakkaan puolesta asioita → ”selvitään töistä nopeammin”
- ❖ omaiset voivat olla ”jarruna”, on helpompaa jos tekee asiat asiakkaan puolesta, eri ristiriitoja → asiakashan maksaa ”palvelusta”
- ❖ asiakkaiden motivointi mm. ryhmätoimintaa vaatii sitkasta panostamista, ei pidä lannistua jos ei heti saada asiakkaita motivoitumaan → asiakkaat ”oppivat” ja innostuvat asiasta → onnistuessaan voi muodostua ylitarjontaa osallistujista → dg ryhmät

”Kunnan on osoitettava voimavaroja sosiaali- ja terveystalouden palvelujen ohella myös muihin sellaisiin toimintoihin, jotka edistävät ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. On tärkeää että kunnassa on myös tarjolla myös palveluja ja esimerkiksi erilaista viriketoimintaa kuten ohjattua liikuntaa sekä kerho- ja kulttuuritoimintaa. Hyväkuntoiset ikäihmiset voivat osallistua vapaaehtoistoimintaan. Edellä kuvatut toiminnot kohottavat ikääntyneen väestön elämänlaatua ja saattavat osaltaan myöhentää heidän avun tarvetta(Vanhuspalvelulaki)



KUNTANÄKÖKULMA

PALVELUJEN SISÄLTÖ JA TOTEUTTAMISTAPA / NEUVONTA- JA OHJAUSPALVELUT: ”Palvelut on

tarkoituksenmukaista järjestää lähipalveluina jotta ne olisi mahdollisimman helposti saavutettavissa”

”Hyvinvoinnin, terveellisten elintapojen edistäminen sekä sairauksien, tapaturmien ehkäisyyn tähtäävä ohjaus”

”Sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien tunnistaminen ja niihin liittyvä varhainen tuki”

”Sosiaalihuoltoa ja muuta sosiaaliturvaa koskeva ohjaus”

”Sairaanhoidon, monialaista kuntoutusta ja turvallista lääkkeitä koskeva ohjaus”

”Ohjaus kunnassa tarjolla olevien hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista edistävien palvelujen käyttöön”

”Palveluita voidaan antaa matalan kynnyksen toimipaikoissa, asiakkaiden luokse liikkuvina lähipalveluina, puhelimitse, verkkopalveluina”(Vanhuspalvelulaki)

➤ **Palveluiden tuottaminen**

KEHITTÄMISTARVE

Yksityisiä

palveluntuottajia

pyritään

mahdollisuuksien mukaan **lisäämään** ja toiminnasta laaditaan selkeät ohjeet/**käytännöistä**

- ❖ Yksityiset siivouspalvelut toimivat hyvin, tukevat monituottajuutta
- ❖ palvelusetelit (mm. siivous) – vaatii kärsivällisyyttä ja markkinointia jotta asiakkaat oppivat käyttämään
- ❖ Ateria-, turva-, siivouspalvelut toimivat kohtalaisen hyvin
- ❖ Pesupalvelut ja kauppapalvelut osassa kuntia tukipalveluna, osa säännöllisen kotihoidon osana
- ❖ Kotihoidossa on myös ne asiakkaat, jotka ansaitsisivat samat palvelut kuin laitoksessa

- ❖ Kotihoitoa palvelusetelillä max. 20 h, ei siivous, veteraanien kuntoutusapu, kylätalkkari – ja yksityiset siivouspalvelut erikseen
 - Ei yrittäjiä saada palvelusetelipalveluita tarjoamaan
 - Monituottajuutta on vaikeaa löytää

- Maksimimäärä kotihoitoa, mitä kunta voi myöntää
 - ❖ kotihoidon raja Keiteleessä 80h – tämän ylittävät **tunnit** ei enää kotihoidon vastuulla, jos haluaa edelleen asua kotona, ostettava palvelut sinne itse
 - ❖ Viikoittaiset käynnit kuuluvat säännöllisen piiriin, maksu tuntimääräinen – useampi luokka (0–5h, 5–8, 8–11..) Päivittäisiä käyntejä voi olla maksimissaan 4–5/pvä. Käyntejä viikonloppuisin ja iltaisin klo 19 saakka, yöpartiokäynnit
 - ❖ Kotihoitoa maks. 8 tuntia per kuussa, jos tarvetta enemmän, sitten katsotaan asumista muualle, vain 1 hoitaja kerrallaan. 5-portainen maksutaulukko. Yöpartiokäynnit sisältyvät kotihoitomaksuun säännöllisillä asiakkailla. Muilta peritään erikseen
 - ❖ säännöllisen kotipalvelun perusteet – säännölliseen, kun käynti per viikko vähintään. 2–3 käyntiä kuussa, asiointitaksan mukainen maksu. Iltta- ja viikonloppukäynnit niitä kipeimmin tarvitseville. Maksuperuste käyntejä viikossa -maksutaulukko (1–2, 3–4, 5–7 käyntiä viikossa)
 - ❖ Tarkistaminen taulukkojen osalta on edessä. Asiaksmaksujen korottaminen tapetilla
 - ❖ Riskiryhmien tunnistaminen, tarvitaan kohdentamista myös enemmän
 - ❖ **Tärkeää määritellä linjakkaasti se, kenelle annetaan ja kenelle ei, jotta asiakkaat tulevat kohdelluiksi tasa-arvoisesti**
 - Muutkin palvelut hiipuvat: pankki, kauppa ym. matkat pitenevät

- Kuljetustuet (vammaispalvelut, muut, tuki ajokortin menetyksessä)
 - ❖ palveluliikenteen toimivaksi saaminen todellinen haaste – jos vienti palveluiden äärelle ei toimi, niin etäyhteydellä hoitamiseen tukea?
 - ❖ Kuljetuspalvelut vaikeaa järjestää, esim. takseja ei tarpeeksi

- Senioritalo, jossa monipalveluita saatavilla
- ennaltaehkäisevät kotikäynnit (ikärajat?)

KEHITTÄMISTARVE
Asiaksmaksuista, käyntikerroista, tuntimääristä ym. laaditaan toimintaohje

KEHITTÄMISTARVE: erilaiset asumisratkaisut kotona asumisen turvaamiseksi

KEHITTÄMISTARVE
Ennaltaehkäisevien kotikäyntien suunnittelu ja käytännön toteutus

- ei ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä toteuteta
- aloitettu 80 vuotta täyttävillä
- tehty 75 vuotta täyttäneille
- ennaltaehkäisevät kotikäynnit eivät vielä säännöllisesti, seniorikatsastuksia on ollut aiemmin yli 75-vuotiaille
- seniorikatsastukset toimivat
- sairauden mukaan tehdään tarkastuksia
- hyvinvointia edistävät kotikäynnit ehkä kohdistettu liian hyväkuntoiseen joukkoon

- miten löytää yksinäiset ja liikkumiskyvyltään ongelmaiset?
- amkkn geronomiopiskelijat tehneet hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä 75 vuotta täyttävälle
- ennaltaehkäisevät kotikäynnit eivät vielä säännöllisesti, seniorikatsastuksia on ollut aiemmin yli 75-vuotiaille
- 75-vuotiaista vähän nousi mitään tukitarpeita → Liikunta- ja ravitsemusohjaaminen juuri näille todella tärkeässä tilanteessa
- Ikäkausitarkastuksiin ei ole kaikkia tavoitettu samasta ikäryhmästä – hyvinvointia edistävät kotikäyntitarpeet olisi hyvä bongata juuri tiettyjen ikäryhmien terveystarkastuksissa

”Kunnalla on velvollisuus järjestää hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä. Ainakin joitakin näitä on tarjottava erityisesti riskiryhmille: omaishoitajat, äskettäin puolison tai muun läheisen menettäneet, yksinäiset, sairaalasta kotiutuneet, muistisairaant” (Vanhuspalvelulaki)

❖ Ennaltaehkäisevän työn tukena vapaaehtoistyö

- Yhteistyö järjestöjen kanssa
- Vapaaehtoistyön organisointi kunnan näkökulmasta
- TaukoPirtti -hanke, kunnan työntekijä tukena, toiminut aivan loistavasti

→ **Kuntien yhteinen vapaaehtoistyön organisoiija** tarpeellinen (Pthyksiköiden yhteyteen?)

- Vapaaehtoistyötä järjestänyt SPR ja seurankunta, organisointi ei oikein toimi, sitoutuneisuus haasteena
- Kunnan puolelta tuki ja organisointi tarvitaan
- Hanke meidän lappilaiseen muotoon järjestää yhteistyössä vapaaehtoistyötä kunnan ja kolmannen sektorin tukemiseen

✓ vapaaehtoistyöhön hanke ok, mutta pitäisi saada pysyvämpi rakenne synnytettyä

KEHITTÄMISTARVE

Vapaaehtoistyön organisointi

kunnassa vanhustyön johdon, kotihoidon ohjaajan, palveluohjaajan, toimintayksiköiden esimiesten, vanhusneuvostojen yhteistyönä
Yhteiset linjaukset,
Hankkeet tukena
Alueellinen yhteistyö/verkosto vapaaehtoisille

- **Vapaaehtoistoiminta:** osassa kuntia toimii hyvin ja on arvokas panostus ikääntyvien arjen tukena ja lisäksi kuntoutuspalveluissa
 - ❖ monitoimijainen yhteistyö ja sen linjaukset?
 - ❖ kunnan vastuulla koordinointi: muuten vaarana ”alkaa elämään omaa elämää”, helposti ”sammuu” jos ei ole minkäänlaista tukea kunnalta
 - ❖ palveluohjaajan tulee tietää/tuntea monitoimijainen verkosto → asiakkaiden ohjaaminen
 - ❖ vapaaehtoisten jalkauttaminen ja yhteistyö ei ainakaan vielä ole lähtenyt kovin käyntiin – tarvitsisivat tukea kotipalvelusta.

KEHITTÄMISTARVE:

Monitoimijaisen vanhustyön linjauksen laadinta palveluohjauksen ym. tueksi

Vapaaehtoistyö

Kolmas sektori, yhdistykset, järjestöt

Omaishoito ym.

Moniammatillisen vanhustyön linjauksen laadinta palveluohjauksen ym. tueksi

”Kunnan on osoitettava voimavaroja sosiaali- ja terveyspalvelujen ja hyvinvointia edistävien palvelujen ohella myös muihin sellaisiin toimintoihin, jotka edistävät ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Yhteistyö ja voimavarojen kokoaminen yritysten, järjestöjen ja muiden toimijoiden kanssa on välttämätöntä” (Vanhuspalvelulaki)

- Pitkät välimatkat on haaste, puheenaihe myös Tampereella

- ✓ Ilta- ja viikonloppuhoitojen järjestäminen sivukylille ei onnistu missään täydellisesti
Kotihoidon mahdollistaminen sivukylille veisi esim. kokonaisen työvuoron yhteen käyntiin = mahdoton järjestää

KEHITTÄMISTARVE

Valviran ohje
matkoihin/etäisyyksiin
kysytty mutta vielä ei
vastausta

- ❖ Asiakkaan oma näkemys esille missä haluaa asua (omaiset voivat vastustaa muuttoa palveluiden piiriin)
- ❖ Asiakkaalla on oma vastuu elämästään. Kauimmaisissa kylissä ovat asiakkaat hyväksyneet, ettei kotihoito sinne asti ehdi, tulevat itse palveluiden äärelle. Ikäihmiset muuttavat sellaiseen paikkaa missä apua järjestetään
- ❖ Asiakkaat eivät muuta keskustaan vaan vaativat hoidon kotiin sivukylille jopa 50 km päähän (2xvrk:ssa kahden tunnin ajan)
 - Omaisten tuella on saatu viikonloput pyörimään
 - Naapurit auttavat
 - Yhteen kylään on järjestetty myös viikonloppuisin
 - Vielä on voitu järjestää: yksi työntekijä kiertää kylällä, asiakkaat saman reitin varrella
 - Muistisairaat haastava kohderyhmä vaikea saada naapurin/kolmannen sektorin apua, eivät halua sitoutua
 - Kansalaisille on hyvä järjestää tiedotusta muistisairauksista
 - Eryteisesti muistisairaana osalta olisi tärkeää muuttaa palvelujen piiriin ennen kuin muistisairaus pahenee → muuttaminen vaikeampaa sairauden edetessä

KEHITTÄMISTARVE: Kotihoidon henkilöstön työajan käytön systemaattinen arviointi ja uudelleen organisointi suhteessa palveluiden piirissä oleviin asiakasmääriin ja heidän tarpeisiinsa

Asiakkaiden palvelutarpeet arvioidaan systemaattisesti, työntekijöiden työajan käyttöä tehostetaan vastaamaan asiakkaiden tarpeita jotka muuttuvia, myös asiakasmäärät vaihtelevat. Edellyttää säännöllistä asiakkaiden hoivan/hoidon/palveluiden arviointia suhteessa asiakkaiden tarpeisiin → säännöllinen arviointi myös henkilöstömääriin ja työajan käyttöön jotka suhteutetaan asiakkaiden todellisiin tarpeisiin

Asiakkaat ja heidän hoidon tarpeet, työvuorosunnittelu ja töiden jakaminen keskitetään ja toimintoja tehostetaan, toiminnanohjausjärjestelmät tueksi -> asiakkaiden luona käydään palvelutarpeiden arvioinnissa (systemaattista, lomakkeet tukena ja kysymykset tehdään kaikille arvioinnin yhteydessä) esille nousseiden tarpeiden mukaisesti → osa asiakkaista ei välttämättä tarvitse kotihoidon palvelua, karsiutuvat pois jolloin nykyinen henkilöstö voidaan kohdentaa todellisiin tarpeisiin

Tavoitteena: työntekijät tulevat työvuoroon he voivat aloittaa työpäivän asiakkaan luona, samoin kuin päättää työpäivänsä asiakkaan kotona → toimistolla työskentely minimiin, kirjaamiset ym. asiakkaiden kotona, tilastoinnin ym. tehostaminen

Tuloksena: systemaattisesti ja hyvin johdettuna auttaa henkilökuntaa töiden organisoinnissa → kiireen tunne vähenee, mahdollistaa johdolle tiedon todellisista henkilöstömääristä/-tarpeista

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 3§:n mukaan kunnan on osoitettava voimavaroja valtionosuuden perusteena olevaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon (Vanhuspalvelulaki)

✓ Hlökuntaa ei mahdollista lisätä

- ❖ Ei saada työvoimaa vaikka rahaa olisi palkata
- ❖ onko nostettava rimaa kotihoidon myöntämiselle?
 - Palvelutaksi kokoamaan esim. lauantaisin vapaaehtoistyöntekijän tuella sivukyläasiakkaat kootusti syömään/kauppaan joku päivä
 - Kirjastoauton hyödyntäminen – käy samalla tsekkaamassa asiakkaan tilanteen kotona, kun vie kirjat
 - Teknologian hyödyntäminen etäisyyksien voittamiseen (Tre: Jumppatuokiot, kotipalveluasioissa yhteydet niissä asioissa, joissa fyysistä tukea ei tarvita)
 - Kaikissa kylissä eivät nettiyhteydet toimi

KEHITTÄMISTARVE

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön työajankäytön/tehtävien selvittäminen (nykytilanne) ja uudelleen organisointi palvelurakenteen muutoksen myötä = yhteistyön tehokkaampi vahvistaminen

Kun palvelurakennemuutos etenee ja pitkäaikaishoitopaikat vähenevät/loppuvat henkilökunnan kohdentaminen uudella tavalla tulee ajankohtaiseksi

Kotihoito, terveydenhoito, tk:n vuodeosasto ym. yksiköt yhdessä → selvitetään koko henkilöstön mahdollisuudet toteuttaa palveluita nyky muodossaan ja yhteistyössä

Henkilöstön painotus siirtyy avohoitoon. Tämä tarkoittaa mm. sitä että kotihoidon henkilöstön tukena moniammatillisessa työryhmässä tulee säännöllisesti työskennellä terveydenhoitajia, fysioterapeutteja, kuntohoitajia, sairaanhoitajia ym. erisijaisista ja asiantuntemusta omaavia työntekijöitä lähihoitajien, kodinhoitajien ja hoiva-avustajien tukena. Lisäkoulutukset esim. muistihoidajat, dm-hoitajat, kuntohoitajat jne. -> toimivat palveluketjun asiantuntijahoitajina, tukena kotisairaanhoidossa (+ mahdollisesti kotisairaala), kotiin tapahtuvassa saattohoidossa, kuntoutuksessa jne. → tehtävät, toimenkuvat ja roolit selkiytetään ja pelisäännöt sovitaan → moniammatillinen työskentely tehostuu

Lisäksi selvitetään kunnasta kaikki muut toimijat ja sektorit (sivistys, tekninen ym.) ja kytketään heidät yhteistyöhön tehokkaasti ja systemaattisesti → koordinointi sosiaalipuolella

➤ Valvova viranomainen

- ❖ Järjen käyttö sallittua
- ❖ Voiko tähän pyytää AVIn tai VALVIRAn kannanottoa, voiko esim. rajata että ilta- ja viikonloppuhoitoa vain tietyssä paikkaa kunnassa

➤ Toiminnanohjausjärjestelmä

- Kuntaliitto on kilpailuttanut **toiminnanohjausjärjestelmät**

KEHITTÄMISTARVE
kuntien välistä yhteistyötä lisätään, yhteneväisiä käytäntöjä vahvistetaan

- ❖ mutta mikä on kunnan asiakasmäärä, jotta käyttöönotto kannattaa? Olisiko tässä mahdollista tehdä pienten kuntien yhteistyötä?
- ❖ RAI-yhteistyö Kittilän ja Muonion kanssa – koulutuskulujen jakaminen
- ❖ Kemi-Tornio-Ylitornio-Keminmaa ja Tervola – Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri organisoimassa yhteistä toiminnanohjausjärjestelmää

➤ tilastointi ja kirjaaminen

KEHITTÄMISTARVE
ohjelmistojen käyttöön ottaminen

- ✓ tilastointi ja kirjaaminen ajankohtaista: ei ohjelmaa kotipalvelussa (reissuvihot), kirjaamisen käytäntö kirjavaa
- ✓ HILMOsta ohje: jos kuukausittain käydään suunnitelmallisesti, silloin kirjattava säännöllisen palvelun piiriin olevaksi (tilastojen vertailtavuus ja merkitys myös laskutusellisesti)

”Kunnan on julkaistava ainakin puolivuositiedot siitä, missä ajassa iäkäs henkilö voi saada hakemansa sosiaalipalvelut. Tiedota on julkaistava sellaisia menetelmiä käyttäen, että iäkkäillä henkilöillä on tosiasiallinen mahdollisuus tietojen saamiseen, useampaa tiedotuskanavaa käyttäen” (Vanhuspalvelulaki)

- ✓ eArkistotasoinen kirjaaminen, tämän vuoden aikana alettu tekemään hoitosuunnitelmia sähköiseen muotoon
- ✓ älypuhelimet tulossa käyttöön, Efficaan kirjaaminen näiden kautta
- ✓ mobiiliPegasos on tuossa
- ✓ Ylipäätään huomiota kiinnitettävä siihen MITÄ ja MITEN kirjataan

KEHITTÄMISTARVE

Palvelusuunnitelmat laaditaan sähköisesti

Palvelusuunnitelmat sisältävät tällä hetkellä lähinnä yleistietoa asiakkaasta sekä palvelujen tuottamista koskevan työsuunnitelman. Palvelusuunnitelman sisällön kehittäminen välttämätöntä

Tarvitaan lisäksi konkreettinen ja tavoitteellinen palvelusuunnitelman osaan liittyvä

kuntoutussuunnitelma. Sen sisällöstä tulee sopia ja henkilökunta kouluttaa

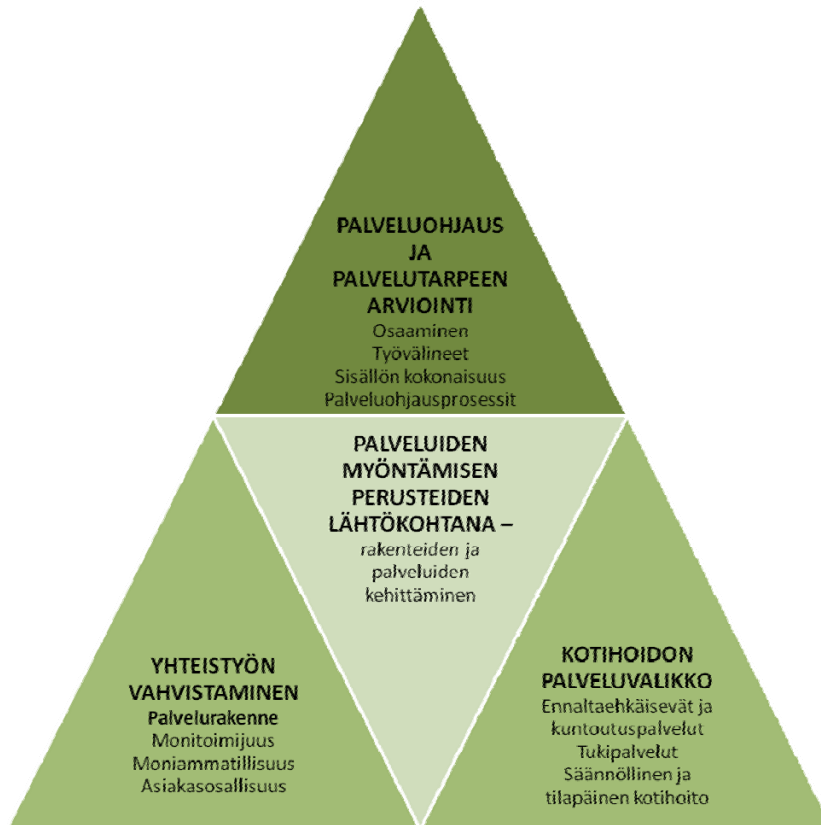
”Palvelutarpeiden selvittämisen jälkeen laaditaan palvelusuunnitelma, jossa todetaan millaisilla palveluilla tarpeisiin aiotaan vastata. Palvelukokonaisuuteen voi kuulua erilaisina yhdistelminä esim. omaishoidon tukea, perhehoitoa, kotipalvelua tukipalveluna, kotisairaanhoidon, kuntoutusta, apuvälinepalveluja ja palveluasumista. Siihen voi kuulua myös laitoshoidon jos sen toteuttamiselle lain 14§:ssä säädetyt edellytykset täyttyvät iäkäs henkilö voi tarvita myös sosiaali- ja terveydenhuollon erityispalveluja kuten vammaispalveluja, kehitysvammanhuollon palveluja sekä mielenterveys- ja päihdepalveluja” (Vanhuspalvelulaki)

- työsuojelulliset vaatimukset kotihoidossa
 - Turvapalvelu yötyöntekijöille. Yöpartio toimii yhteistyössä vartiointiliikkeen kanssa. Kulunvalvonta – sähkökatkot sotkevat. Muistisairaiden osalta kulunvalvonta tärkeä tuki
 - Ergonomiaan liittyvät ongelmat jos asiakas ei ole valmis asunnonmuutoksiin, apuvälineisiin
 - Mielenterveys- ja alkoholi-asiakkaat haasteellisia
- moniammatillisuus
 - 2 tiimiä, joissa sairaanhoitajat tiimivastaavina, asiakkuuksista ja ongelmatilanteista keskustelu. Tukihenkilöinä lähihoitajille
 - moniammatillinen työryhmä, tieto kyllä kulkee eri sektoreiden välillä
 - monialaiset työryhmät eri palveluketjujen eri vaiheisiin. Pegasos käytössä, rakenteet olemassa, mutta ongelmana haasteelliset tilanteet, joissa toimitaan rajapinnoilla, tarvetta selkiyttää toimintatapaa, -periaatteita ja vastuuta. Kotisairaanhoito ja kotipalvelua on yhdistynyt, palveluohjaus nyt uudella tasolla

”Palveluista vastaavan johtajan on huolehdittava, että toimintayksikössä järjestetään omavalvonta palvelujen laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi. Suunnitelman toteutumista on seurattava säännöllisesti kerättävillä palautteilla (asiakkaat, työntekijät, omaiset). Siten turvataan asiakkaiden ja henkilöstön mahdollisuudet vaikuttaa palvelujen laadun arviointiin ja kehittämiseen (Vanhuspalvelulaki)

Omavalvonnan tavoitteena on, että henkilökunta arvioi koko ajan omaa toimintaansa ja puuttuu havaittuihin epäkohtiin. Valviran mukaan omavalvonnan tavoitteena on myös toimintakulttuuriin muutos. Asioista pitää opetella keskustelemaan avoimesta. Laadun kehittäminen lähtee työn kuvauksesta: miten meillä joku asia hoidetaan ja miten se voitaisiin tehdä paremmin (Riitta Husso Valvira). Ongelmat pitää käsitellä avoimesti, eikä lakaista niitä maton alle. Palautetta ei pidä ottaa vastaan karvat pystyssä syytöksenä, vaan nähdä se askeleena parempaan, asiantuntijalääkäri Tuula Kock. (Lapin Kansa 10.7.2014)

TOIMINTAMALLI



Kuvio 1. Palveluiden myöntämisen perusteet – rakenteiden ja palveluiden kehittäminen

JOHTAMISEN NÄKÖKULMAT



Kuvio 2. Vanhustyön johtamisen näkökulma rakenteiden ja palveluiden kehittämisessä

TOTEUTUNEET TYÖSKENTELYPÄIVÄT

16.6.2014, 1.7.2014, 2.7.2014, 3.7.2014, 15.8.2014, 18.8.2014, 1.9.2014, 8.9.2014,
16.10.2014

TYÖSKENTELYSSÄ OVAT OLLEET MUKANA:

ENONTEKIÖLTÄ Annikki Kallioniemi, Satu-Marja Eira-Keskitalo

INARISTA Riitta Sipola-Kellokumpu, Hanna Rauhala, Jaakko Seppänen

KEMIJÄRVELTÄ Liisa Niemelä, Risto Hurnanen, Rauni-Maaria Kesälahti

KITTILÄSTÄ Katja Hietanen, Paula Niemelä

LÄNSI-POHJASTA Sirpa Vuorimaa, Merja Haapakorva-Kallio, Teija Horsma, Anne Soidinmäki, Outi Kinnunen, Kristiina Kehusmaa, Soili Rautio, Jenni Autio, Pirkko Hildén, Eija Pietikäinen, Anniina Mäkimartti, Anita Hinkkainen, Roosa Häkkinen, Sari Söyrinki, Sari Rousu

MUONIOSTA Pirkko Kuru, Kati Sirkka, Kati Korva, Sanna Koivuniemi, Pirjo Juustovaara, Tarja Vuorinen, Essi Rauhala, Kirsti Mattila, Marja-Leena Kuru, Tiina Pieskä

PELLOSTA Anne Ikonen, Kaisu Laitamaa

RANUALTA Marketta Uimaniemi-Honkanen, Helena Romppainen, Päivä Haapala, Meeri Hosio

ROVANIEMELTÄ Satu Karekivi-Pallari, Johanna Lohtander

SALLASTA Terttu Hannula, Aila Raatikka-Metsänen, Riitta Iivari-Rantanen, Liisa Aska, Eija Kovalainen, Minna Mikkonen, Sirkka-Liisa Isojärvi, Ulla Isojärvi

SODANKYLÄSTÄ Inga Mukku, Anitta Mikkola,

sekä Ikäihminen toimijana -hankkeesta Pirkko Jäntti, Maria Martin ja Leila Mukkala hankkeesta