



Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen Lapissa

TOIMIVAN KOTIHOIDON KÄSIKIRJA



TOIMIVA KOTIHOITO LAPPIIN -
MONIPUOLISET TUEN MUODOT
KOTONA ASUMISEEN -HANKE
2018

**TOIMIVA KOTIHOITO LAPPiin –
MONIPUOLISET TUEN MUODOT KOTONA ASUMISEEN**

**POHJOIS-SUOMEN SOSIAALIALAN OSAAMISKESKUS
LAPIN TOIMINTAYKSIKKÖ**

ROVAKATU 3, 96100 ROVANIEMI

TAITTO: HEIDI PÖYSÄ
TEKNOLOGIAKokeilujen Kuvat: JOUNI PORSANGER
PAINO: GRANO OY
ROVANIEMI 2018

SISÄLLYS



1	JOHDANTO	7
2	PARASTA ELÄMÄÄ KOTONA	8
3	KOTIHOIDON ASIAKKAAN POLKU – POLULLA KULKIJAN PARHAAKSI	10
3.1	Mitä ikäihminen voi tehdä oman terveytensä ja hyvinvointinsa eteen?	12
3.2	Ikäihmisen arjen tukeminen palveluneuvonnalla	14
3.3	Miten asiakasohjaus voi tukea ikäihmisen kotona asumista	15
3.4	Kotihoidon myöntämisen perusteet	17
3.5	Asiakassuunnitelma	21
3.6	Kuntouttava arviointijakso	23
3.7	Kotikuntoutus	25
3.8	Ennakoivan kotiutumisen malli asiakkaan parhaaksi	33
3.9	Kotihoitoa ympäri vuorokauden (24/7)	38
4	OSALLISUUDEN TOTEUTUMINEN	56
4.1	Ituja yhteiseen kehittämiseen	56
4.2	Vapaaehtoinen tukemassa osallisuutta	57
4.3	Vanhusneuvostojen osallisuus	58
5	OSAAMISEN JA JOHTAMISEN KEHITTÄMINEN MUUTOKSESSA	60
5.1	Verkostot ja valmennukset osaamisen vahvistajina	60
5.2	Muutos vaatii johtajuutta	61
6	TEKNOLOGIAN KÄYTTÖKOKEMUKSET	64
6.1	Teknologiaviikon etäkokeilut	64
6.2	Teknologioiden käyttö kotona asumisen tukena	65
7	SAAMELAISUUS JA SAAMEN KULTTUURI KOTIHOIDON PALVELUISSA	70
	Lähteet	
	Liitteet	

1

JOHDANTO



Lapin maakunnassa tarvitaan yhdenvertaisempia ja paremmin koordinoituja kotiin tuotavia palveluja. Tavoitteena on tukea ikäihmisten parasta elämää kotona mahdollisimman pitkään ja toimintakykyisenä. Lapin väestön ikääntyminen ja kasvavat palvelutarpeet haastavat tähän työskentelyyn.

Tämä käsikirja on tarkoitettu mahdollisimman monen lukijan käsiin, kuten Lapin 21 kunnan ja kuntayhtymien ikäihmisten palveluiden toimijoiden, opetushenkilöstön, yritysten ja ennen kaikkea ikäihmisten itsensä. Se toimii myös suunnittelun ja käyttöönoton tukena. Käsikirja kuvaa konkreettisten kokeilujen kautta hankkeessa tehtyä kehittämistyötä, tutkimus- ja selvitystyötä malleineen sekä kehittämisen askeleita onnistumisineen ja haasteineen.

Toimiva kotihoito Lappiin – monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen -hanke aloitti toimintansa vuoden 2016 lopussa. Mukana ovat Lapin maakunnan kaikki 21 kuntaa (Enontekiö, Inari, Kemi, Kemijärvi, Kemijärvi, Keminmaa, Kittilä, Kolari, Muonio, Pelkosenniemi, Pello, Posio, Ranua, Rovaniemi, Salla, Savukoski, Simo, Sodankylä, Tervola, Tornio, Utsjoki ja Ylitornio), kuntayhtymät ja yksityiset yritykset Seniortek Oy, Arctic Connect Oy, Sentina Oy, Posti Oy sekä lisäksi Lapin yliopisto ja Lapin ammatikorkeakoulu. Yritykset esiintyvät myöhemmässä kuvauksessa eri kokeilujen yhteydessä. Hankkeen hallinnoijana toimii Kolpeneen palvelukeskuksen kuntayhtymä ja toteuttajana Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Kuntien omarahoitusosuuksista vastaavat Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirit.

” TÄMÄ KÄSIKIRJA ON TARKOITETTU MAHDOLLISIMMAN MONEN LUKIJAN KÄSIIN, KUTEN LAPIN 21 KUNNAN JA KUNTAYHTYMIEN IKÄIHMISTEN PALVELUIDEN TOIMIJOIDEN, OPETUSHENKILÖSTÖN, YRITYSTEN JA ENNEN KAIKKEA IKÄIHMISTEN ITSENSÄ.



2 PARASTA ELÄMÄÄ KOTONA



Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeen johtotähtenä on pitää asiakas keskiössä. Tavoitteena on ollut luoda asiakaslähtöisiä, vaikuttavia ja toimintakykyä ylläpitäviä toimintatapoja ja lisätä asiakkaiden osallisuutta kaikessa toiminnassa. Ikäihmisten itsemääräämisoikeutta ja myös omaisten osallistumista on pyritty vahvistamaan yhteistyössä. Ikäihminen on vastuullinen ja aktiivinen toimija omassa elämässään. Kotiin annettavien palvelujen kehittäminen ja monimuotoistuminen vahvistavat ikäihmisten kotona asumisen mahdollisuuksia. Sujuvat palvelu- ja hoitoketjut tukevat eri toimijoiden työskentelyä ja lisäävät ikääntyneiden luottamusta ja turvallisuuden tunnetta palvelujärjestelmää kohtaan. Olennaista on, että kaikki toimijat sitoutuvat työskentelemään samojen, ikäihmisestä itsestään lähtöisin olevien tavoitteiden saavuttamiseksi. Muutokset edellyttävät asenteiden, ajattelutapojen ja toimintamutojen muutosta sekä yhteistä tavoite- ja tahtotilaa. Huoneentaulussa kiteytyy hankkeen tavoitteiden mukainen yhteinen palvelulupaus.

Huoneentauluun tiivistettiin, millaista on hyvä kotihoito Lapissa ja miten sitä toteutetaan. Pohjaksi otettiin SenioriKaste-hankkeen aikana työstetty Kolarin kotipalvelun huoneentaulu, josta muokattiin koko maakunnalle yhteinen. Toimintaperiaatteita työstettiin Lapin maakunnan vanhusneuvostoilta ja kuntatoimijoiden verkostosta saatujen kommenttien perusteella. Huoneentaulussa haluttiin korostaa ikäihmisen omaa toimijuutta. Jokaisella ikäihmisellä on omat tapansa ja tottumuksensa ja monenlaisia tärkeitä asioita, jotka tuovat elämään merkityksellisyyttä. Työntekijöiden on hyvä olla näistä tietoisia, jotta jokaisen ikäihmisen arki voi jatkua mahdollisimman pitkään omannäköisenä. Asiakasta kuunnellaan ja kuullaan ja asiakassuunnitelma tehdään yhdessä. Kaikkien yhteisenä tavoitteena on asiakkaan kokonaisvaltainen hyvinvointi.

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Huoneentaulu ohjaa toimimaan yhteisten toimintaperiaatteiden mukaan. Sen on tärkeää olla asiakkaiden ja heidän omaistensa ja läheistensä käytössä. Huoneentaulu on hyvä liittää asiakaille lähetettäviin hallintopäätöksiin, tuoda näkyviin yksiköiden ilmoitustauluille ja kotihoi-



toyksiköiden sähköisiin perehdytys-/valmennuskansioihin. Asiakassuunnitelman tekemisen yhteydessä on oivallinen tilaisuus käydä läpi yhteiset toimintaperiaatteet huoneentaulun avulla.



Parasta elämää kotona

kotihoidon huoneentaulu

- TEEMME HYVÄÄ YHTEISTYÖTÄ ASIAKKAAN JA HÄNEN LÄHEISTENSÄ KANSSA TUKIESSAMME ASIAKKAAN OMATOIMISUUTTA, TOIMINTAKYKYÄ JA ELÄMÄN HALLINTAA ARJESSA**

Omaisten ja läheisten osallistuminen asiakkaan elämään on tärkeää. Autamme asiakasta tunnistamaan ja hyödyntämään omia voimavarojaan. Kannustamme asiakasta tekemään hänelle itselleen tärkeitä asioita. Työssä hyödynnämme erilaisia mahdollisuuksia kuten jumppaa, ulkoilua, muistelua, musiikkia jne.
- OLEMME ASIAKKAAN LUOTTAMUKSEN ARVOISIA JA NOUDATAMME SALASSAPITOVELVOLLISUUTTA**

Sovimme omaisista tai läheisistä yhden yhdys- ja varahenkilön, joka toimii tiedon välittäjänä. Asiakkaalla on nimetty omahoitaja, joka pääsääntöisesti vastaa hänen asioistaan ja on tarvittaessa yhteydessä omaiseen tai läheiseen. Hoidamme asiat sovitusti ja kunnioitamme asiakkaan yksityisyyttä.
- TUNNEMME ASIAKKAAMME EDISTÄÄKSEMME HÄNEN OMAA PÄÄTÖKSENTEKOAAAN JA ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUTTAAN**

Omahoitaja vastaa siitä, että asiakkaalla on ajantasainen asiakassuunnitelma (hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma). Siihen sisältyvät elämänhistoria, nykytilanne ja tulevaisuuden toiveet. Kuuntelemme asiakasta ja huomioimme hänen toiveensa mahdollisuuksien mukaan ja hyvinvoinnin huomioiden. Vapaaehtoiset osallistuvat asiakkaan arkeen hänen sopimallaan tavalla. Kannustamme asiakasta elämään hänelle itselleen merkityksellistä, hänelle parasta elämää.
- AUTAMME ASIAKASTA**

Ohjaamme ja tuemme ajanmukaisen tiedon ja palvelun saamisessa asiakasta ja hänen läheisiään. Lupaamme vähintään kerran vuodessa asiakasohjaajan tapaamisen tai yhteydenoton. Tapaamiseen osallistuu asiakas itse, omahoitaja ja asiakkaan niin toivoessa omainen tai läheinen. Järjestämme tarvittaessa isomman palaverin, jossa on mukana asiakkaan hoitoon ja kuntoutumiseen osallistuvia työntekijöitä.
- SITOUDUMME TOIMIMAAN YHTEISESTI SOVITTUJEN PERIAATTEIDEN MUKAAN**

Työskentelemme jokaisen asiakkaan kanssa hänen yksilöllisten tarpeittensa mukaan. Yhteinen tavoitteemme on asiakkaan kokonaisvaltainen hyvinvointi.

Kuvio 1 Parasta elämää kotona – kotihoidon huoneentaulu

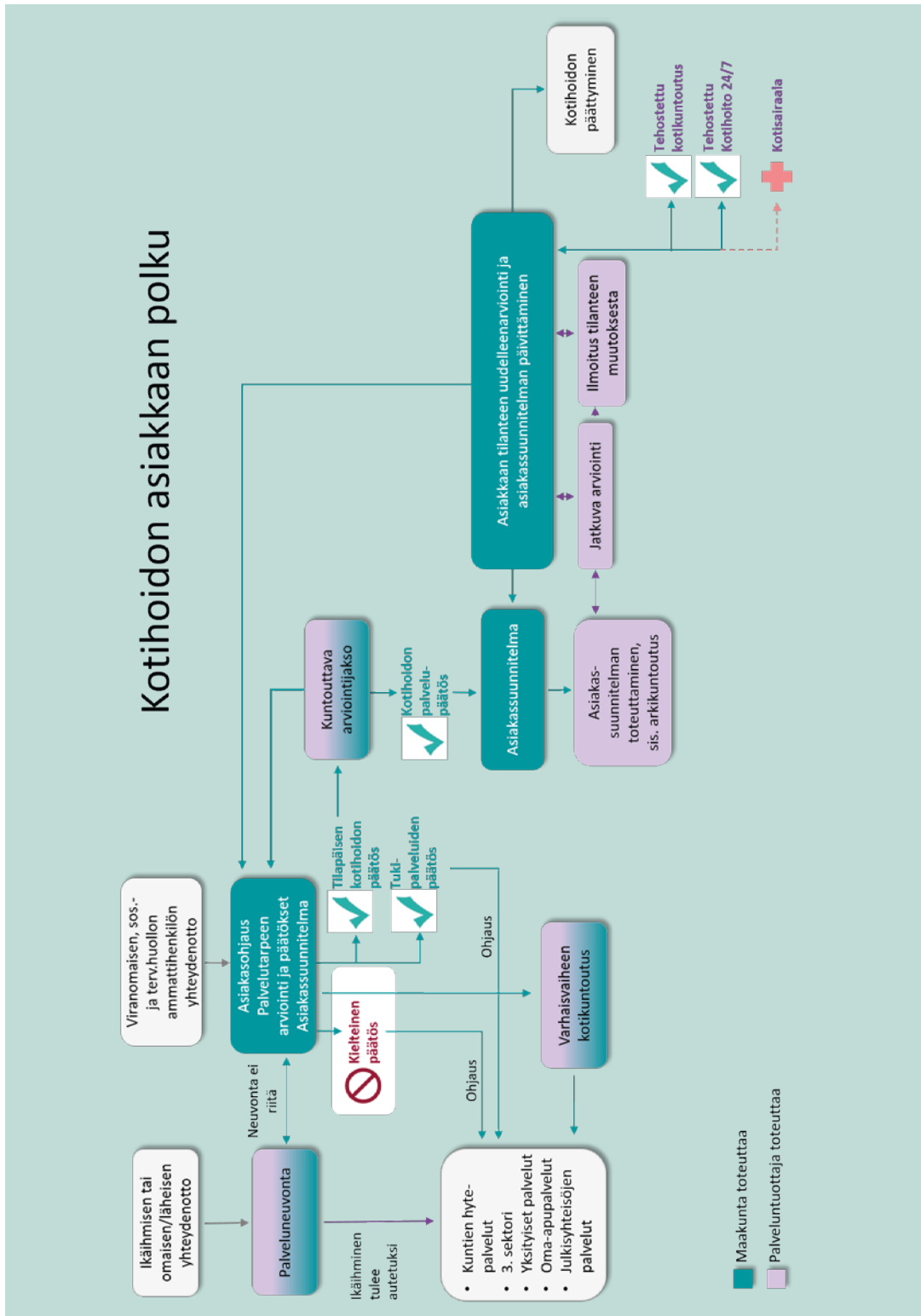
3

KOTIHOIDON ASIAKKAAN POLKU – POLULLA KULKIJAN PARHAAKSI



Kotihoidon asiakkaan polku tulevassa maakunnassa kuvaa palvelukokonaisuutta ja niitä vaihteita, jossa asiakas ja palvelu kohtaavat. Palveluneuvojat ja asiakasohjaajat ovat palvelupolun oppaita, jotta asiakas ei eksyisi ja jäisi ilman tarvitsemaansa tukea.

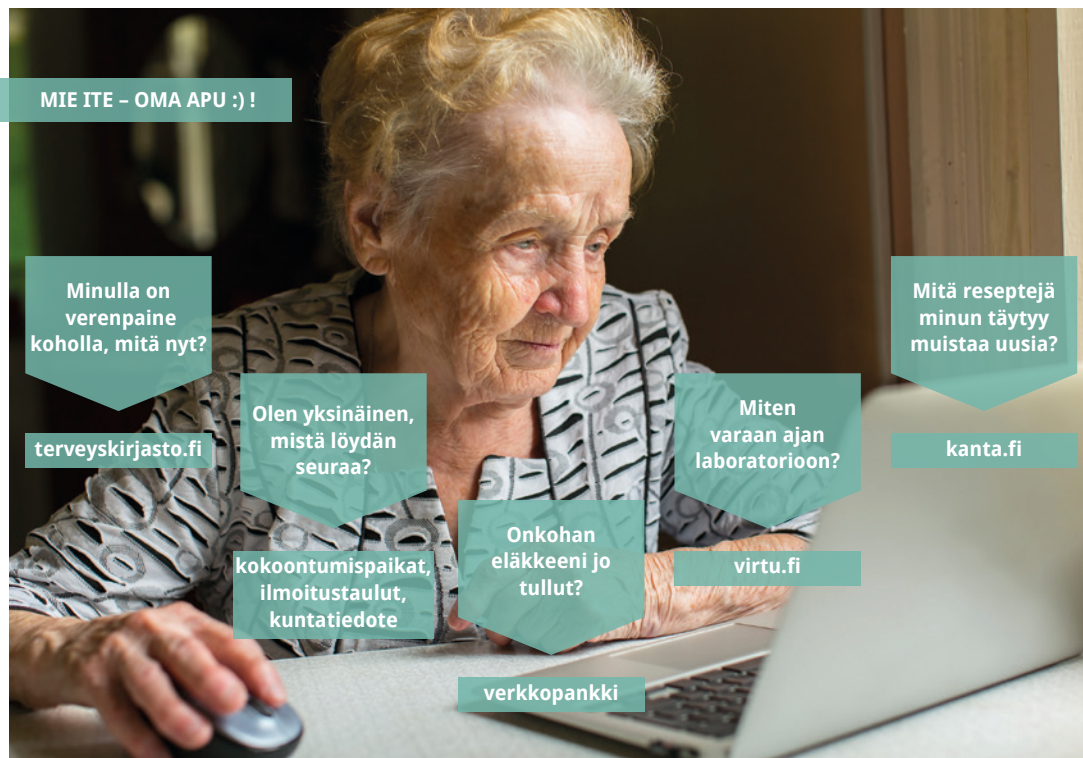




Kuvio 2 Kotihoidon asiakkaan polku

3.1 MITÄ IKÄIHMINEN VOI TEHDÄ OMAN TERVEYTENSÄ JA HYVINVOINTINSA ETEEN?

Ikäihminen ja hänen läheisensä voivat hakea omatoimisesti tietoa tai tukea arkeensa jo ennen kuin tarvetta ammattilaisen antamalle neuvonnalle on. Kunnissa on matalan kynnyksen paikkoja, tilaisuuksia ja lähipalveluita, joista saa tietoa, neuvoa ja tukea arkeen. Lisäksi verkkoympäristöä hyödyntämällä ikäihminen voi osallistua itse tai läheisen tukemana oman tilanteensa selvittämiseen. Seuraavassa kuviossa on esimerkkejä siitä.



Kuvio 3 Esimerkkejä verkkoympäristön hyödyntämisestä oman hyvinvoinnin edistämiseksi

Etäpalveluista ja lähipalveluista voi omatoimisesti ja itsenäisesti etsiä tietoa ja neuvoja arjen erilaisiin tilanteisiin. Etäpalveluina löytyy esimerkiksi muistitestejä, neuvoja ravitsemukseen, suun terveydenhoitoon ja kodin turvallisuuteen. Lähipalveluita ovat esimerkiksi tilaisuudet ja ryhmätoiminnot, joihin voi osallistua omalla paikkakunnalla. Esimerkkejä etä- ja lähipalveluista on koottu Toimiva kotihoito Lappiin -sivuille sosiaalikallegassa.

KIRJASTO MATALAN KYNNYKSEN NEUVONTAPAIKKANA

Kirjastot voivat toimia monenlaisten lähipalvelujen tarjoajina. Kolarin kirjastossa kokeiltiin toiminnan laajentamista ikäihmisten palveluihin. Siellä esiteltiin teknologisia kotihoidon laitteita 15.2.2017–29.5.2018. Hyvinvointitekniikalaitteet olivat Seniortek Oy:n HoivaTurva-kukkatolppa, Arctic Connect Oy:n Arctic Touch -kuvapuhelinpääte sekä Sentina Oy:n Sävelsirkku-verkkopalvelu. Em. yritysten edustajat pitivät Kolarin kirjaston työntekijöille ja osalle kotihoidon henkilökuntaa valmennukset laitteiden käytöstä. Valmennuksiin osallistui myös ikäihmisiä. Valmennuksissa mukana olleen henkilöstön mielestä kirjasto on oivallinen paikka teknologisten laitteiden esittelyyn ja kokeiluun. Kirjasto on viihtyisä ja helposti saavutettavissa oleva matalan kynnyksen paikka, jonka aukioloajat ulottuvat pitkälle iltaan. Kirjastokokeilu nähtiin hyvänä päänavauksena hyvinvointitekniikan käyttöönotossa ikäihmisten palveluissa. Kirjastossa tapahtuvan esittelytoiminnan periaatteena on maksuttomuus, puolueettomuus ja avoimuus. Kirjasto ei myy tuotteita, vaan ainoastaan jakaa tietoa erilaisista ratkaisuista.

Kirjastokokeilusta tehtyjen puhelinhaastattelujen yhteenvedona toivottiin enemmän yhteistyötä kirjaston ja kotihoidon henkilöstön kanssa. Osaa vastaajista kiinnosti teknologian hyödynnettävyys työtehtävissä enemmänkin.

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

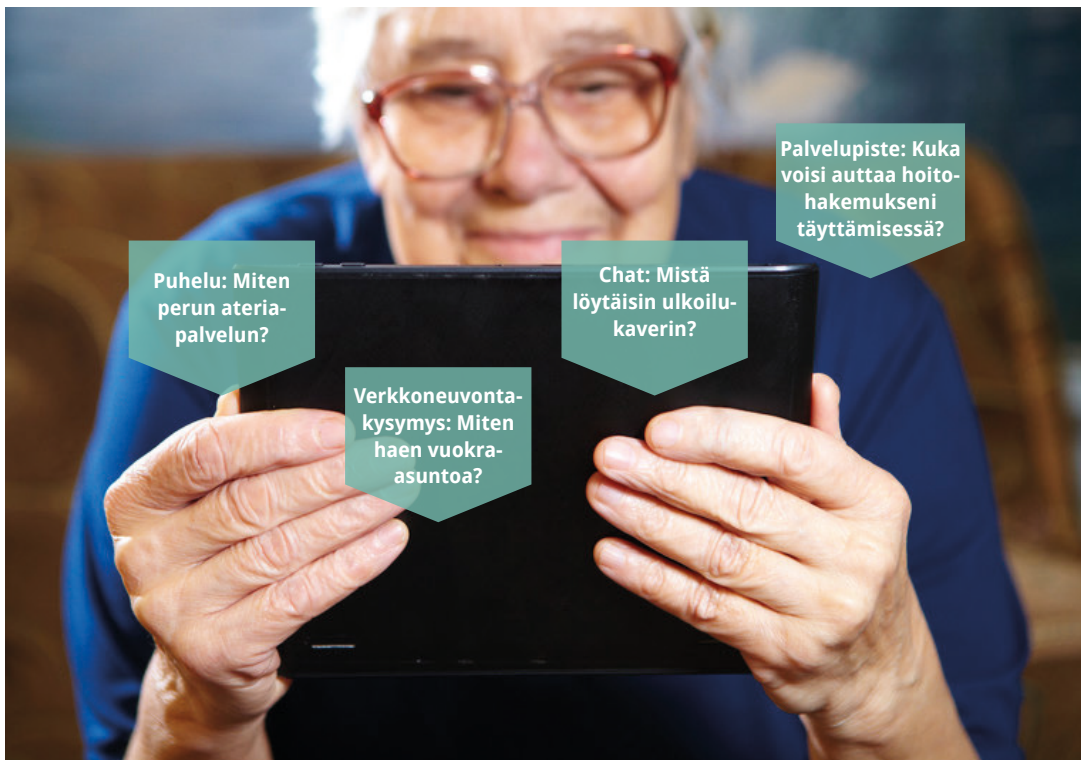
Kokeilusta tehtyjen haastattelujen yhteenvedona voidaan todeta, että asiakkailta, omaisilta ja työntekijöiltä saatu tieto tulee yhteensovittaa, jotta teknologia-avusteisuus saataisiin paremmin hyödynnettyä kotihoidon palveluissa. Palveluita kehittäessä myös niiden myöntämisen perusteet tulee päivittää ja selkeät ohjeet teknologian hyödyntämiseen on hyvä laatia monialaisessa yhteistyössä. Kolarin Meän digiloikka -hanke yhtyy suosituksen, että kunnissa tulee olla teknologiayhdyshenkilöitä sekä maakunnassa teknologiakeskus, jonka kautta asiakkaat saavat laitteita käyttöönsä. Teknologiakeskus voisi välittää esimerkiksi kirjastoille teknologisia laitteita lainattavaksi asiakkaille. Kuntien ja kirjastojen tehtävänä voisi olla tulevaisuudessa järjestää digitalkkari-/digitohtori-päiviä, joilla esiteltäisiin digilaitteita ja samalla madallettaisiin kynnystä niiden käyttöön. Vapaaehtoisten digilähettiläiden rooli on tärkeä erityisesti ikäihmisten tukemisessa.

Kolarin kirjasto aikoo jatkossakin panostaa teknologisiin apuvälineisiin. Kirjaston tiloihin voi myös ajatella ikäihmisten palveluneuvonnan ja asiakasohjauksen lähipalvelupisteitä, mihin kotihoidon asiakkaat, tai kuka tahansa, joka on kiinnostunut vaikkapa hyvinvointitekniologiasta, voi tulla asioimaan. Teknologian esittelypisteessä voi tutustua ja kokeilla hyvinvointituotteita, palveluita ja sovelluksia lähipalveluna omalla paikkakunnalla. Tällainen palvelu on levitettävissä muillekin paikkakunnille ja se on tärkeä osa hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen (HYTE) toimintaa, joka jää maakuntauudistuksessa kuntien vastuulle.

3.2 IKÄIHMISEN ARJEN TUKEMINEN PALVELUNEUVONNALLA

Ikäihmiselle, omaiselle ja muille yhteydenottajille tarjotaan alueellisesta palveluneuvonnasta neuvontaa ja ohjausta matalan kynnyksen periaatteella. Neuvonnan yhteydessä esille tulleita asioita ei kirjata asiakastietojärjestelmiin. Vahva osaaminen neuvonnassa auttaa ikäihmistä hakeutumaan oikeanlaisiin palveluihin ja vähentämään asiakasohjauksen tarvetta. Neuvonta kuuluu tiiviisti osaksi asiakasohjausta, mutta asiakasohjausta voidaan toteuttaa omana toimintona, sillä sen toteuttaminen edellyttää syvästi asiakkaan tilanteeseen perehtymistä ja vankkaa mm. sosiaali- ja terveydenhuollon osaamista. Tavoitteena on, että Lapin kuntien eri sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset ovat tietoisia etäpalveluiden sisällöistä ja mahdollisuuksista ja osaisivat ohjata asiakkaita niitä myös hyödyntämään.

Ikäihmisten palveluneuvonnasta saa neuvontaa ja ohjausta esimerkiksi kuntien palveluista, tukipalveluista, järjestöjen ja yksityisten palveluista sekä autetaan lomakkeiden täytössä ja etuuksiin liittyvissä kysymyksissä. Seuraavassa kuviossa on esimerkkejä neuvonnasta.



Kuvio 4 Esimerkkejä palveluneuvonnan viestintäkanavista

Jos palveluneuvoja tunnistaa tarpeen laajaan palvelutarpeen selvittämiseen, eikä ikäihmistä pystyttyä auttamaan palveluneuvonnassa, tekee palveluneuvoja ilmoituksen ikäihmisen suostumuksella asiaka-

sohjaukseen. Asiakasohjaaja ottaa yhteyttä asiakkaaseen ja asiakkaalle tehdään yksilöllinen palvelutarpeen arviointi.

Viranomainen, sosiaalityöntekijä tai muu sosiaali- tai terveyspalvelujen ammattihenkilö voi tehdä ilmoituksen palvelutarpeen arvioinnin tarpeesta suoraan asiakasohjaukseen, jossa arviointiprosessi käynnistyy. Asiakas tai hänen edustajansa voi tehdä myös kirjallisen palveluhakemuksen suoraan asiakasohjaukseen.

TAVOITTEENA ON OLLA HELPOSTI LÄHESTYTTÄVÄ – YKSI YHTEYDENOTTO RIITTÄÄ!

Neuvonta tarvitsee asiakkaan palvelutarjottimelle laajan valikoiman monipuolisia palveluita. Tuottajiin kuuluu julkisia, yksityisiä ja kolmannen sektorin palveluntuottajia. Neuvonta voi olla yksilötason neuvonnan lisäksi myös ryhmämuotoista ja etäyhteyksillä toteutettavaa. Erilaiset kirjasto-/toritapahtumat tai hyvinvointipäivät tuovat neuvonnan lähelle ihmisen arkea ja parantavat palveluiden tunnettavuutta. Erilaisissa tapahtumissa on mahdollisuus samalla kartoittaa ikäihmisten näkemyksiä, toiveita ja ideoita kehitettävistä palveluista.

3.3 MITEN ASIAKASOHJAUS VOI TUKEA IKÄIHMISEN KOTONA ASUMISTA

Asiakasohjaaja työskentelee yhteyshenkilönä huolehtien asiakkaan palvelupolun sujuvuudesta. Asiakasohjaaja huolehtii tarvittavien tukitoimien ja palvelujen käynnistämisestä, monialaisesta tiedonkuluusta ja elämäntilanteen muutokseen reagoimisesta. Yhtenäiset maakunnan palveluiden myöntämisen ja toiminnan perusteet tuovat tukea, yksilöllisyyttä silti unohtamatta. Asiakasta ohjataan ja tuetaan kokonaisvaltaisesti. Asiakasohjausta tekevä on sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on tehtävän vaatima laaja-alainen osaaminen. Asiakasohjaaja tekee hoidon- ja palvelutarpeen laaja-alaisen arvioinnin. Hän laatii asiakassuunnitelman yhteistyössä asiakkaan ja hänen toivomansa läheisen kanssa ja tekee tarvittavat palvelupäätökset. Uusi toimintamalli edellyttää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten aiemmasta asiakasryhmäkohtaisesta työskentelystä luopumista, osaamisen laaja-alastamista ja monialaista työorientaatiota. Ei riitä, että palveluja etsitään vain olemassa olevasta palveluvalikoimasta, vaan asiakasohjaajalla on oltava mahdollisuus etsiä tai tarvittaessa luoda uusia palveluita ja uusia toimintatapoja, jotka vastaavat paremmin ikäihmisen tarpeisiin tehden luovaa yhteistyötä yli hallinto-rajoiden sekä kolmannen sektorin kanssa.



Kuvio 5 Esimerkkejä asiakasohjauksen sisällöistä

Asiakasohjaus voidaan hoitaa maakunnallisena toimintana erikokoisissa alueellisissa toimintaympäristöissä. Asiakasohjaus tarvitsee ympärilleen monialaisen toimijaverkoston. ks. asiakkaan tuen malli (Liite 2).

Kotihoitoon palvelujen myöntämisedellytysten täytyessä asiakas saa myönteisen päätöksen tarvittavista palveluista, kuten tukipalveluista ja tilapäisestä kotihoitosta. Asiakkaan kanssa sovitaan alustavasta asiakassuunnitelmasta ja palvelutarpeesta. Kotihoito käynnistyy pääsääntöisesti kuntouttavalla arviointijaksolla, jonka aikana asiakkaan avun tarvetta arvioidaan.

Kuntouttavan arviointijakson aikana asiakkaan säännöllisten palvelujen tarve arvioidaan ja asiakas saa päätöksen hänen tarpeensa mukaisista kotihoitoon palveluista. Kotihoito toteuttaa asiakkaan kanssa sovittua asiakassuunnitelmaa, joka sisältää arkikuntoutuksen (tästä enemmän kotikuntoutuksen yhteydessä). Säännöllinen kotihoito jatkuu asiakassuunnitelman mukaisesti asiakkaan palvelutarpeen muuttumiseen reagoien.

Asiakasohjauksessa kielteisen päätöksen saaneelle asiakkaalle tehdään asiakkaan kanssa yhdessä asiakassuunnitelma, jossa ohjataan asiakasta löytämään omiin tarpeisiinsa sopivia palveluja kolmannen

sektorin, yksityisten palveluntuottajien, kuntien hyvinvointia ja terveyttä edistävien ja julkisyhteisölisten palvelujen piiristä.

Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan jatkuvasti. Asiakassuunnitelma päivitetään arvioinnin perusteella, vähintään kuuden kuukauden välein. Asiakkaan tilanteen muuttuessa kotihoito on yhteydessä asiakasohjaukseen, jossa asiakassuunnitelma ja palvelutarve päivitetään ja määritellään uudelleen. Akuuteissa tilanteissa asiakas voi saada tilapäisesti lisääntyneeseen avuntarpeeseensa tehostettua kotikuntoutusta, tehostettua kotihoitoa ja kotisairaalapalveluja. Kotihoidon asiakkaalla on nimetty omahoitaja (tehtäväkuva liitteessä 3), joka vastaa hänen palvelukokonaisuudestaan. Asiakasohjaaja on yhteyshenkilö, johon omahoitaja on tarvittaessa yhteydessä. Kotihoidon asiakkaalle nimetään omahoitajan lisäksi hänen hoidostaan vastaava kotihoidon sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja, joka toimii asiantuntijana asiakkaan terveydentilaan liittyvissä asioissa ja omahoitajan työparina ja tukena asiakkaan hoidossa ja mahdolliseen jatkohoitoon liittyvissä järjestelyissä. Asiakkaan omahoitaja ja sairaan-/terveydenhoitaja saavat tarvittaessa tukea tehtävänsä hoitamiseen muiden ammattiryhmien edustajilta.

SAS-ARVIOINNISTA MATTIIN – KOTONA ASUMISEN TURVAKSI

MATTI tarkoittaa monialaista arviointityöryhmää, jolla voidaan korvata aiemmat SAS-työryhmät. SAS-ryhmät keskittyvät nykyisin enimmäkseen palveluasumisen hakemusten käsittelyyn ja sijoittamisen kiireellisyden arviointeihin. Tarvetta olisi laajentaa SAS-ryhmätoimintaan ratkaisujen hakemiseen kotona asumisen edistämiseksi. Työryhmiä voi koordinoida asiakasohjaaja riippuen paikkakunnasta. Koordinointi sopii hyvin asiakasohjaajan tehtäväkuvaan. Työryhmään voi kuulua mm. kotihoidon oma-työntekijä, lääkäri (geriatri), kuntoutustyöntekijä, vanhustyön sosiaalityöntekijä, teknologiaohjaaja. MATTI-työryhmä toimii asiantuntijaryhmänä, joka huomioi monialaisesti vaihtoehtoja, joita asiakkaan kotona asumisen ja muiden asumisvaihtoehtojen välillä voidaan löytää. Esimerkiksi teknologiset apuvälineet ja niiden tuoma hyöty asiakkaalle voi olla hyödyllistä miettiä työryhmässä.

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

SAS-ryhmien toiminnan laajentaminen monialaisemmaksi kotona asumista tukevien ratkaisujen löytämiseksi. Matti-malli on hyödynnettävissä koko maakunnan alueella.

3.4 KOTIHOIDON MYÖNTÄMISEN PERUSTEET

Kotihoidon palveluiden myöntämisen perusteilla (Mukkala ym. 2017) on selkiytetty palvelujen kohdentumista ensisijaisesti paljon hoitoa ja huolenpitoa tarvitseville asiakkaille. Palvelujen myöntämisen edellytykset on yhteisesti sovittu. Palvelujen järjestämisen ja yhtenäisten palvelujen myöntämisen perusteiden lähtökohtana on asiakkaiden tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu asuinalueesta riippumatta.

Palvelutarpeen arvioinnissa asiakkaan toimintakykyä ja palvelutarvetta arvioidaan monipuolisesti RAI-mittaristoa käyttäen. Lisäksi voidaan käyttää käyttötarkoitukseen soveltuvia yhteisesti sovittuja luotettavia mittareita kuten SPPB, Rava, Audit, GDS-15. Arvioinnissa huomioidaan asiakkaan kokonaisvaltainen toimintakyky. Päätös palvelujen myöntämisestä tai epäämisestä perustuu aina asiakkaan kokonaistilanteeseen ja erilaisten mittareiden perusteella saadut arvot ovat ohjeellisia.

PALVELUTARPEEN ARVIOINNIN JA KOTIHOIDOSSA KÄYTETTÄVIÄ VÄLINEITÄ JA MENETELMIÄ

Vanhuspalvelulaki eli laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä (980/2012) koskee erityisesti ikäihmisten palvelujen tuottamista ja niihin liittyvää palvelutarpeen arviointia sekä päätöksentekoa. Laissa (15–16§) säädetään yksityiskohteisesti palvelutarpeiden selvittämisestä ja niihin vastaamisesta ikäihmisten palvelujen osalta. Palvelujen tarve on selvitettävä kokonaisvaltaisesti yhdessä ikäihmisen ja muiden asiantuntijoiden kanssa. Asiakasohjauksen päätöksenteon pohjaksi tarvitaan palvelutarvetta kuvaavaa tietoa sekä tunnuslukuja kuvaamaan ikäihmisen toimintakykyä, terveydentilaa ja toimintaympäristöä. Esteettömyys ja asumisen turvallisuus ja lähipalvelujen saatavuus nousevat myös keskiöön. Lisäksi on tärkeää varmistaa ikäihmisen osallistuminen oman tilanteensa arviointiin ja palvelujensa suunnitteluun. Palvelutarpeen arvioinnissa todettu eriasteinen palvelutarve voi johtaa yksilölliseen asiakasohjaukseen ja palveluihin. Vähäinen palvelutarve voi johtaa myös siihen, ettei asiakkaalle myönnetä palveluja. Palvelujen tarpeen arviointi ei itsessään anna henkilölle subjektiivista oikeutta saada palvelua. (Vähäkangas ym. 2017.)

RAI-järjestelmä tuottaa tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja arkielvytyksestä sekä muista palvelutarpeista usealla eri mittarilla, joiden luotettavuutta on kansainvälisesti testattu. RAI-arviointi sisältää kysymyksiä, joiden avulla selvitetään ikäihmisen toimintakykyä, terveydentilaa, saatuja palveluita ja mm. lääkkeiden käyttöä. Arvioinnin avulla saadaan koottua tietoa asiakkaan arkielvytyksestä ja palvelutarpeesta. Saatujen mittaritietojen ja tunnuslukujen tarkoituksena on toimia hoidon ja palvelun suunnittelun sekä toteutuksen seurannan ja arvioinnin apuvälineenä. (Vähäkangas ym. 2017.)

Hankkeessa kerätyn tiedon mukaan kunnissa on tällä hetkellä käytössä kolmea erilaista RAI-menetelmää. RAI-HC eli kotihoidon RAI on palvelujen piirissä oleville kotihoidon asiakkaille tarkoitettu arviointiväline ja on tähän tarkoitukseen käytettynä hyvin toimiva menetelmä. Asiakasohjaukseen ja palvelutarpeen arviointiin tarkoitettuja RAI-menetelmiä on käytössä Inter RAI-CA ja Ouluscreener. Näiden lisäksi on olemassa InterRAI-CHA-menetelmä.

Hankehenkilöstö pyysi käytäntöjen yhtenäistämiseksi neuvoa THL:n RAI-asiantuntija, ylilääkäri Matti Mäkelältä millaisia eroja RAI-ohjelmien käytettävyydessä on ja mikä RAI-menetelmä hänen mielestään olisi toimivin ratkaisu erityisesti palvelutarpeen arvioinnissa. Mäkelän 30.1.2018 antaman sähköpostivastauksen mukaan: InterRAI-CA (Contact Assessment) on alun perin kaksivaiheiseksi suunniteltu

” ASIAKASOHJAUksen PÄÄTÖKSENTEON POHJAKSI TARVITAAN PALVELUTARVETTA KUVAAVAA TIETOA SEKÄ TUNNUSLUKUJA KUVAAMAAN IKÄIHMISEN TOIMINTAKYKYÄ, TERVEYDEN- TILAA JA TOIMINTAYMPÄRISTÖÄ.

arviointiväline, jossa lyhyehkön kartoituksen (osa B) perusteella voidaan ratkaista, tarvitseeko henkilö (hieman) perusteellisempaa kokonaisarviota, CA-välineen toisen vaiheen arviota (osa C). CA on toimiva valinta erityisesti neuvontamaiseen ohjaukseen. OuluScreener ei ole varsinainen RAI-väline, vaan valikoima RAI-HC-välineeseen (kotihoidon RAI) sisältyviä mittareita. Siinä on enemmän kysymyksiä kuin interRAI-CA:n osat B ja C ja vähemmän kuin koko RAI-HC:ssa. OuluScreener tarjoaa useita mittareita asiakasohjaustyössä käytettäväksi, ja on osittain integroitavissa säännöllisessä palvelussa käytettävään RAI-HC-ohjelmaan. OuluScreener saattaa jäädä tulevaisuudessa taka-alalle kun uudet keskenään integroituvat RAI-välineet tulevat käyttöön. InterRAI-CHA-menetelmä (Community Health Assessment) tarjoaa erityisesti asiakasohjaustilanteisiin suunnitellun mittarivalikoiman. Siihen sisältyy myös suppea valikoima sosiaalisen tilanteen kartoituskysymyksiä. CHA-välineen (ja muiden RAI-välineiden) arvioiden täydentämiseen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tilanteen kartoitukseen voi käyttää RAI-CHA:n MH-täydennysosaa. (Mäkelä 2018.)

Ravatar-sovelluksen RAVA-mittari on tarkoitettu ikäihmisten toimintakyvyn ja avuntarpeen mittaamiseen. Mittari kuvaa avuntarvetta kuudessa luokassa: 1 satunnainen, 2 tuettu, 3–4 valvottu, 5 tehostettu ja 6 täysin autettava. RAVA-mittarin ohella suositellaan käytettäväksi muita täydentäviä mittareita (vähintään MMSE ja GDS). Lapissa kotihoidon myöntämisen perusteissa määritelty viitteellinen RAVA-arvo kotihoidon palveluiden myöntämiselle on 1,7. Sitä alemmilla RAVA-arvioilla asiakkaat ohjataan pääsääntöisesti hankkimaan palvelunsa yksityisesti hankittavina. (Mukkala ym. 2017.)

Kotikuntoutuksen ja toimintakyvyn edistämisen näkökulmasta yhtenäisiksi arviointimenetelmiksi on sovittu kotikuntoutuksen verkostossa SPPB (lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö) ja COPM (toimintaterapeuttien käyttämä arviointi- ja tavoitteenasettelumenetelmä). SPPB (Short Physical Performance Battery) on kolmiosainen fyysisen toimintakyvyn testistö, jossa on tasapaino-, kävelynopeus- ja tuolittanousutestit. Menetelmällä saadaan tietoa tasapainosta, kävelystä ja alaraajojen lihasvoimasta. Kokonaistulos saadaan kolmen osion yhteenlasketuista pisteistä (summapistemäärä 0–12) ja testistölle on määritelty raja-arvot. Testi on helppo toteuttaa kotiympäristössä ja sen tekemiseen ei vaadita kuntoutuksen ammattilaista, vaan SPPB:n voi tehdä myös hoitaja. Ohjeet ja lomakkeet löytyvät Toimia-tietokannasta. (Toimia-tietokanta 2014.) SPPB-testistön tekeminen antaa tietoa asiakkaan toimintakyvystä jo palvelutarpeen arvioinnissa. Testistö kannattaa ottaa käyttöön kotihoidon asiakkaiden toimintakyvyn säännöllisessä arvioinnissa. Sen voi toteuttaa kuntoutukseen suuntautunut lähihoitaja.

COPM (Canadian Occupational Performance Measure) on toimintaterapeuttien käytössä oleva työväline, jonka avulla voidaan nähdä asiakkaan havaitsema muutos päivittäisistä toiminnoissa suoriutumisessaan. COPM on itsearviointimenetelmä, jossa asiakas itse nostaa esiin ne toiminnot, jotka ovat hänelle tärkeitä ja joihin hän haluaa muutosta. Asiakkaan on hyvä olla kognitiivisesti niin orientoitunut, että itsearvioinnin tekeminen onnistuu. (Toimia-tietokanta 2018.) Muualla Pohjoismaissa COPMia hyödynnetään paljon arkikuntoutuksessa. SPPB:n ja COPM:n lisäksi käytetään muita standardoituja toimintakyvyn arviointimenetelmiä ammattilaisen harkintaan pohjautuen.

Elämänlaadun arviointi ja asiakkaan oma kokemus elämänlaadusta ja hyvinvoinnista on tärkeää nostaa näkyvämmiin esiin kotihoidossa. Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeessa kokeiltiin eri puolilla Lappia WHOQOL-Bref¹-elämänlaadun mittaria ja MIKE-työvälinettä², joka on muistisairautta sairastavien ihmisten koetun elämänlaadun sekä psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin ja seurannan väline. Molempien menetelmien osalta kokemukset kotihoidossa kannustavat niiden käyttöönottoon.

WHOQOL-Bref on elämänlaadun mittari, jossa on 26 kysymystä. Vastausvaihtoehdot ovat asteikolla 1–5. Menetelmää voi käyttää joko asiakasta haastatellen tai asiakas voi itse merkitä valitsemansa vaihtoehdot lomakkeeseen. Vastaukset pisteytetään ja tuloksille on määritelty viitearvot. Mittarin eri ulottuvuuksia ovat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja elinympäristö. (Toimia-tietokanta 2017.) Hankkeessa WHOQOL-Bref-menetelmää on kokeiltu eri piloteissa ja käytettävyyttä pohdittu menetelmää käyttäneiden kanssa. Työryhmässä nähtiin mittarin vahvuus eritoten puheeksi ottamisen välineenä. Menetelmän avulla tuli puheeksi myös sellaisia asioita, jotka luultavasti olisi jäänyt keskustelematta ilman mittaria. Asiakkaan tuloksia nähtiin tärkeänä verrata hänen omiin aiempiin tuloksiinsa sen sijaan että tuloksia verrattaisiin viitearvoihin. Mittarin käyttäminen on mielekästä, kun asiakas on ammattilaiselle entuudestaan tuttu. Ensimmäisellä tapaamiskerralla sitä ei kannata käyttää.

MIKE-työväline on muistisairautta sairastavien ihmisten koetun elämänlaadun sekä psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin ja seurannan väline. MIKE toimii välineenä muistisairaana ihmisen aikuismaiseen ja arvostavaan kohtaamiseen ja vahvistaa osallisuutta. Työvälinettä on kehitetty yhdessä muistisairaiden ihmisten kanssa ja sitä on kokeiltu mm. kotihoidossa ja päivätoiminnoissa. MIKE-työvälineessä tietoa kerätään haastattelulla ja toiminnan havainnoinnilla. MIKE-haastattelulomakkeessa on 15 kysymystä vastausvaihtoehdoilla ”kyllä” ja ”ei”. Lomakkeen taustalla on WHO:n määritelmä elämänlaadusta. Toiminnan havainnoinnin kirjaamiseen on niin ikään oma lomakkeensa. Haastattelua ja havainnointia voi käyttää erikseen. (MuistiMIKE 2017.) Myös MIKE-työvälineen kokeilusta tuli hyviä kokemuksia.

¹ <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/134/>

² www.muistimike.fi

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Palvelutarpeen arvioinnissa ja asiakasohjauksessa tulisi asteittain siirtyä interRAI-CHA:n käyttöön ja palveluneuvonnassa hyödyntää tarvittaessa interRAI-CA -menetelmää. Lapin maakunnan alueen kotihoidon yksiköissä tulisi ottaa käyttöön RAI-HC -menetelmä asiakkaiden toimintakyvyn muutosten seurantaan ja muutoksiin vastaamiseen ajantasaisen hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman avulla. RAI-HC:n avulla saadaan tärkeää tietoa muun muassa asiakkaiden kotikuntoutuksen tarpeesta ja toimintakyvyn muutoksista.

SPPB otetaan säännölliseen käyttöön palvelutarpeen arvioinnissa ja kotihoidossa. Kotikuntoutuksen toimintaterapeutit ottavat käyttöön COPM-menetelmän asiakaskohtaisesti harkinnan perusteella.

Elämänlaadun kartoittaminen on osa kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin huomioimista ja niin ollen keskeistä myös ikääntyneiden palveluissa. Sekä WHOQOL-Bref-elämänlaatumittari että MIKE-työväline soveltuvat kotihoidon työvälineiksi. Näistä kannattaa valita asiakkaalle sopivampi, molempia ei kannata tehdä samalle asiakkaalle. MIKE-työväline sopii elämänlaadun kartoittamiseen silloin, jos muistisairaus on edennyt jo pitemmälle. Asiakkaan tunteminen entuudestaan on tärkeää, jotta keskustelu sujuu luottamuksellisessa ja turvallisessa ilmapiirissä. Arvioinnin tekijänä voi toimia asiakkaan omahoitaja tai joku muu tuttu työntekijä, kuten sosiaalityöntekijä tai kotikuntoutuksen työntekijä. Molempien menetelmien käyttäminen vaatii työntekijän perehtymistä menetelmään, mutta erityisiä käyttölisenssejä ei tarvita.

3.5 ASIAKASSUUNNITELMA

Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä asiakkaan kanssa laaditaan asiakassuunnitelma. Asiakassuunnitelma sisältää yksilöllisen hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelman. Suunnitelmaan nostetaan asiakkaan yksilölliset hoidon tarpeet sekä asiakkaan kanssa sovitut tavoitteet, osatavoitteet ja keinot tavoitteisiin pääsemiseksi. Näitä arvioidaan säännöllisin väliajoin suunnitelman mukaisesti. Suunnitelma päivitetään asiakkaan tilanteen muuttuessa. Tavoitteita on pitkänaajan tavoitteen lisäksi hyvä jakaa esim. viikoittaisiin tai 1–3 kk osatavoitteisiin.

Kunnissa on käytössä vielä erilaisia asiakas- ja potilastietojärjestelmiä. Tällä hetkellä Lapin kotihoidon kehittämisen verkostossa on yhdessä sovittu minimisuunnitelmasta, joka tulisi jokaiselle asiakkaalle tehdä päivittäiseen asiakassuunnitelmaan.

Esitiedot, asiakastiedot:	
Oikeudellinen ennakointi: edunvalvontavaltuus, edunvalvonta:	
Etuisuudet:	
Hoitotahto:•	
Elämäntilanne ja harrastukset:	
Omahoitaja:	
Tulosity:	
Voimavarat ja vahvuudet:	
Päivittäiset toiminnot: peseytyminen, pukeutuminen, ruokailu ja ravitsemus, wc-käynnit, liikkuminen, suun ja hampaiden hoito.	
Kodinhuollolliset työt ja asiointi: kuvataan asiakkaan keinot ja tavat toteuttaa omia päivittäisiä askareitaan ja omaisten osuus toiminnassa	
Asiakkaan oma näkemys ja omat tavoitteet ja keinot tavoitteisiin pääsemiseksi	
Omaisen tai läheisen näkemys asiakassuunnitelmassa sovituihin asioihin ja osuus asiakkaan arjen tukemisessa	
Sosiaalinen ympäristö ja osallisuus:	

Kuvio 6 Esimerkki minimisuunnitelmasta

Terveystuollon kirjaamisalustalta valitaan Kantaan arkistoituvia otsikoita asiakkaan tilanteen ja perussairauksien seurannan tarpeen mukaan. Minimiotikkotas: Lääkehoito, ravitsemus, suun hoito, päivittäiset toiminnot. Kun turvataan perussairauksien tasapaino, asiakas voi keskittyä normaaliin terveeseen arkeen ja elämään.

Hoidon tarpeen määrittäminen	Hoidon tavoitteet	Hoidon suunnitellut toiminnot, keinot	Hoidon toteutus	Hoidon arviointi
Hoidon tarve selvitetään keräämällä esitiedot asiakkaan voinnista ja toimintakyvystä. Käydään läpi tarvittavat arviointimenetelmät ja lomakkeet. Haastattelu, havainnointi. Tutustutaan asiakkaaseen ja asiakkaan hoitoon liittyviin asiakirjoihin.	Kuvataan mihin hoidoilla pyritään, mitä muutoksia odotetaan ja mitä asiakas itse odottaa tapahtuvan.	Keinoja, joilla henkilöstö ja asiakas pyrkivät vastamaan yhdessä asetettuihin tavoitteisiin.	Kirjataan asiakkaan yksilöllisesti toteutuneet toiminnot. Miten toiminnot toteutuivat. Millainen on asiakkaan vointi ja onko asiakkaan tilanne muuttunut mihin suuntaan.	Kuvataan sitä, miten hoidon tarpeisiin on vastattu ja onko asiakkaan kaikki tarpeet huomioitu. Arvioidaan tavoitteiden saavuttamista ja käytettyjä keinoja. Asetetaan uudet tavoitteet ja keinot.

Kuvio 7 Esimerkkejä kirjaamisen sisällöistä (Rantamartti, 2018.)

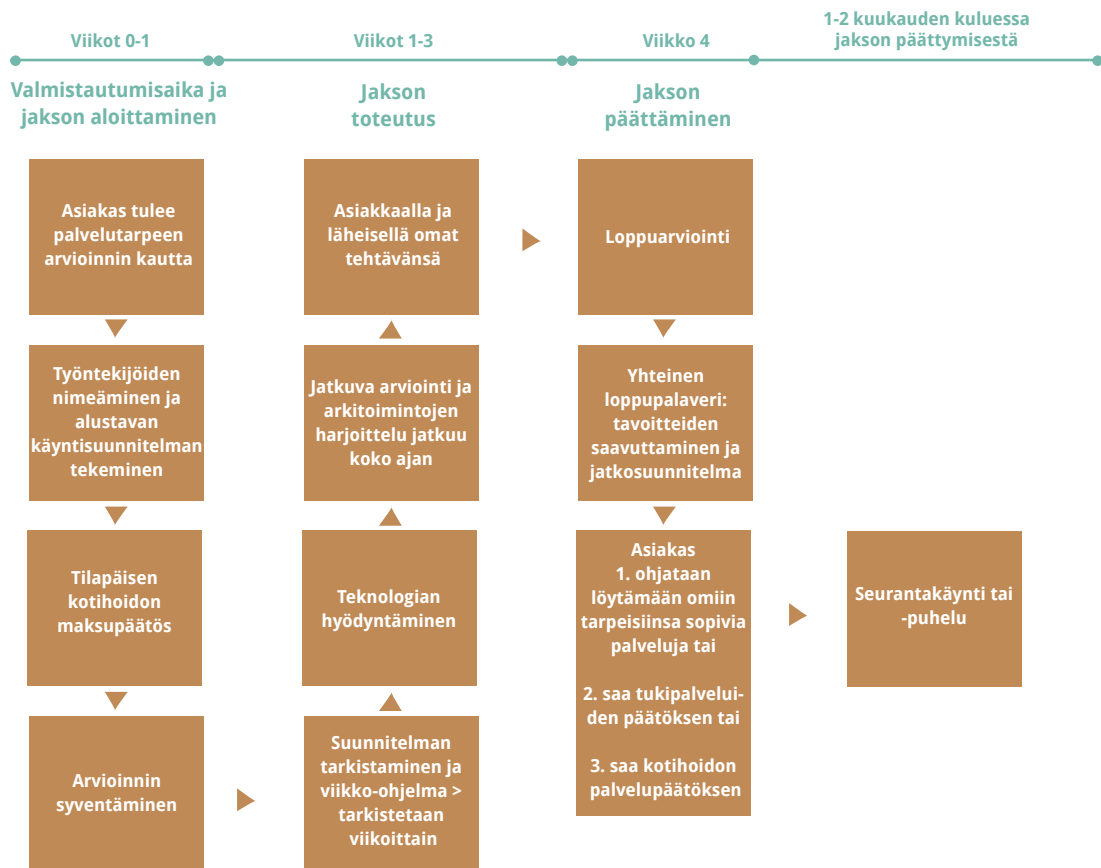
► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Lähtötilavaisuuden tärkeimpänä tavoitteena on tiedonkulun varmistaminen eri asiakas- ja potilastietojärjestelmien kesken. Näin ammattilaiset voivat nähdä asiakkaan kokonaistilanteen ja yhteisen ymmärryksen muodostaminen tuen ja palvelujen tarpeesta mahdollistuu. Paljon tukea tarvitsevat – paljon palveluita käyttävät -hankkeessa kehitettyä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistä asiakassuunnitelmaa (Monialaisen yhteistyön ABC 2017) voidaan hyödyntää palveluverkostojen yhteistyössä. Se voidaan liittää päivittäisen suunnitelman rinnalle tai ottaa sen pohjaksi. Edellä esitelty yhteinen ”minimisuunnitelma” tulisi ottaa kunnissa käyttöön siten, että kohdat lisätään jokaisen asiakkaan päivittäiseen asiakassuunnitelmaan ja käydään asiakkaan kanssa läpi. Palvelulupauksen toteutuminen ja laadukas kotihoidon toiminta edellyttävät jokaiselta asiakassuunnitelman mukaista toimintaa käytännön työssä.

3.6 KUNTOUTTAVA ARVIOINTIJAKSO

Kuntouttavaan arviointijaksoon osallistumisesta tehdään päätös moniammatillisen arvioinnin perusteella. Arvio kuntouttavan arviointijakson tarpeesta perustuu asiakasohjaajan tekemän arvioinnin lisäksi aina kuntoutustyöntekijän arviointiin. Jakson pituus on enintään neljä viikkoa ja sen aikana arvioidaan asiakkaan palveluntarvetta ja edistetään asiakkaan toimintakykyä. Kuntouttava arviointijakso toteutetaan moniammatillisesti ja yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. Arjen toimintojen lisäksi voidaan keskittyä muun muassa ravitsemukseen, sosiaaliseen tai psyykkiseen ulottuvuuteen. Jakson

aikana arvioidaan myös asiakkaan apuväline- tai asunnonmuutostyötarvetta. Teknologian hyödyntäminen soveltuvien keinoin on mahdollista. Käyntejä voi tarvittaessa olla useita päivässä. Kuntouttavan arviointijakson yleisenä tarkoituksena on, että asiakas suoriutuisi arjen toiminnoista itsenäisesti ilman säännöllistä kotihoitoa, tai avuntarve olisi mahdollisimman pieni.



Kuvio 8 Kuntouttava arviointijakso

Jo hyvissä ajoin ennen kuntouttavan arviointijakson aloittamista sovitaan, kuka työntekijä on päävastuussa jakson koordinoinnista: omahoitaja, kuntoutustyöntekijä vai joku muu. Tällöin jakson alkaessa ei kulu aikaa järjestäytymiseen. Asiakkaalle tehdään jaksosta tilapäisen kotihoidon päätös. Alkuarviointien perusteella tehdään alustava käyntisuunnitelma. Käyntien kestoa ei pysty vielä tässä vaiheessa tarkasti määrittelemään, joten työntekijöille tehdään joustava aikataulu. Suunnitelman voi tehdä luku-järjestys- tai viikkopohjaan asiakkaankin käyttöön. Ensimmäisellä viikolla syvennetään tarvittaessa alkuarviointia ja tarkennetaan käyntisuunnitelmaa.

Asiakkaan arjessa suoriutumista ja palvelujen määrää arvioidaan koko jakson ajan. Arvioinnin perusteella hahmottuu myös, minkälaisia tavoitteita jaksolle asetetaan eli mitä harjoitellaan. Tavoitteiden pitää olla

konkreettisia ja mitattavia. Asiakkaan tehtävät kirjataan tarkasti viikkosuunnitelmaan. On toivottavaa, että myös asiakkaan omaisilla tai läheisillä olisi oma tehtävänsä jakson toteutuksessa.

Jokaiselle viikolle päivitetään suunnitelma ja arvioidaan, onko asetettu tavoitettu saavutettu vai jatketaan harjoittelua. Viimeisellä viikolla toteutetaan moniammatillinen loppuarviointi samoja arviointimenetelmiä käyttäen kuin alkuarviointi. Jos asiakas siirtyy jakson jälkeen säännöllisen kotihoidon palvelujen piiriin, voidaan tehdä tässä vaiheessa myös RAI-HC. Yhteisessä palaverissa tarkastellaan tavoitteiden saavuttamista ja tehdään jatkosuunnitelma. Asiakas voi saada päätöksen kotihoidosta tai tukipalveluista tai hän voi saada tietoa omatoimiseen palvelujen käyttöön. Etenkin niiden asiakkaiden kohdalla, jotka eivät siirry säännölliseen kotihoitoon, on hyvä tehdä seurantakäynti jonkin ajan kuluttua.

► TOIMENPIDE-EHDOTUS

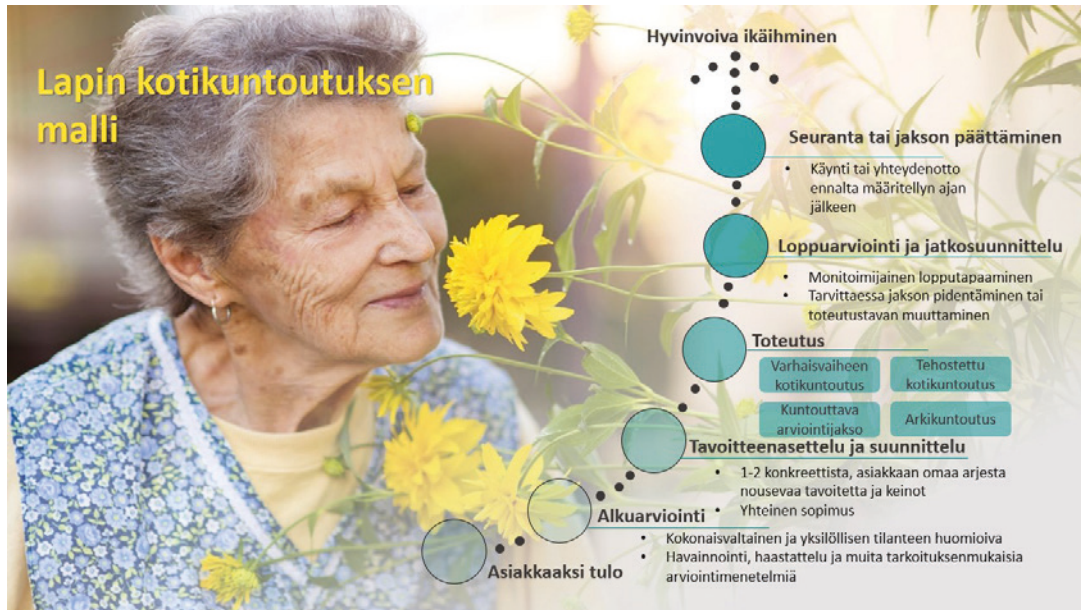
Kotihoidon myöntämisen perusteiden mukaisesti suositellaan kuntouttavan arviointijakson käyttöönottamista koko Lapissa. Ennen säännöllisen kotihoidon aloittamista asiakkaan toimintakykyä ja palvelujen tarvetta arvioidaan jakson aikana.

” ASIAKKAAN ARJESSA SUORIUTUMISTA JA PALVELUJEN MÄÄRÄÄ ARVIOIDAAN KOKO JAKSON AJAN. ARVIOINNIN PERUSTEELLA HAHMOTTUU MYÖS, MINKÄLAISIA TAVOITTEITA JAKSOLLE ASETETAAN ELI MITÄ HARJOITELLAAN.

3.7 KOTIKUNTOUTUS

Lapin kotikuntoutuksen mallin tavoitteena on hyvinvoiva ikäihminen. Tärkeää on kokonaisvaltainen hyvinvointi ja toimintakyvyn eri ulottuvuuksien – psyykkinen, fyysinen, sosiaalinen ja kognitiivinen huomioiminen. Kotikuntoutuksen asiakkaille laaditaan yksilöllinen kuntoutumissuunnitelma, jossa keskeisenä ovat ikäihmisen omat tavoitteet ja tarpeet.

KOTIKUNTOUTUKSEN PROSESSI



- Yksilöllinen kuntoutumissuunnitelma – ikäihmisen omat tavoitteet ja tarpeet
- Kokonaisvaltainen hyvinvointi – psyykinen, fyysinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky

Toteutuksen muodot:

Varhaisvaiheen kotikuntoutus	Kuntouttava arviointijakso	Tehostettu kotikuntoutus	Arkikuntoutus
- Asiakkailla, joilla ei ole kotihoitoa - Pääsääntöisesti ohjausta omatoimiseen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämiseen - Esim. ohjausta ryhmätoimintaan tai mielekkään toiminnan pariin	- Ennen säännöllisen kotihoiton aloittamista - Intensiivinen ja monitoimijainen jakso - Yksilöllisesti suunniteltu ja toteutettu - Enintään 4 viikkoa	- Kotihoiton asiakkailla toimintakyvyn muuttuessa äkillisesti (esim. leikkaus, aivotapahtuma) - Intensiivinen ja monitoimijainen jakso - Noin 2–12 viikkoa	- Kotihoiton asiakkailla - Omatoimisuuden tukeminen ja toimintakyvyn edistäminen suunnitelmallisesti kotihoiton käynneillä - Kuntoutustyön-tekijöiden rooli koordinoiva ja ohjaava

Kuvio 9 Kotikuntoutuksen malli kuvio

Asiakkaaksi tulo tapahtuu asiakasohjaukseen tehdyn yhteydenoton kautta. Yleisenä periaatteena kotikuntoutusarvion tekemiseksi on, että ikäihmisen toiminta- tai liikkumiskyky on alentunut vai vaarassa alentua. Arviointiin pääsee matalalla kynnyksellä. Asiakasryhmiä, joihin on syytä kiinnittää erityistä huomiota, ovat omaishoitajat ja -hoidettavat, päivätoiminnan asiakkaat, intervalliasiakkaat. Kotikun-

toutusarvio on hyvä tehdä myös silloin jos ikäihmisen muisti on heikentynyt, hänellä on muisti- tai mielenterveyshäiriöitä tai mielialan laskua.

Alkuarviointi toteutetaan mahdollisuuksien mukaan moniammatillisesti. Kokonaisvaltaisen arvioinnin pohjana toimii haastattelu ja toiminnan havainnointi. Standardoiduista arviointimenetelmistä suositellaan käytettäväksi ainakin SPPB-testistöä ja mahdollisuuksien mukaan COPMia (ks. esittelyt edellä). Ikäihmisen oma näkemys toimintakyvystään ja halustaan kuntoutua on tärkeää sitoutumisen kannalta.

Alkuarvioinnin jälkeen pidetään yhteispalaveri, jossa kirjataan ylös sovitut tavoitteet ja keinot sekä tehdään jakson suunnitelma. Tavoitteet ovat asiakkaan omia ja nousevat arjesta. Apukysymyksenä tavoitteen asetteluun voi olla: ”Mitä sinä haluat pystyä tekemään omassa arjessasi?”. Tavoite voi olla vaikkapa kaupassakäynti, aamupalavoileivän tekeminen tai paidan pukeminen päälle, kukkapenkin hoitaminen seuraavana kesänä tai mikä tahansa, mikä asiakkaalle itselleen on merkityksellistä. Tavoitteen asettelussa tarvitaan usein apua ja työntekijöillä on hyvä olla herkkyyttä tavoitteiden löytämiseen. On kuitenkin varottava, ettei tavoite tule työntekijän johdattamana, vaan aidosti asiakkaalta itseltään. Tällöin hän motivoituu ja sitoutuu kuntoutumisjakson harjoitteluun. Tavoitteita kannattaa sopia korkeintaan kaksi. Samalla käynnillä kirjataan keinot, joiden avulla tavoitteisiin päästään. Tässä työntekijät voivat olla asiakkaan tukena ja pilkkoa toimintaa pienempiin, konkreettisiin osiin, joita harjoitellaan jakson aikana. Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeessa on työstetty Minun arkeni -suunnitelma³ avuksi kotikuntoutusjakson tavoitteiden, keinojen ja suunnitelman kirjaamiseksi. Minun arkeni -suunnitelmaan kirjataan asiakkaan omin sanoin tavoite sekä keinot. Suunnitelmassa on valmiiksi viikko-ohjelmapiirrokset, joihin voi laittaa näkyviin viikon aikana käyvät työntekijät, läheiset ja vapaaehtoiset sekä viikon aikana harjoiteltavat asiat.

Kotikuntoutusjakson toteutuksen eri muotoja ovat varhaisvaiheen kotikuntoutus, kuntouttava arviointijakso, tehostettu kotikuntoutus sekä arkikuntoutus (näistä lisää myöhemmin). Jakson lopuksi tehdään loppuarviointi samanlaisella moniammatillisella kokoonpanolla ja samoja menetelmiä käyttäen kuin alkuarviointi. Loppuarvioinnin jälkeen asiakkaan kotona pidetään yhteispalaveri, jossa arvioidaan yhdessä jakson tavoitteiden toteutuminen ja tehdään jatkosuunnitelma. Sovitun ajan jälkeen kuntoutus-työntekijä tekee asiakkaan luo seurantakäynnin tai on yhteydessä puhelimitse. Seurannan avulla myös motivoidaan asiakasta jatkamaan oman toimintakykynsä edistämisen prosessia. Kuntouttavan arviointijakson jälkeen seurannan olisi hyvä tapahtua kuukauden kuluttua ja varhaisvaiheen kotikuntoutusjakson jälkeen yhden ja kolmen kuukauden kuluttua.

³ www.sosiaalikalleg.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/kotikuntoutus

KOTIKUNTOUTUKSEN TOTEUTUKSEN ERI MUODOT:

Varhaisvaiheen kotikuntoutus on suunnattu kotona asuville ikäihmisille, joiden kotona asuminen sujuu itsenäisesti ilman kotihoidon palveluja. Arvioinnin perusteella asetetaan tavoitteet ja tehdään suunnitelma. Pääsääntöisesti varhaisvaiheen kotikuntoutus perustuu asiakkaan omatoimiseen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämiseen. Asiakas saa tietoa ja ohjausta ryhmätoimintojen tai itselle mielekkään toiminnan pariin. Tärkeitä huomioitavia tekijöitä kokonaisvaltaisessa hyvinvoinnissa ovat myös sosiaalinen kanssakäyminen sekä psyykinen ulottuvuus. Vuorovaikutus arkiympäristön kanssa ja yhteisöllisyyden vahvistaminen tukevat kotona asumista ja hallinnan tunnetta omassa arjessa.

Kuntouttava arviointijakson aikana selvitetään, millaisille palveluille ikäihmisellä on mahdollisesti tarvetta. Jakson aikana arvioidaan asiakkaan palveluntarvetta ja edistetään asiakkaan toimintakykyä. Kuntouttava arviointijakso toteutetaan moniammatillisesti ja yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. Jakson pituus on korkeintaan neljä viikkoa.

Tehostettu kotikuntoutus on intensiivinen kuntoutusjakso kotihoidon asiakkaille, joiden toimintakyky on äkillisesti muuttunut esim. leikkauksen tai aivotapahtuman jälkeen. Tarkoituksena on asiakkaan toimintakyvyn edistäminen ja arkirutiinien muuttaminen kuntoutumista tukeväksi. Jakso toteutetaan monitoimijaisesti ja kuntoutushenkilöstön rooli on jakson toteutuksessa keskeinen. Jakson tavoitteet ja toteutus määritellään yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden mukaan. Usein tehostetun kotikuntoutuksen jakson pituus on 2–12 viikkoa.

Arkikuntoutus on kotihoidon asiakkaiden arjessa toteutettavaa kuntoutumista edistävää toimintaa. Arkikuntoutus on moniammatillista, tavoitteellista ja suunnitelmallista. Asiakkaan toimintakykyä ja arjessa toimimista tuetaan ja edistetään pääsääntöisesti kotihoidon toiminnalla. Kotikuntoutuksen työntekijöiden rooli on ohjaava ja koordinoiva. Arkikuntoutuksen pohjana on kuntouttava arviointijakso, jonka aikana asiakkaan toimintakyky ja avuntarve on arvioitu moniammatillisesti. Arvioinnin perusteella kirjataan yhdessä tavoitteet ja suunnitelma. Tavoitteet ovat asiakkaan omia ja konkreettisia: mitä hän haluaisi pystyä tekemään omassa arjessaan. Työntekijöiden tehtävänä on määrittää keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhdessä asiakkaan ja mahdollisesti läheisen kanssa tehdään suunnitelma, jota kotihoidon työntekijät toteuttavat käynneillään. Yhdessä sovitaan myös, missä vaiheessa tavoitteiden saavuttamista arvioidaan ja suunnitelmaa päivitetään.

Yksilöllisen harkinnan perusteella loppuarviointi ja jatkosuunnitelman tekeminen toteutetaan noin 2–3 kuukauden jälkeen. Tällöin arvioidaan, jatketaanko jo tehdyn suunnitelman mukaisesti vai tehdäänkö uusi suunnitelma. Kun tavoitteet saavutetaan, päivitetään suunnitelmaa ja määritetään keinot uusien tavoitteiden saavuttamiseksi. Hankkeessa valmisteltua Minun arkeni -suunnitelmaa voi hyödyntää suunnitelman tekemisessä sekä tavoitteiden ja keinojen kirjaamisessa. Jokaisella kotihoidon asiakkaalla olisi hyvä olla voimassa oleva kuntoutumisen suunnitelma, jota toteutetaan kotihoidon käynneillä. Tärkeää on päivittää suunnitelma moniammatillisesti määräajoin, noin 2–3 kuukauden välein.

KOTIKUNTOUTUKSEN YHTENÄISET TOIMINTAKÄYTÄNNÖT

Yhtenäiset toimintakäytännöt ja hyvä tiedonkulku ovat keskeisiä kaikessa kotikuntoutuksen toteutuksessa. Esimerkiksi asiakkaan siirroissa avustamisessa on tärkeää, että jokainen työntekijä avustaa asiakasta samalla tavoin. Myös arkitoimintojen harjoittelun näkökulmasta on olennaista, että jokainen kotikäynti on toimintakykyä edistävä ja asiakassuunnitelman mukainen. Avustaminen voi olla monen tasoista, joskus riittää sanallinen ohje tai vihje: pyydetään pukemaan paita tai annetaan paita syliin. Toisinaan asiakas tarvitsee enemmän apua, esimerkiksi paidan vetämistä pään yli tai hihan oikaisua. Työntekijän täytyy tietää, minkälaista avustamista asiakas tarvitsee, ettei auta liikaa. Asiakas tekee itse niin paljon kuin mahdollista ja työntekijä avustaa todellisen tarpeen mukaan, ei liikaa eikä liian vähän.

Jatkuvan arvioinnin merkitys on keskeistä toimintakyvyn edistämisessä. On tärkeää arvioida asiakkaan toimintaa jatkuvasti, jotta häntä voidaan tukea juuri siinä, mihin hän apua tarvitsee. Asiakkaan toimintakyvyn ja oman toiminnan kirjaaminen auttaa vertailemaan muutosta aiempaan. Kotikäynneiltä asiakastietojärjestelmään kirjataan asiakkaan toimintaa ja toimintakykyä, ei käynnillä tehtyjä tehtäviä.

Omaisista ja läheisistä kannustetaan mukaan kotikuntoutuksen toteutukseen, mikäli se on asiakkaan tahdon mukaista. Heillä on oma tärkeä tehtävänsä asiakkaan kuntoutumisen tukemisessa. Myös kolmas sektori ja vapaaehtoiset ovat tärkeä yhteistyötaho.

Kotihoidon työntekijöille on varattava käynnille aikaa, joka kohdennetaan asiakassuunnitelman mukaiseen toimintakyvyn edistämiseen. Esimiesten tehtävä on myös huolehtia, että työntekijöiden osaaminen toimintakyvyn edistämisen keinoista on riittävä. Omahoitajakäytäntö tukee asiakkaan toimintakyvyn edistämistä ja elämänhistorian tuntemisen myötä antaa myös keinoja asiakkaan motivointiin. Tavoitteenasettelussakin on hyvä, että asiakkaan kiinnostuksen kohteet ja itselle merkitykselliset toiminnot tunnetaan.

” JATKUVAN ARVIOINNIN MERKITYS ON KESKEISTÄ TOIMINTAKYVYN EDISTÄMISESSÄ. ON TÄRKEÄÄ ARVIOIDA ASIAKKAAN TOIMINTAA JATKUVASTI, JOTTA HÄNTÄ VOIDAAN TUKEA JUURI SIINÄ, MIHIN HÄN APUA TARVITSEE.

” ETÄKUNTOUTUSRYHMÄTOIMINTA ON LAAJENNETTAVISSA KOKO LAPIN ALUEELLE, MUTTA SE EDELLYTTÄÄ TEHOKKAITA, KUVAYHTEYDEN MAHDOLLISTAVIA YHTEYKSIÄ. LAITTEIDEN HELPPOKÄYTTÖISYYTEEN JA TOIMIVUUTEEN ON KIINNITETTÄVÄ HUOMIOTA.

ETÄKUNTOUTUSRYHMÄKOEILUT

Rovaniemellä toteutettiin loppuvuodesta 2017 etäkuntoutusryhmäkokeilu ja kevään 2018 aikana kokeilua jatkettiin hieman eri painotuksin. Tavoitteena oli edistää ikäihmisten hyvinvointia vahvistamalla ryhmäläisten osallistumista omaan arkeen, lisäämällä vuorovaikutusta arjessa ja lievittämällä yksinäisyyttä. Ensimmäisen ryhmän pääteemoja olivat liikkuminen ja terveelliset ruokailutottumukset, väliarvioinnin tuloksena teemoihin lisättiin myös keskustelua ajankohtaisista asioista. Toisen ryhmän teemoitus painottui liikuntaan. Kokeilussa tarkasteltiin myös etäkuntoutusryhmässä käytetyn teknologian toimivuutta ja käytettävyyttä ryhmätoiminnassa. Toiminnan välineenä käytettiin Arctic Connect Oy:n Arctic Touch -kuvapuhelinta.

Ensimmäisen ryhmän ohjaajina toimivat fysioterapeutti ja toimintaterapeutti, toisessa ryhmässä fysioterapeutti ja sairaanhoitaja. Ryhmäohjaajat valitsivat molempiin ryhmiin neljä ryhmäläistä. Ensimmäisessä pilotissa ryhmäläisille tehtiin kotikäynnillä alkuarvointi, joka koostui haastattelusta, havainnoinnista, SPPB-testistä, WHOQOL-Bref-elämänlaatumittarista sekä osasta Bergin tasapainotestistä. Jatkopilotissa arviointimenetelminä olivat haastattelu, havainnointi sekä WHOQOL-Bref, joka tehtiin etänä kuvapuhelimen välityksellä.

Noin tunnin mittaisia tapaamisia pidettiin kerran viikossa, ensimmäisessä ryhmässä yhteensä kahdeksan kertaa ja toisessa ryhmässä yksitoista. Ensimmäisen ryhmän kanssa järjestettiin lopuksi kasvokkainen tapaaminen, jossa arvioitiin etäkuntoutusryhmän toimivuutta ja kerättiin kehitysideoita. Ryhmäläisiltä saatiinkin arvokasta palautetta jatkoon suunnitteluun. Ensimmäisen ryhmän suunnitellut teemat ryhmäläisten haastattelujen perusteella olivat liikunta ja ravitsemus. Väliarvioinnissa saadun palautteen perusteella ravitsemuksen osuus pieneni ja lisäteemaksi nostettiin keskustelu ajankohtaisista asioista ja ryhmäkokoonantumisen rakenne pidettiin pääpiirteissään samana kerrasta toiseen, mikä toi ryhmään jatkuvuutta ja ennustettavuutta. Ryhmäläisille lähetettiin säännöllisesti postia ja välitehtäviä ryhmäkerrojen välillä itsenäisesti toteutettavaksi. Jatkokokeiluryhmässä keskeisinä teemoina olivat liikunta ja keskustelu ja materiaalia postitettiin ryhmäläisille toiveiden mukaan. Jatkokokeilussa tutustuttiin Lapin Kuntoutuksen Palvelu-TV:hen ja Sävelsirkku-verkkopalveluun.

Etäkuntoutusryhmäkokeiluista saatiin hyviä kokemuksia. Koetun elämänlaadun osalta arviointituloksissa oli jonkin verran kohentumista. Ryhmä koettiin virkistäväksi ja yksinäisyyttä lievittäväksi tekijäksi arjessa ja ryhmäläiset sitoutuivat siihen hyvin. Myös fyysisen toimintakyvyn kohenemista oli koettu.

Teknologia mahdollisti ryhmätoimintaan osallistumisen pitempien matkojen takaa. Ensimmäisen ryhmän huolellisen valmistelun myötä myös jatkokokeilu oli helppo polkaista käyntiin. Jokaisen ryhmän sisältö on kuitenkin tärkeää suunnitella juuri kyseessä olevan ryhmän osallistujien tavoitteiden ja toiveiden mukaan.

Ensimmäisen ryhmän kanssa huomattiin haasteita käytettyjen nettiyhteyksien kantavuudessa. Jatkokokeiluissa yhteysongelmiin varauduttiin hyödyntämällä ulkoisia modeemeja, joissa oli tehokkaammat antennit. Kuvapuhelinten käyttöä helpotti erillinen pöytämikrofoni ja -kaiutin, johon merkittiin tarra- kirjoittimella tehdyillä merkinnöillä tarpeelliset painikkeet. Jatkoryhmässä kokeiltiin myös etäyhteyttä, joka mahdollisti ohjaajille osallistujien mikrofoniin mykistykseen, ryhmäkerran jälkeen yhteyksien sulkemisen sekä dokumenttien jakamisen ryhmäkerran aikana. Tällaiset ominaisuudet koettiin hyödyllisiksi etäryhmätoiminnan järjestämisessä.

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Etäkuntoutusryhmätoiminta on laajennettavissa koko Lapin alueelle, mutta se edellyttää tehokkaita, kuvayhteyden mahdollistavia yhteyksiä. Laitteiden helppokäyttöisyyteen ja toimivuuteen on kiinnitettävä huomiota. Selkeät toimintaohjeet helpottavat ryhmäläistä. Jatkokokeiluryhmässä käytettiin erillisiä teippauksia osoittamaan käytettävät painikkeet. Ohjaajan mahdollisuus hallinnoida ryhmäläisten yhteyksiä avaamalla ja sulkemalla niitä sekä tarvittaessa mykistää mikrofonia on joissakin tilanteissa tarpeen.

Ryhmäläisten valintaan on hyvä kiinnittää huomiota, jotta laitteiden käyttäminen onnistuu. Ryhmäläisten orientaatio on tärkeää ja etäkuntoutusryhmätoiminta soveltuu erityisen hyvin ennaltaehkäisevään toimintaan, kun ikäihminen ei vielä tarvitse kovin paljon muita palveluja arjessa toimimiseen. Motivaatio on myös tärkeää, jotta ryhmätoiminta hyödyttäisi mahdollisimman paljon.

Etäkuntoutusryhmiä voisi hyvin hyödyntää vertaistukemisessa. Tällöin yhteistyötä voisi tehdä myös eri yhdistysten kanssa ennaltaehkäisevästä näkökulmasta. Ryhmä toimi hyvin määräaikaisena, 10 viikon ryhmä koettiin sopivaksi. Ryhmäläisten osallisuutta voi lisätä erilaisten itse täytettävien päiväkirjojen avulla, esimerkkinä liikunta- tai ruokapäiväkirjat. Myös ”kotitehtäviä” voi antaa ryhmäkertojen välillä tehtäväksi ja lähettää tehtäviä, harjoitteita tai tietopaketteja postitse ryhmäläisten käyttöön.

Etäkuntoutusryhmän dynamiikkaan sekä turvallisen ja luottamuksellisen vuorovaikutuksen luomiseen pitää kiinnittää huomiota. Ihanteellinen ryhmäkoko on 3–5 henkilöä, jolloin jokaisella on

mahdollisuus osallistua keskusteluun ja olla vuorovaikutuksessa. Ryhmän toimintaan on hyvä luoda selkeät säännöt, jossa käydään myös läpi vuorovaikutuksen periaatteita: puhutaan yksi kerrallaan, mykistetään mikrofonit, kun ei itse puhuta, kunnioitetaan toisia ja toisten mielipiteitä, ollaan huomaavaisia. Myös luottamuksellisuudesta pitää puhua: ryhmässä kuulluista asioista ei puhuta muualla. Ryhmätoiminnan luonteesta riippuen voi olla hyvä pitää kasvokkainen tapaaminen ennen etäryhmän käynnistämistä tai muutaman ensimmäisen etätapaamisen jälkeen.

SÄVELSIRKUN KOKEILU OSANA KOTIKUNTOUTUSTA

Keminmaassa selvitettiin Sentina Oy:n Sävelsirku-verkkopalvelun soveltuvuutta osaksi kotikuntoutusta sekä kokeiltiin uudenlaista toimintamuotoa ikäihmisten kotona asumisen tueksi. Asiakasvalinnassa huomioitiin ennaltaehkäisevä näkökulma ja asuinympäristön etäisyys palveluista. Moniammatillisessa tiimissä tehtiin alustavaa asiakasvalintaa, jonka perusteella kotikuntoutuksen työntekijät valitsivat kokeiluun viisi asiakasta, joille he tekivät alkuarvioinnin ja laativat yksilöllisen kuntoutumissuunnitelman. Alkuarvioinnissa käytettiin haastattelua, havainnointia ja yksilöllisen harkinnan mukaan SPPB-testistöä ja elämänlaadun kartoituksen menetelmiä.

Jokaiselle asiakkaalle valittiin kuntoutumissuunnitelmaan ja kiinnostuksen kohteisiin perustuen yksilöllinen Sävelsirku-ohjelman sisältö, jota kotikuntoutuksen työntekijät päivittivät jakson aikana. Sävelsirku-ohjelman sisältö oli muun muassa muistelua, alaraajojen lihasvoimaa ja tasapainoa harjoittavaa liikuntaa, musiikkia ja tietovisoja. Toimintaan perehdytetyt Postin työntekijät auttoivat asiakasta valitsemaan Sävelsirkusta puhelimen kautta kuunneltavat ohjelmat ja keskustelivat asiakkaan kanssa ohjelman aiheista tai ohjasivat asiakasta tekemään Sävelsirku-ohjelman mukaista liikuntaharjoitusta. Postin työntekijät tekivät kotikäyntejä 1–2 kertaa viikossa 10–13 viikon ajan. Kotikuntoutuksen työntekijä teki väliarvioinnin haastatteleamalla asiakkaita. Väliarviointiin pohjautuen asiakkaiden Sävelsirku-ohjelmaa päivitettiin loppujakson ajaksi. Jakson lopuksi kotikuntoutuksen työntekijät toteuttivat loppuarvioinnin, jossa toistettiin alkuarvioinnissa käytetyt menetelmät.

Asiakkaat olivat kokeiluun tyytyväisiä ja kokeiltu toimintamuoto tarjosi asiakkaille mielekästä tekemistä arkeen. Jakson aikana yksinäisyyden tunne oli vähentynyt ja turvallisuuden tunne vahvistunut. Kokemukset uudenlaisesta yhteistyömuodosta olivat kaikin puolin hyviä ja yhteistyö kunnan ja Postin työntekijöiden välillä toimi hyvin. Asiakasvalinnassa hyvänä asiana nähtiin moniammatillisuus. Jokaisella tiimin jäsenellä oli oma näkemys pilotista mahdollisesti hyötyvistä asiakkaista ja yhteistyössä näistä potentiaalisista osallistujista saatiin valinta kohdennettua siten, että toimintaa pystyttiin tarjoamaan sitä tarvitseville.

Asiakkaiden kokema elämänlaatu oli jakson aikana kohentunut, siihen vaikuttavia tekijöitä voi kuntoutusjakson lisäksi olla paljon muitakin. Fyysisen toimintakyvyn muutokset jakson aikana olivat vähäisiä.

Asiakkaat olivat tyytyväisiä jakson sisältöön ja olisivat mieluusti jatkaneet toimintaa. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että toiminta tarjosi asiakkaille mielekästä toimintaa arkeen.

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Sävelsirkku-verkkopalvelua voi hyödyntää osana kotikuntoutustoimintaa asiakkaan yksilölliset tavoitteet huomioiden. Sävelsirkku sopisi hyvin kotihoidon työvälineeksi asiakkaiden mielialan virkistykseksi ja arjen mielekkyyden lisäämiseen. Yhteinen Sävelsirkku-tuokio työntekijän kanssa antaa asiakkaalle tunteen yksilöllisestä huomioinnista ja omalta osaltaan lisää tyytyväisyyttä arkeen. Työntekijän sijaan asiakkaan tukena voisi olla myös vapaaehtoinen. Sävelsirkku-ohjelmia valitessa on tärkeää tuntea asiakkaan elämänhistoria, jotta ohjelmat osataan valita asiakkaan voimavaroja vahvistavaksi. Käytettäviin ohjelmiin on hyvä tutustua etukäteen, jotta voidaan varmistua niiden sopivuudesta. Uuden toimintamuodon käyttöön ottamiseen kannattaa varata riittävästi aikaa ja mikäli toiminnassa on mukana eri toimijatahoja, yhteisten toimintatapojen ja ”pelisääntöjen” luomiseen pitää käyttää aikaa, jotta toiminnasta tulee sujuvaa.

3.8 ENNAKOIVAN KOTIUTUMISEN MALLI ASIAKKAAN PARHAAKSI

Kotiutumista ennakoivat valmistelevat toimenpiteet ja kotiutumisen suunnittelu on hyvä aloittaa jo ennen ikäihmisen sairaalaan tuloa, oli kyseessä suunniteltu tai suunnittelematon sairaalajakso.



Kuvio 10 Ennakoivan kotiutumisen malli lisää kotiutumisen sujuvuutta

Suunnitelluissa hoitajaksoissa ikäihminen saa tiedon toimenpiteestä ja arvion sairaalassaolon kestosta. Esitietoja hyödynnetään kotona selviytymisen ongelmien kartoituksessa. Virtu.fi-alustalla täytettävä sähköinen hoitajan lähete on esitietolomake, joka nopeuttaa yhteydenpitoa ja tiedon siirtoa yksiköiden välillä. Suunnitelluissa toimenpiteissä esitietojen kerääminen voidaan tehdä ennakoivasti jo sairaaloiden poliklinikoilla, jolloin kotikunnassa päästään tekemään ennakoiva kotikäynti ja aloittamaan tarvittavat valmistelut hyvissä ajoin. Tarvittaessa ikäihmiselle voidaan järjestää myös toimenpiteeseen valmentavaa kuntoutusta ja apuvälineiden käytön harjoittelua. Suunnittelemattomissa, akuuteissa tilanteissa kiinnitetään huomiota sairaalaan joutumisen syihin ja valmistaudutaan kotiin paluuseen ennalta.

Valmistautuminen kotiin paluuseen alkaa heti osastolle saapuessa. Ikäihmisen ja hänen omaisensa kanssa tehdään yksilöllinen kotiutumissuunnitelma ja aloitetaan tarvittavat selvittelyt ja järjestelyt kotona. Ennakoivasti aloitettujen järjestelyjen tavoitteena on vähentää tarpeetonta sairaalassaolon aikaa sekä osallistaa ikäihmistä ja hänen omaisiaan sekä koko työryhmää toimimaan yhteisesti sovittujen asioiden mukaan ja turvaamaan ikäihmisen onnistunut kotiutuminen. Usein vasta kotiutustilanteissa havahdutaan huomaamaan, että kotiin olisi pitänyt tehdä muutostöitä tai hankkia erilaisia turvateknologialaitteita ja apuvälineitä.

Kotiutumisen järjestelyt tukevat ikääntyneen kotona selviytymistä. Kotiutumisen suunnitelmassa sovitaan tarvittavista järjestelyistä ja vastuista ja niihin sitoudutaan allekirjoituksin. Ikäihmiselle kootaan kaikki tarvittavat tiedot ja ohjeet yhteen niin sanottuun kotiutumispakettiin. Kotiutumisen tarkistuslistojen ja kotiutusoppaiden avulla varmennetaan, että kaikki tarvittava on valmiina ja ikäihminen saa mukaansa kaiken tarvitsemansa, kuten ohjeet ja välineet.

” KOTIUTUMISEN JÄRJESTELYT TUKEVAT IKÄÄNTYNEEN KOTONA SELVIYTYMISTÄ. KOTIUTUMISEN SUUNNITELMASSA SOVITAAN TARVITTAVISTA JÄRJESTELYISTÄ JA VASTUISTA JA NIIHIN SITOUTAAN ALLEKIRJOITUKSIN.

Saattaen kotiuttamalla kotihoidon kuntoutustyöntekijä tai muu ammattihenkilö on sovitusti mukana ikäihmisen kotiutumistilanteessa. Kotiutumistilanteissa avun tarve usein korostuu ja tästä syystä kotiin tulee varmistaa riittävät palvelut sairaudesta toipumiseen ja kuntoutumiseen. Ikäihmisen kanssa käydään yhdessä läpi kaikki tarpeelliset asiat ja ohjeet ja vahvistetaan tunnetta kotona selviytymisestä. Tarkistussoitto sairaalasta 1–2 päivän kuluttua kotiutumisesta tuo lisäturvallisuuden tunnetta ikäihmiselle.

Lisäturvaa antaa tieto siitä, että hoitaja soittaa ja on mahdollisuus kysyä vielä tarkentavia kysymyksiä. Hoitajan soitto voi vähentää huolta ja tarvetta ottaa yhteyttä päivystykseen erityisesti niillä asiakkaila, jotka eivät vielä kuulu säännöllisten palvelujen piiriin. Tavoitteena on kotiutua suoraan sairaalasta kotiin ja vähentää tarpeetonta vuodeosastoilla vietettyä aikaa. Mallissa korostuu kotisairaalan, tehostetun kotihoidon ja kotikuntoutuksen tuomat mahdollisuudet tukea ikäihmisen kotona kuntoutumista ja sairaudesta toipumista.

Avun tarpeen vähentyessä ja tilanteen vakiintuessa tehdään uusi palvelujen tarpeen arviointi ja päätös jatkossa tarvittavien palvelujen myöntämisestä. Palvelujen tarpeen arvioinnissa selvitetään myös turva- ja teknologialaitteiden tuomat mahdollisuudet, yksityiset palvelut sekä kolmannen sektorin tarjoamat mahdollisuudet tukea ikäihmisen kotona selviytymistä.

ENNAKOIVAN KOTIUTUMISEN MALLIN KEHITTÄMINEN KÄYTÄNNÖN TYÖSSÄ

Ennakoivan kotiutumisen mallin kehittämistyössä oli mukana koko alueen kotiutushoitajia, sosiaalityöntekijöitä, terveyskeskusten ja keskussairaaloiden vuodeosastojen henkilöstöä, kotihoidon henkilöstöä sekä kehittäjäasiakas Länsi-Pohjan alueelta. Kehittäjäasiakastoiminnan avulla haluttiin lisätä asiakkaiden vaikuttamisen mahdollisuuksia ja kanavia osallistua kehittämistyöhön asiantuntijana heitä itseään tai heidän läheisiään koskevissa asioissa. Verkostossa keskusteltiin sairaalasta kotiuttamisen ja kotiutumisen ongelmista ja kehittämistarpeista. Lisäksi koottiin toimivia, hyväksi koettuja malleja ja toimintatapoja yhteiseksi toimintamalliksi. Kehittäjäasiakkaan esittämiin käytännön ongelmakohtiin pyrittiin löytämään ratkaisuja yhteistyössä. Ennakoivan kotiutumisen malli perustuu näihin yhteistyössä tehtyihin ratkaisuihin.

Ennakoivan kotiutumisen mallin käytettävyyttä ja toimivuutta käytännössä on selvitetty haastattelemalla eri alojen ammattilaisia. Opiskelijat haastattelivat Rovaniemen kotiutushoitajia ja Lapin keskussairaalan sosiaalityöntekijää siitä, miten kotiutumisen ennakoivat järjestelyt ja suunnitelmallinen toiminta tukevat asiakkaan sairaalasta kotiutumista ja kotona selviytymistä. Länsi-Pohjan keskussairaalan sosiaalityöntekijä ja vuodeosaston henkilöstö ovat myös kommentoineet esitettyä mallia sekä mallin käytettävyyttä. Mallin toimivuudesta ja käytettävyydestä on myös pyydetty kommentteja geriatrian erikoislääkäri Pirkko Jäntiltä. Pellossa toimintaa on kehitetty mallin mukaisesti, kotihoitoon tulee kotiutustiimi ja kotisairaaloiminta on myös päätetty aloittaa.

KEHITTÄJÄASIAKKAAN KOKEMUKSIA

Kehittäjäasiakkaan mielestä hän pystyi konkreettisesti vaikuttamaan toimintaan ja piti tapaamisia tärkeinä. Hän koki osallisuutensa lisääntyneen toiminnan avulla. Kehittäjäasiakkaan mukaan ennen sairaalaan tuloa ikäihminen tarvitsee tiedon suunnitellusta toimenpiteestä: mistä toimenpiteessä on kysymys, arvion sairaalassaolajakson pituudesta, lääkitysohjeen, tiedon tarvittavista laboratoriotutkimuksista,

yhteystietoja sairaalaan mm. sosiaalityöhön, sielunhoitoon, vertaistukeen ja tietoa potilasjärjestöistä. Lisäksi tietoa siitä, mitä on hyvä ottaa mukaan osastolle, mihin hän on menossa, mihin ottaa yhteyttä, jos syntyy ongelmia. Asiakas myös tarvitsee tiedon siitä, onko mahdollisuutta käyttää potilashotellia, mistä tilata kuljetus ja mitkä ovat sen yhteystiedot. Ohjeet tarvitaan myös toimenpiteeseen valmistautumiseen ja tarvittavien apuvälineiden hankintaan liittyen sekä itsenäiseen kuntoutumiseen kotona. Lisäksi tarvitaan yhteystiedot palveluneuvontaan ja mahdollisuuteen saada ennakkoiva ja valmentava kotikäynti tarvittaessa – mahdollisesti apuvälineiden opettelua ja harjoittelua ennen sairaalaan tuloa, kodin muutostarpeiden arviointia ja keskustelua tulevasta. Myös kotona varautumisesta on hyvä olla muistilista: ruokaa pakastimeen, kuka huolehtii talosta, lemmikeistä, postista, kukista jne. Tietoja tulisi olla koottuna sairaalan kotiutusoppaassa/potilasoppaassa.

Kehittäjäasiakkaan mielestä kuntoutussuunnitelmien tulisi olla osana kaikkea toimintaa. Ennakoivan kotikäynnin ja saattaen kotiuttamisen käytännöt tulisi ottaa osaksi toimintatapaa. Varhaisessa vaiheessa aloitettu kotona olevien kotiutumista hankaloittavien asioiden kartoitus ja tarvittavat korjaavat toimenpiteet ennen kotiutumista ovat tarpeen. Potilaan ja omaisten tulisi olla mukana kotiutumisen järjestelyissä. Kaikilla ei kuitenkaan ole omaisia lähellä. Saattaen kotiuttamisen tilanteessa on mahdollisuus käydä vielä tarvittavat asiat läpi kotona ja turvallinen kotiin pääsy varmentuu. Tärkeää on saada apua käytännön asioihin kotona juuri silloin, kun on heikoimmillaan eli sairaalasta kotiutuessa. Hoitajan soitto 1–2 päivän kuluttua helpottaa epävarmuutta erityisesti niillä asiakkailta, joilla ei ole vielä säännöllisiä palveluja. Kotikäyntilomakkeen hyödyntäminen kotiutumissuunnitelman luonnissa ja toteutuksessa on hyvä asia, lisäksi kotiutumisen tarkistuslistojen ja kotiutusoppaiden hyödyntäminen toiminnassa. Asiakkaalle kootaan kaikki tarvittava tieto yhteen kotiutuspakettiin. Koosteesta on helppo löytää neuvoja ongelmatilanteissa. Riittävien palvelujen turvaaminen ikäihmisen kotiutumistilanteessa kaiken kaikkiaan on tärkeää.

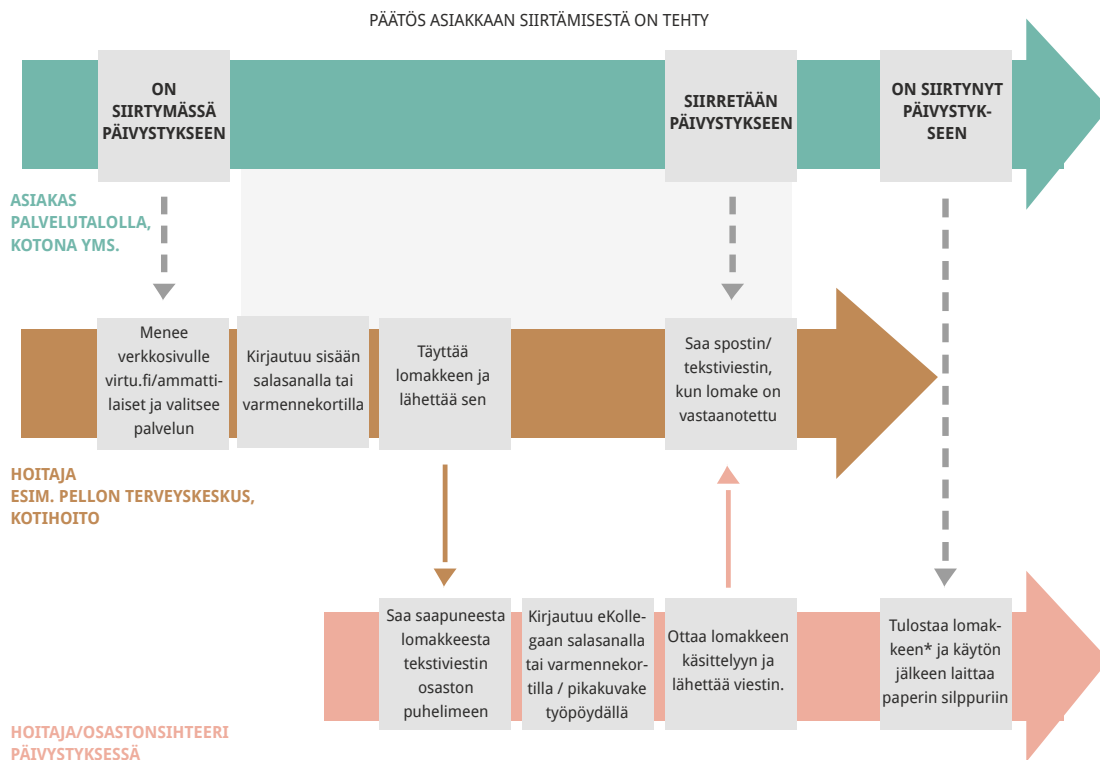
SÄHKÖISET MAHDOLLISUUDET KOTIUTUMISESSA – HOITAJAN SÄHKÖINEN LÄHETE VIRTU.FI-ALUSTALLA

Erilaisista potilas- ja asiakastietojärjestelmistä johtuen kotihoidosta ja yksityisistä palvelutaloista päivystykseen tai vuodeosastoille siirtyvien asiakkaiden ajantasaiset potilas- ja asiakastiedot eivät aina ole olleet sairaaloiden päivystyspoliklinikoiden ja osastojen käytettävissä. Erityisesti lääkitystiedot ovat voineet olla vanhentuneita. Päivystyksissä ja vuodeosastoilla on mennyt kohtuuttoman paljon aikaa soittaa ja tarkistaa tietoja yksiköistä, joissa asiakas on hoidossa. Usein myös yhteistietoja on ollut vaikea löytää, eikä puhelimiin aina vastata. Lisäksi paperiset läheteet hukkuvat helposti ja ovat usein kiireessä puutteellisesti täytettyjä, kun paperinen lomake on pitänyt saada asiakkaan mukaan ambulanssiin. Näihin tiedonsiirron ongelmakohtiin haettiin ratkaisua hoitajan sähköisen läheteen avulla. Tiedonsiirtopalvelun avulla ammattilainen voi siirtää asiakas- tai potilastietoa tietoturvalisestisesti toiselle ammattilaiselle.

Virtu.fi-alustan hoitajan lähetettä on kokeiltu aikaisemmin Länsi-Pohjan keskussairaalan alueella ja toiminnasta on saatu hyviä kokemuksia. Länsi-Pohjan lomaketta on päivitetty yhteistyössä Pellon kotihoidon ja Lapin keskussairaalan päivystyksen ja vuodeosastojen 5 A ja B kanssa. Syksyllä 2018 on tarkoitus kokeilla lomakkeen käytettävyyttä Lapin keskussairaalan päivystyspoliklinikan, Pellon ja Rovaniemen kotihoidon ja palvelutalojen välillä. Hoitajan lähete voidaan lähettää mobiilisti hoitajan kännykästä ja tietoa voidaan hyödyntää sekä terveyskeskuksen että keskussairaalan päivystyksissä. Lähettävän hoitajan ei tarvitse tietää mihin yksikköön asiakas siirtyy. Vastaanottava yksikkö voi tallentaa lähetteen potilastietojärjestelmään, jolloin lähete toimii myöhemmin myös osastoilla ja on hyödynnettävissä asiakkaan kotiutustilanteissa. Lomakkeesta löytyy lääkitys- ja sairaustietojen lisäksi tietoa asiakkaan toimintakyvystä, kotiolosuhteista ja avun tarpeesta normaalitilanteessa. Hoitajan lähetteen voi tallentaa myös luonnoksena ja akuuteissa tilanteissa hoitaja vain täydentää lomaketta ja lähettää eteenpäin.

HOITAJAN LÄHETE ASIAKKAAN SIIRTÄMISEKSI LSHP:N PÄIVYSTYKSEEN

[HTTPS://WWW.SOSIAALIKOLLEGA.FI/VIRTU.FI/AMMATTILAISET/TIEDONSIIRTO/TIEDONSIIRTO-PAIVYSTYS](https://www.sosiaalikallega.fi/virtu.fi/ammattilaiset/tiedonsiirto/tiedonsiirto-paivystys)



* Lomakkeen ja liitelomakkeet (lääkelista) voi tulostaa PDF-muodossa ja tallentaa Eskoon

Kuvio 11 Hoitajan lähete helpottaa tiedonkulkua ammattilaisten välillä

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Lapin alueella tulisi ottaa yhteisesti käyttöön ennakoivan kotiutumisen toimintamalli sekä hoitajan sähköinen lähete (virtu.fi). Maakunnassa on tavoitteena vuoteen 2020 mennessä keventää palvelurakennetta vähentämällä laitoshoidtoa ja tehostettua palveluasumista lisäämällä kotiin annettavia palveluja. Ennakoivasti aloitettujen kotiutumisen järjestelyjen avulla on mahdollisuus vähentää tarpeetonta sairaalassaolon aikaa ja tällä tavoin toiminnasta on mahdollista saavuttaa myös taloudellista etua. Yksilöllinen kotiutumis suunnitelma mahdollistaa asiakkaan tarpeista lähtevän toiminnan. Suunnitelman avulla voidaan turvata asiakkaan onnistunut kotiutuminen ja riittävät palvelut kotiin. Hoitajan sähköisen lähetteen käyttö mahdollistaa asioiden hoitamisen ja tiedon välittämisen joustavasti.

3.9 KOTIHOITOA YMPÄRI VUOROKAUDEN (24/7)

Kotona asuu yhä enemmän apua tarvitsevia ikäihmisiä. Palvelujen ja henkilöstöresurssin tarve on sama arkisin ja viikonloppuisin. Myös yöllä tarvittavien palvelujen tarve on lisääntynyt. Palvelujen tarjonnassa ja tuotannossa tarvitaan hallittua rakennemuutosta ja yhteisiä päätöksiä tuotantomalleista ja yhteisistä tavoitteista. Kaikki avun tarve ei ole hoidollista. Tarvitaan myös ihan tavallista toisen ihmisen tarjoamaa tukea ikäihmisten arkeen.

Yhteinen Lapin maakunnan pitkän aikavälin tavoite on, että ikäihmisille on tarjolla riittävästi tukea kotiin – tarvittaessa tehostetusti ympäri vuorokauden ja kaikkina viikon päivinä. Lyhyen aikavälin tavoite vuoden 2021 loppuun mennessä on, että ympärivuorokautista (24/7) kotihoidon palvelua on tarjota vähintään kaikkien kuntakeskusten alueilla. Kotihoitopalvelujen 24/7 -tarjonnassa tulee tehokkaasti hyödyntää digi- sekä muita teknologisia ratkaisuja. Koko maakunnan alueella laitoshoidosta vapautuvaa resurssia suunnataan kotona asumista tukeviin palveluihin ja otetaan asteittain käyttöön monipuoliset tavat tuottaa 24/7-palvelua ja tukea kotiin.

Seuraavaan on koottu Rovaniemen yhden henkilön ensihoidon yksikön ja kotihoidon työntekijöiden onnistumisen kokemuksia Päivystys pirtissä -kokeilusta. Kyseessä on Rovaniemellä 1.5.2018 alkanut jonka toteuttavat yhteistyössä Lapin sairaanhoitopiiri ja Rovaniemen kaupunki. Ikäihmisen näkökulmasta on tärkeintä avun saanti omassa kodissaan – ei auttajan ammattiasema.

■ ■ **ENSIHOITOTEHTÄVÄN YHTEYDESSÄ KÄVI ILMI** asiakkaan turvattomuuden tunne ja pelko selviytymisestä kotona. Asiakasta autettiin kotona hänen äkillisissä vaivoissaan. Tämän jälkeen pystyttiin yhteistyössä kotihoidon kanssa järjestämään nopeasti hänen luokseen yöllinen seurantakäynti. Asiakas oli tyytyväinen. Hän koki tulleen kuulluksi ja koki olevansa turvassa ja selviävänsä nyt kotona seurannan avulla. Tuen saamisen jälkeen hänen ei tarvinnut lähteä päivystykseen. Aiemmin tunne turvattomuudesta ja pelko selviytymisestä oli vahva.

■ **IÄKÄS ASIAKAS, JOLLA OLI** pitkään jatkuneita vaivoja, hälytti ensihoidon ns. virka-ajan ulkopuolella. Uudenlaisen toimintamallin avulla pystyttiin perehtymään asiakkaan vaivaan syvällisemmin hänen kotonaan. Yhteistyössä päivystävän lääkärin kanssa tehtiin selkeä suunnitelma vaivojen selvittämiseksi. Lähtemättä päivystykseen luotiin hänelle hoitosuunnitelma ja hoidot aloitettiin. Asiakas oli onnellinen, kun hänen ei tarvinnut lähteä päivystykseen, vaan sai avun kotiinsa. Erityisesti hän koki, että avunsaannin epätietoisuudesta johtunut ahdistuneisuus helpotti. Käynti päättyi halaukseen.

■ **PÄÄSÄÄNTÖISESTI PÄIVYSTYS PIRTISSÄ -YKSIKÖN** asiakkaat ovat alkuhämmennyksen "tuletko sinä yksin" jälkeen olleet niin tyytyväisiä saamaansa palveluun, että työntekijänä olen itsekin aivan liikuttunut siitä välillä. Yksikössä työskennellessä tulee tunne, että uusien toimintatapojen avulla voimme aidosti ratkaista kohteessa niitä ongelmia, jotka ennen ovat vaatineet käynnin jossakin terveydenhuollon yksikössä. Tulee sellainen tunne "että saan hoidettua tämän tehtävän kunnolla", ja sehan lisää sitten itsessään työnhallinnan kokemusta ja työhyvinvointia. Eri toimijoiden kanssa tehty yhteistyö on myös ollut niin positiivista, että varmasti näitä onnistumisen tunteita on tullut myös heille. Ollaan nopeasti löydetty yhteinen sävel ja osattu yhdistää osaamisemme asiakkaan parhaaksi.



Onnistumisten arkkuun⁴ on koottu onnistumisen kokemuksia hankkeen eri kokeiluista.

► **KEINOT TAVOITTEeseen PÄÄSEMISEKSI OVAT:**

- Ensihoidon ja kotisairaaloiminnan arviointiosaamisen hyödyntäminen turhien sairaala- ja terveyskeskussiirtojen välttämiseksi
- Keskitetty sairaanhoitajan ammatillinen tuki hoitajille päivystysaikaan
- Keskitetty lääkärin ammatillinen tuki sairaanhoitajalle päivystysaikaan
- Kotihoidon vastuulääkärin ja -sairaanhoitajan mallin hyödyntäminen
- Turvakäynnit, teknologiset ratkaisut, etäkäynnit, etälääkäripalvelut
- Yöpartitoiminta
- Yksityisten palveluntuottajien palvelut
- Omaisten ja läheisten tuottama tuki
- Kolmannen sektorin tarjoamat mahdollisuudet
- Resurssien käytön optimoinnissa yhteistyö yli nykyisten sektorirajojen ja kuntarajojen

⁴ <http://www.sosiaalikalleg.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/onnistumisten-arkku>

► TOIMENPIDE-EHDOTUS

Valmistelu ja päätökset palvelujen tuottamisen rakenteista ja resursseista tehdään sote-valmistelun yhteydessä.

ETÄKOTIHOIDON KOKEMUKSIA

ROVANIEMEN ETÄKOTIHOITO

Rovaniemellä kokeiltiin etäkotihoiton toteuttamista. Kokeilussa oli mukana seitsemän asiakasta, jotka olivat olleet jo aikaisemmin kotihoidon asiakkaina. Arctic Connect Oy:n toimittamat kosketusnäytölliset kuvapuhelimet asennettiin asiakkaiden koteihin ja heille annettiin tarvittava opastus laitteen käyttämiseen. Omaiset olivat joidenkin ikäihmisten tukena laitteiden käytön opettelussa. Käyttöohjeita ja oppaita jouduttiin laatimaan kokeilujen aloitusvaiheessa. Tarvittavaa tukea ja ohjausta annettiin ikäihmisille myös puhelimella.

Aluksi kotihoiton tiimit toteuttivat kuvapuhelinsoitot omille asiakkaille. Myöhemmin perustettiin turvatiimi, joka toimii ympärivuorokautisesti (24/7). Sen tehtäväksi keskitettiin kuvapääteasiakkaiden soitot. Turvatiimillä on myös valmius lähteä heti paikan päälle, jos jostain syystä siihen on tarvetta. Keskeistä on, että asiakasohjaajat ja kotihoito tunnistavat ne ikäihmiset, jotka voivat hyötyä etäpalveluista. Jatkossa on tärkeää ottaa heti arviointikäynnillä huomioon, miten kevyillä teknologiapalveluilla voitaisiin auttaa ikäihmisen kotona selviytymistä.

Teknologia ei ole yksittäisiä ”koneita ja laitteita”, vaan palvelukokonaisuus, jolla tuetaan asiakkaan kotona pärjäämistä. Teknologian avulla kotihoiton käyntejä voidaan täydentää erilaisilla muilla palveluilla. Arctic Connect tarjosi jokaiseen kuvapääteeseen yhden ilmaisen omaislisenssin, näin ikäihmiset ja omaiset saivat mahdollisuuden kokeilla yhteydenpitoa kuvapuhelimen välityksellä. Lisäsisältöä antoi Lapin Kuntoutuksen tarjoama Palvelu-TV. Ikäihmisille räätälöidyt ohjelmat tarjoavat virkistystä, ajankulua sekä fyysistä kuntoutusta. Lisäksi ohjelmat rytmittävät päivää. Palvelu-TV:n ohjelmaa lähetetään maanantaista perjantaihin keskimäärin 2–3 tuntia ja lauantaisin noin tunnin verran. Palvelu-TV on Valtiokonttorin rahoittama palvelu sota- ja sotilasinvalidille.

Käyttökokeilujen alussa esiintyi teknologisia häiriöitä ja etäyhteyksien toimivuudessa oli parantamisen varaa. Palvelun luotettavuutta saatiin uusilla teknisillä ratkaisuilla parannettua. Laitteiden päivitykset, huolto ja korjaukset pyrittiin tekemään etätyönä, mutta aina ei siinä onnistuttu. Kokemukset vahvistivat sen, että ikääntyneiltä ei voida odottaa omaa panosta laitteiden päivitys- ja huoltoasioissa eikä myöskään hoitohenkilökunnalta.

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Kokemusten perusteella on ymmärretty, että laitteiden käyttö täytyy tehdä ikäihmisille mahdollisimman helpoksi ja heille tulee antaa tukea sekä ohjausta tarpeen mukaan. Kokeilujen ai-

kana tuli esille, että kosketusnäytöllisen kuvapääteen käytön oppiminen on helpompaa niille ikäihmisille, jotka ovat aiemmin käyttäneen esim. tietokonetta. Etähoitopalvelun tekniikkaa ja helppokäyttöisyyttä on syytä kehittää edelleen.

On ikäihmisiä joille kuvapääte ja siihen liitetyt palvelut eivät sovellu, joten sopivuutta tulee pyrkiä kartoittamaan etukäteen. Etäpalvelun järjestäminen on harkittava moniammatillisesti ja asiakkaan kokonaisvaltaisten tarpeiden pohjalta. Etähoidolla ja muilla etäpalveluilla on mahdollista lievittää kotona asuvien yksinäisyyden tunnetta, vahvistaa turvallisuuden tunnetta sekä tukea itsenäistä kotona asumista.

Kotihoidon työntekijöiden työaikaa voidaan suunnata enemmän tukea ja hoitoa tarvitseviin asiakkaisiin, kun joitakin palveluja voidaan hoitaa etänä. Myös kulkemisista säästyy työaikaa. Verkkoyhteyksien parantamiseen tulee myös yritysten omalta osaltaan panostaa taloudellisesti, vaikka se vaikuttaisikin laitteen myyntihintaan.

Hankkeen aikana selvisi, että tarvitaan erillinen palvelukeskus (teknologiakeskus), joka vastaa laitteiden toimivuudesta ja tekniikasta. Etäkotihoito on mahdollista laajentaa koko maakunnan alueelle toimivaksi kotihoidon palveluksi edellyttäen yhteentoimivia asiakastietojärjestelmiä. Häiriötilanteita varten on oltava varasuunnitelma, jolla varmistetaan sovitun palvelun saaminen. Toimintaa täytyy olla tukemassa palvelukeskus, jossa työskentelee tarpeellinen määrä osaavaa henkilökuntaa.

**” KESKEISTÄ ON, ETTÄ ASIAKASOHJAAJAT JA KOTIHOITO
TUNNISTAVAT NE IKÄIHMISET, JOTKA VOIVAT HYÖTYÄ
ETÄPALVELUISTA.**



Kuvayhteys ammattilaiseen



Lähempänä omaisia



Tukea ja turvaa arkeen

TURVALLINEN ASUMINEN KOTONA

Kotihoidon tavoitteena on antaa turvallista hoitoa ja huolenpitoa sekä edistää asiakkaiden selviytymistä, toimintakykyä ja omatoimisuutta. Turvateknologisia laitemahdollisuuksia tulee selvittää asiakkaan kohdalla yksilöllisesti. Ikäihmisen kodin turvallisuuden huomioiminen ja niiden tuomat riskit on syytä tunnistaa mukaan luettuna myös mahdolliset ympäristölliset riskit. Ikäihmisen elintavoista ja elämänhistoriasta on hyvä saada tietoa. Tukiverkosto on tärkeässä roolissa kotona-asumisen tukemisessa samoin palveluverkoston laajuus ja tarve (kauppa, apteekki, siivous, jne.).

Palveluneuvonta on keskeinen toimijataho turvateknologisten laitteiden soveltuvuuden arvioinnissa ja esittelyssä asiakkaille. Palveluneuvonta tunnistaa, minkälaisia laitteita asiakkaiden on mahdollista ottaa käyttöön. Kotihoidon tehtävänä on selvittää, kenelle ikäihmiselle soveltuu minkälainen teknologinen turvalaite. Kotihoidon henkilökunta toteuttaa säännölliset kotikäynnit ja seuraa samalla turvalaitteiden toimintakykyä sekä arvioi säännöllisesti ikäihmisen toimintakykyä.

TURVATIIMI JA TEKNOLOGIAOHJAAJA APUNA ROVANIEMELLÄ

Turvatiimi eli auttajatiimi ottaa vastaan turvalaitteista tulleet hälytykset vuorokauden ympäri. Auttajatiimissä työskentelee lähihoitaja jokaisessa vuorossa ja hän lähtee asiakaskäynnille hälytyksen tullessa. Toiminta-alueena on koko Rovaniemen kaupunki. Auttajatiimin työntekijä tarkistaa hälytyskäynnillä turvalaitteiden oikeaoppisen sijoittamisen ja esteettömyyden sekä korjaa tilanteen tarpeen mukaan. Hän auttaa asiakasta palvelutarpeen mukaan ja viestittää huomioista esim. jos asiakkaan palvelutarve/toimintakyky on muuttunut. Auttajatiimi hoitaa turvahälytyksen tehneen henkilön tarvittaessa jatkohoidon piiriin, esim. tilaamalla ensihoidon paikalle. Auttajatiimi ei kuljeta asiakkaita. Auttajatiimi asentaa ja huoltaa turvalaitteita sekä vastaa Päivystys pirtissä -toiminnan kotihoidon asiakkaiden jatkohoidon informoinnista ja kirjauksesta Efficaan.

Teknologiaohjaajan tehtävänä on vastaanottaa tilauspyyntöjä ja käsitellä ne sekä sopia asennuksista ja laitteiden poisviemisestä, valmistella tukipalvelupäätökset, päivittää tiedot turvatiimille ja toimia teknisenä tukena. Isommissa ongelmissa teknologiaohjaaja ottaa yhteyttä laitetoimittajaan tai ohjaa turvatiimiä ottamaan itse yhteyttä. Teknologiaohjaaja tarvitsee laajat oikeudet potilastietojärjestelmään. Hän voi myös konsultoida, mikäli tarvitaan lisää tietoa erilaisista ikäihmisten turvaratkaisuista.

HoivaTurva -kokeiluissa on hankkeen kautta ollut mukana Rovaniemeltä 17 asiakasta. Hälytykset ovat menneet sovitusti osalla omaisille, osalla vartiointiliikkeelle ja turvatiimin perustamisen jälkeen (01/2018) lähinnä turvatiimille ja mahdollisesti myös omaisille. Kaiken kaikkiaan hankkeen aikana HoivaTurva-laitetta kokeiltiin 16 kunnassa ja jokainen kunta järjesti hälytyksiin vastaamiset ja turvakäynnille lähtemiset eri tavalla. Hälytyksiä ottivat vastaan kotihoidon tiimit, palvelutalot, aluksi vartiointiliike ja omaiset. Laitetta kokeiltiin hankkeen aikana yhteensä 88 eri asiakkaan kodissa. HoivaTurvaa on pienimuotoisesti kokeiltu välineenä arvioimaan asiakkaiden avun tarvetta ja kotona selviytymistä. Kotona syntyvän tiedon seuranta on auttanut ikäihmisten avun tarpeen arvioinnissa ja riittävän hyvän hoidon sekä palvelumuodon löytymisessä.



► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Hankkeen kokeiluista ilmeni, että ikäihmisille tarvitaan erilaisia vaihtoehtoja ja/tai erilaisiin tilanteisiin ja tarpeisiin erityyppisiä turvateknologisia ratkaisuja. Laitteiden käyttöönottamisen tulee perustua yksilöllisiin tarpeisiin ja käyttömahdollisuuksiin. Kunnissa, joissa ei ole kotihoi-dossa iltahoitoa eikä yöpävystystä, ei ole myöskään silloin ketään turvahälytyksiä vastaanotta-massa. Hyvin toimiville rannekemuotoisille gps-paikantimille olisi tarvetta. Kahdessa kunnassa on kokeiltu Seniortek Oy:n toimittamaa gps-paikanninta.

Teknologisen tiedon puute kuntien kotihoidossa osoittautui melko suureksi ongelmaksi. Lait-teiden merkitystä ei aina ymmärretty eikä niiden käytettävyyttä osattu arvioida. Henkilöstön teknologiaosaaminen kehittyy ajan kanssa. Peruskoulutuksiin on tulevaisuudessa lisättävä tek-nologiasisältöjä. Asiasta on viestitetty oppilaitosten suuntaan. Kunnissa peräänkuulutettiin tek-nologiakeskusta, jossa olisi erityistä osaamista ja tukea kuntiin teknologialaitteisiin kohdistuvissa hankinnoissa ja ongelmatilanteissa. Teknologiavälitteisiä palveluja ja niihin tarvittavia teknolo-gialaitteita voitaisiin koordinoida palvelukeskuksesta. Uudet markkinoille tulevat teknologiset laitteet testattaisiin palvelukeskuksen toimesta. Näin toimittaessa jokaisen kunnan ei tarvitsisi yksinään selvittää, millaisia laitteita on mahdollista ja järkevää ottaa käyttöön.

**” KUNNISSA PERÄÄNKUULUTETTIIN TEKNOLOGIAKESKUS-
TA, JOSSA OLISI ERITYISTÄ OSAAMISTA JA TUKEA KUNTIIN
TEKNOLOGIALAITTEISIIN KOHDISTUVISSA HANKINNOIS-
SA JA ONGELMATILANTEISSA.**

HoivaTurva on laite, jonka tuottaman tiedon hyödyntäminen vaatii hyvää arviointia. Lisäksi tiivis ja avoin keskustelu asiakkaan, omaisen, kotihoidon ja laitteen ohjelmoijan kanssa on tarpeen. HoivaTurva laitteen käyttöönotossa on huomioitava ikäihmisen elämäntilanne ja sosiaalinen verkosto. On tärkeää selvittää ikäihmisen päivärytmi, jotta HoivaTurvan hälytysrajat pystytään määrittämään. Onnistuminen edellyttää luottamuksellisuutta ja palveluntuottajan nopeaa rea-gointia. Pelkkä laitteen vieminen asiakkaan kotiin ei riitä. Ikäihmistä, omaisia ja henkilökuntaa on myös perehdytettävä ja ohjattava laitteen toiminnan käytössä ja erilaisissa ongelmatilanteissa.

Tarvetta olisi kehittää palvelua siten, että tarpeettomat hälytykset minimoidaan huolellisella hä-lytysrajojen määrittelyllä. Käyttöön ottaminen pitää tehdä vaiheittain, jotta luotettava toiminta

varmistetaan. Vasta tämän jälkeen hälytykset voidaan ohjata sovituille tahoille. Omaisten kanssa on sovittava selkeästi, miten ja kuka hälytyksiin vastaa. HoivaTurvan toimivuus kaikissa asiakastilanteissa ja kodeissa ei ole aina mahdollista verkko-ongelmien vuoksi. Niillä alueilla, joissa on heikot yhteydet, tulisi parantaa yhteyksien toimivuutta esimerkiksi lisälaitteilla. Teknisten ongelmien osalta työyhteisöissä tulee olla varasuunnitelma, jonka mukaan toimitaan asiakasturvallisuutta vaarantamatta.

KOTIHOIDON TOIMINTATAPOJEN UUDISTAMINEN – TERVOLAN KOKEILU

Tervolassa kokeiltiin Sentina Oy:n Sävelsirkun helppokäyttöversiota kolmella kotihoidon asiakkaalla. Tavoitteena oli uuden toimintakäytännön kehittäminen ja juurruttaminen osaksi kotihoidon työtä. Lisäksi tavoitteena oli laatia kokeiluasiakkaiden lisäksi kaikille uusille kotihoidon asiakkaille oma arki-suunnitelma hoito- ja palvelusuunnitelman yhteyteen hyödyntämällä Sävelsirkun sisältöjä.

Sentinan tavoitteena oli arvioida päivittäistä sisältöehdotusta ja Sävelsirkun helppokäyttöversion soveltuvuutta ammattilaisten työvälineeksi. Sentinan äänipalvelu Sävelsirkusta palvelumuotoiltiin digitaaliset palvelualustat suunnitelmalliseen kotikuntoutukseen ja ikääntyneiden itsensä käytettäväksi (ns. ikääntyneen ja ammattilaisen helppokäyttöversiot).

Sävelsirkku-palvelu asennettiin 11 Tervolan kotihoidon työntekijän mobiiliin. Aktiivisessa käytössä se oli yhdessä puhelimessa ja yhdessä tabletissa. 12 kotihoidon työntekijää osallistui kokeiluun. Sentina toteutti henkilöstövalmennukset Sävelsirkun käyttämiseen Skype-koulutuksina. Kokeilujen käynnistyttyä työntekijöille vielä palaverissa opastettiin käytöstä ja myöhemmin tarvittaessa. Asiakkaat olivat itse mukana valitsemassa Sävelsirkun sisällöt. Kunnan puolelta kokeilua koordinoi kuntoutukseen suuntautunut lähihoitaja. Asiakkaat ovat mielellään kuunnelleet tarinoita, vastanneet tietovisoihin, muistelleet ja keskustelleet kotihoidon työntekijöiden kanssa. Jumppaa ei ole aina jaksettu tehdä. Ratkaisuja haettiin miettimällä yhdessä, olisiko parempi jakaa eri päiviä erilainen ohjelma ja näin tuoda ”erilaisia päiviä” myös samalla arkeen. Yksilöllisten tarpeiden huomiointi suunnitelmia laadittaessa koettiin tärkeänä.

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Sävelsirkku soveltuu kotihoidon työntekijöiden vuorovaikutuksen työvälineeksi hyvin. Havaittiin, että ne hoitajat, jotka olivat käyttäneet jo ennestään Sävelsirkkua, toteuttivat Sävelsirkun ohjelmia ikäihmisten kanssa enemmän. Motivoimalla ja keskustelujen avulla saatiin syntymään uusi toimintatapa Sävelsirkun hyödyntämiseen. Asiakasohjaajan on syytä neuvotella asiakkaan kanssa muutoksesta asiakassuunnitelmaan työajan järjestämiseksi.

ETÄPALVELUA KOTIIN PERUSTERVEYDENHUOLLOSTA

KOLARIN ETÄTEKNOLOGIAKOEILU

Etäteknologia perusterveydenhuollossa -kokeilulla Kolarin kunnassa tavoiteltiin kotona asuvan ikäihmisten tukemista seuraavilla teknologisilla ratkaisuilla.

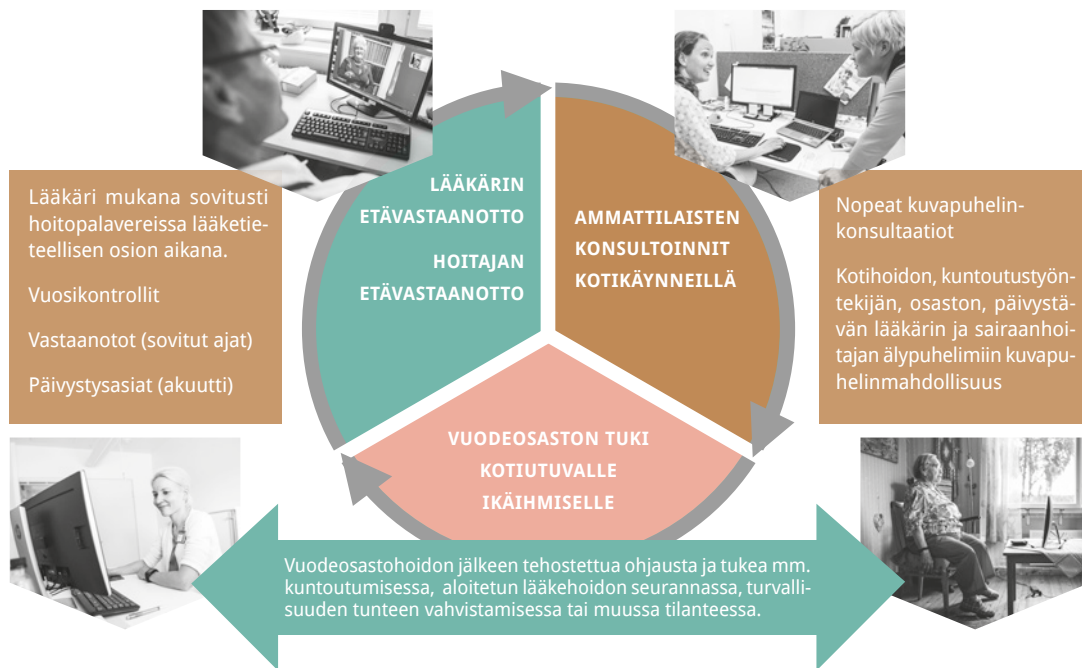
- Lääkärin ja hoitajan etävastaanotto:
- Sovitut vastaanotot toteutettiin etäyhteydellä.
- Hoitaja oli asiakkaan kotona ja lääkäri omalla toimistolla.
- Ammattilaisten konsultoinnit kotikäynneillä
- Kotihoidon fysioterapeutin, osaston, päivystävän lääkärin ja sairaanhoitajien älypuhelimiin asennettiin kuvapuhelinmahdollisuudet.
- Kuvapuhelinyhteys mahdollistaa ääni- ja kuvayhteyden asiakkaan kodista.
- Vuodeosaston tuki paljon palveluja tarvitsevalle ikäihmiselle
- Vuodeosastohoidon jälkeen tehostettua ohjausta ja tukea voidaan antaa kuvapuhelinyhteydellä. Huoli pärjäämisestä kotona ja turvattomuuden tunne kotiutuessa konkretisoitui iltaisin ja nukkumaanmenon aikaan. Ikäihmisille ja heitä hoitavilla omaisilla on hyvä olla joku paikka mihin he voivat ottaa yhteyttä, kun siihen tarvetta ilmenee. Vuodeosastot toimivat ympäri vuorokauden. Vuodeosastolla kokeiltiin asiakkaan yhteydenottoja ja neuvontaa kuvapuhelimella. Kuvapuhelin välineenä helpotti tilannekuvan arviointia ja mahdollisti katsekontaktin molemmille osapuolille. Etäpalvelu lisäsi turvallisuuden tunnetta niin ikäihmisessä kuin omaisessakin.

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Etäteknologialla vahvistetaan moniammatillista yhteistyötä, palvelun saatavuutta ja ikäihmisen osallisuuden vahvistamista itseään koskeissa asioissa. Ikäihmisen omaa roolia vahvistetaan, kun samalla kertaa puhelun aikana kaikki voivat olla yhtä aikaa keskustelussa mukana. Tiettyjä tehtäviä, joita on totuttu hoitamaan perinteisesti, kuten osa kotihoidon lääkärikäynneistä, voidaan erilaisissa tilanteissa toteuttaa myös etäyhteydellä. Hyvin etäyhteydellä toteutettaviksi sopivat myös esimerkiksi ikäihmisten vuosikontrollit ja perhe- tai hoitopalaverit sekä erilaiset ammattilaisten väliset konsultaatiot. Lisäarvoa voidaan saada esimerkiksi siitä, että lääkäri voisi osallistua asiakassuunnitelman laadintaan niiltä osin, kuin hänen asiantuntemustaan ja vastuutaan tarvitaan. Asiantuntija voi fyysisesti olla kauempanakin asiakkaasta.

Etäpalvelu vuodeosastolta vähensi asiakkaan hakeutumista terveyskeskukseen. Tällä oli vaikutusta osaston työhön ja ikäihmisen elämänlaatuun, kun ei tarvinnut hakeutua terveyskeskukseen. Ikäihmisille ja heitä hoitavilla omaisilla on hyvä olla joku paikka, mihin he voivat ottaa yhteyttä, kun siihen tarvetta ilmenee, myös ilta- ja yöaikaan. Toimintamalli on levitettävissä muillekin alueille.

Terveyskeskuksen yhteyteen sopii hyvin neuvonta- ja tukipalvelu erityisesti vasta vuodeosastolta kotiutuneille tai paljon eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarvitseville. Kotihoiton työntekijät ja ikäihmiset hyötyisivät vastuulääkärin tuesta akuuteissa tilanteissa myös päivystysaikana suoralla kontaktilla.



Kuvio 12 Etäteknologia terveydenhuollossa

SALLAN ETÄTEKNOLOGIAKOKEILU

Etäteknologiakokeilulla perusterveydenhuollossa Sallan kunnassa kokeiltiin muistisairaana etäpalvelujen toteuttamista kolmen asiakkaan kanssa. Muistihoitaja valitsi kokeiluun tulevat asiakkaat. Muistisairaiden henkilöiden kotona asumisen onnistuminen edellyttää kotiin annettavien palvelujen ja tukimuotojen monipuolistamista. SenioriKaste -hankkeessa suunniteltiin 10 askeleen muistipolku Lapin maakunnassa. Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeessa keskityttiin muistipolun osalta diagnosoinnin jälkeiseen aikaan ja etäpalvelujen kehittämiseen.

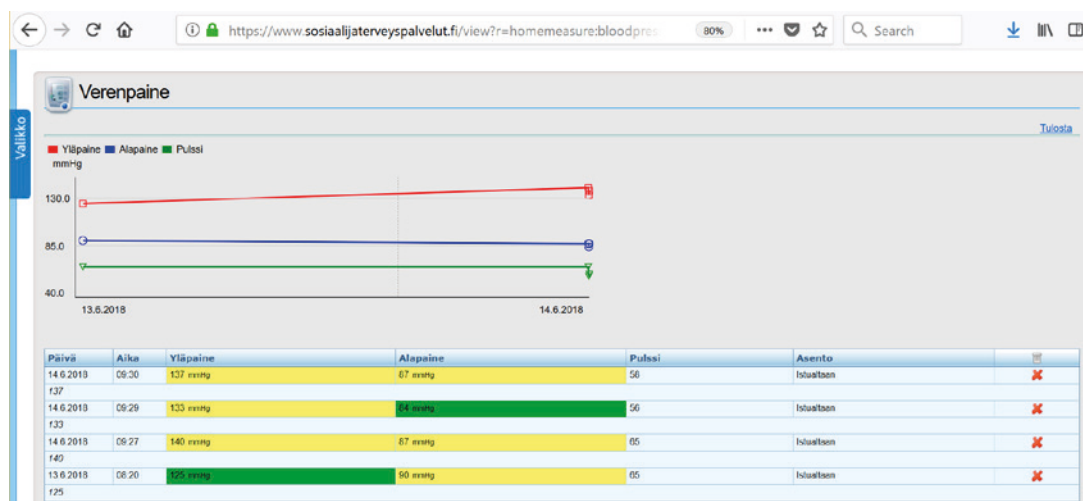
Muistiasiakkaan hoitopolulla ensimmäinen vaihe diagnostiikan jälkeen on seurantakäynneistä sopiminen. Seurantakäynnit ovat erittäin tärkeitä ja niiden toteuttaminen tapahtuu kutsumenettelyllä. Muistihoitaja otti yhteyttä asiakkaaseen noin kuukauden kuluttua lääkkeen sopivuuden tarkistamiseksi ja mahdollisen annosmuutoksen toteuttamiseksi. Muistisairauteen kohdennetun lääkityksen ensimmäinen seurantakäynti lääkärillä on 6–8 kuukauden kuluttua, jolloin voidaan tehdä jo lääkkeen tehon arvioin-

ti. Seurantakäynti toteutetaan yhteistyössä muistihoitajan kanssa. Seuraavien seurantakäyntien väli on tilanteen mukaan puolesta vuodesta vuoteen, ongelmatilanteissa tiheämminkin.

Asiakkaiden kanssa kokeiltiin Arctic Touch -kuvapuhelinta ja siihen liitettäviä Arctic Health mittalaitteita. Mittalaitteista testattiin verenpainemittaria ja vaakaa. Kokeilun avulla saatiin kokemuksia ikäihmisten mahdollisuudesta tehdä omatoimisesti mittauksia kotona ja seurata niiden tuloksia. Toisaalta tavoiteltiin myös lääkärin ja hoitajan mahdollisuutta tulosten etäseurantaan. Lisäksi samat asiakkaat kokeilivat Lapin Kuntoutuksen Palvelu-TV:tä ja Sävelsirkku-palvelua heille laadittujen yksilöllisten arkikuntoutussuunnitelmien mukaisesti.

Kokeilussa selvisi, että osa ikäihmisistä kykenee tekemään etämittauksia, sillä laitteet ovat riittävän helppokäyttöisiä. Tähän vaikuttaa asiakkaan kognitiivinen kyky muistaa ohjeita. Muistiongelman alkuvaiheessa teknologialaitteiden käytön oppiminen ja ohjeiden muistaminen ovat vielä mahdollisia.

Mittaustulokset siirtyvät virtu.fi-asiointitilille. Asiakas voi tarkastella mittaustuloksia virtun asiointitililtä graafisena esityksenä. Asiointitilille kirjautuminen tapahtuu suomi.fi-tunnistautumisella (esim. verkkopankkitunnistautuminen) tai sähköpostitunnistautumisella.

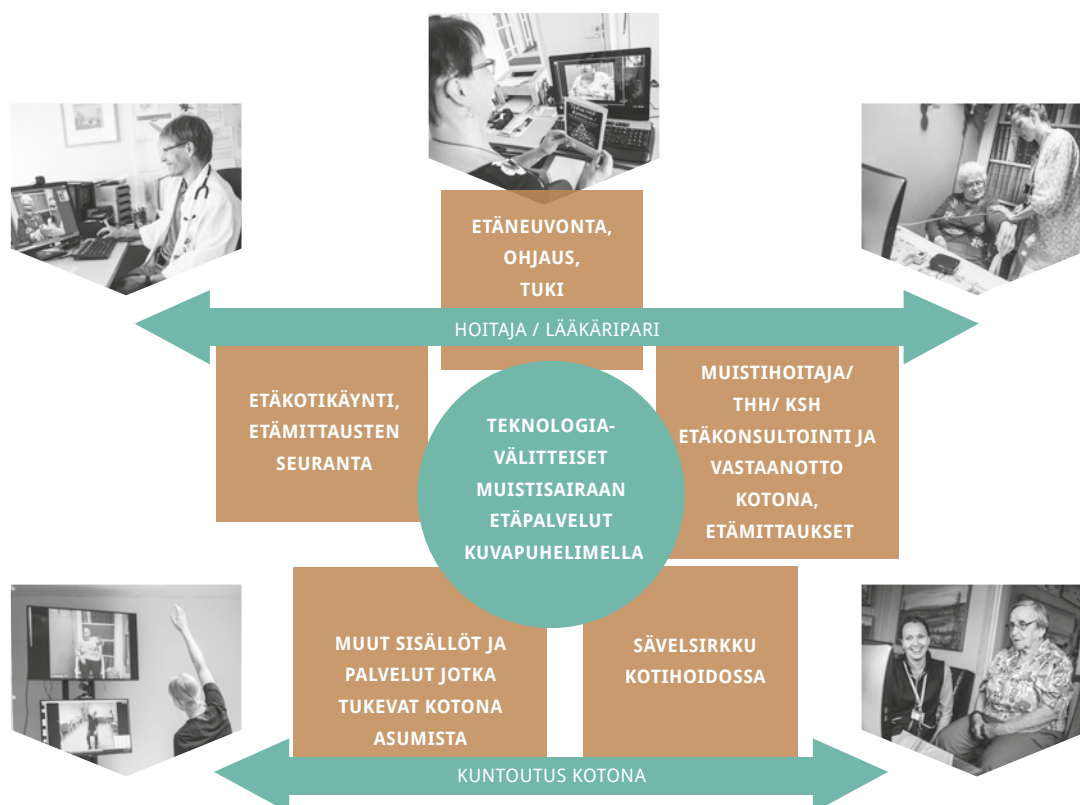


Kuvio 13 Virtu.fi asiointitili – esimerkki verenpaineen mittausta

Sävelsirkun helppokäyttöversion soveltuvuutta kotihoidon arkikuntoutukseen ja sen toimivuutta virikkeitä lisäävänä palveluna testattiin. Tavoitteena oli muistisairaalan aktivointi elämänsisällön lisäämiseksi itsenäisen kuvapuhelinkäytön avulla. Sävelsirkun käyttäminen onnistui ikäihmisillä hyvin, mutta jäi joillakin vähäiselle käytölle. Myös kokeilu-aika olisi voinut olla pidempi. Kokeilu osoitti Sävelsirkun sopivan hyvin muistisairaalan arkikuntoutuksen välineeksi. Palvelun todettiin toimivan paremmin yhdes-

sä käytettynä esim. kotihoiton työntekijöiden, vapaaehtoisten tai omaisten avustuksella ja sen todettiin toimivan vuorovaikutusta vahvistavana välineenä. Muistisairaiden kanssa kannattaa laatia yhdessä eripituisia suunnitelmia, joiden avulla arkeen saadaan sopivasti liikuntaa, virikkeitä ja lepoa. Suunnitelma rytmittää arkea sekä auttaa ajan hahmottamisessa ja toimii muistin apuvälineenä.

Asiakkaiden psykososiaalista kuntoutusta tuettiin Lapin Kuntoutuksen Palvelu-TV:n avulla. Lapin Kuntoutuksen Palvelu-TV:n hyödynnettävyyttä arvioitiin eräänlaisena etäpäivätoimintamuotona. Yksi asiakas kävi kokeilun aikana Lapin Kuntoutuksessa kuntoutusjaksolla. Kotiin palattuaan hän osallistui Palvelu-TV:n ohjelmiin. Tutut työntekijät lisäsivät vuorovaikutukseen syvyyttä ja motivaatiota osallistumiseen. Palvelu-TV:n ohjelmiin osallistuneiden ikäihmisten keskinäinen vuorovaikutus lisääntyi. Palvelu-TV:n ei kuitenkaan koettu soveltuvan kaikille ikäihmisille. Keskeistä on tunnistaa asiakkaat, jotka hyötyvät palvelusta.



Kuvio 14 Teknologiavälitteiset muistisairaan etäpalvelut kuvapuhelimella

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Etäpalvelumahdollisuutta kannattaa harkita tarjottavan kotona asuvalle muistisairaalalle ja hänen läheiselleen esimerkiksi seuraavasti:

1. Lääkehoidon siedettävyyden ja tehon arviointi 6–8 kk diagnoosin jälkeen

2. Diagnostinen käynti, esimerkiksi geriatrin etäkotikäynti
3. Etälääkärin yhteys hoitopaikkoihin, esimerkiksi sovitut seurantakäynnit
4. Muistikoordinaattorin kannustus mm. kuntouttavaan toimintaan ja informointi esim. muistiyhdistysten monipuolisesta toiminnasta
5. Tukikeskustelut sairastuneen kanssa: miten on mennyt, tukipalvelujen ja etuuksien järjestäminen jne.
6. Asiakasperhe voi ottaa tarvittaessa yhteyttä ajankohtaisissa asioissa muistikoordinaattoriin
7. Kotihoidon etäkotikäynnit, mahdolliset kotikuntoutuskäynnit ja muut etäpalvelut sovitusti

Etäpalvelun järjestäminen on harkittava moniammatillisesti ja asiakkaan kokonaisvaltaisten tarpeiden pohjalta. Mikäli ikäihminen joutuu esimerkiksi käynnistämään laitteen uudestaan, on muistin oltava riittävällä tasolla. Käyttäjien kyvyistä riippumaton teknologia nouseekin ratkaisemaan rooliin, jolloin ikäihmiseltä itseltään ei vaadita mitään laitteen toiminnan osalta. Tekniset käyttöjärjestelmät toimivat ja ylläpidetään ilman laitteen käyttäjän panosta.

SEURAAVIA ASIOITA ON HYVÄ HUOMIOIDA KUVAPUHELINPALVELUA MUISTISAIRAILLE SUUNNITELTAESSA:

1. Näkökyvyn tulee olla sellainen, että näkee lukea sanomalehtitekstiä. Kuulolaite ei ole este. Korkea ikä ei ole este.
2. Kiinnostusta kuvapuhelimen käyttöön on hyvä olla.
3. Jos omainen sitoutuu auttamaan, voi vähemmänkin kuvapuhelimen käytöstä kiinnostunut hyötyä laitteesta.
4. Kuvapuhelimen käyttöön opastaminen on erittäin tärkeää. Avunsaanti ongelmatilanteissa, on erityisen tärkeää. Asiakkaalla on hyvä olla yksi puhelinnumero, johon voi tällaisissa tilanteissa soittaa.
5. MMSE-pisteitä voidaan käyttää arvioinnissa, mutta MMSE-pisteissä tulee huomioida henkilön lähtötaso sekä se, mistä pisteet ovat vähentyneet. Alla MMSE-rajat Alzheimerin taudin eri vaiheissa.

NIITÄ VOIDAAN HYÖDYNTÄÄ ARVIOITAESSA LAITTEEN KÄYTTÖMAHDOLLISUUKSIA ASIAKKAALLA

- Lievä Alzheimerin tauti MMSE 26–18, CDR 0,5–1: Laitetta voi hyvin suositella käytettäväksi itsenäisesti.
- Keskivaikea Alzheimerin tauti MMSE 22–12, CDR 1–2: Keskivaikean taudin edettyä lähemmäs vaikeaa vaihetta, ei laitteen itsenäinen käyttö enää onnistu.
- Vaikea Alzheimerin tauti MMSE 12–0, CDR 2–3: Laitteen käyttö ei onnistu avustettunakaan.
- MMSE 17/30 on viitteellinen raja, jolloin yksin asuvan kotona selviytyminen avustettunakin on epävarmaa. Tässäkin on otettava huomioon henkilön lähtötaso ja se, mistä miinus-pisteet ovat tulleet.

Reaaliaikainen mittaustulosten siirtäminen hoitajien ja lääkärin käyttöön hoidon arviointiin ja toteutukseen olisi tulevassa maakunnassa tarpeen. Myös asiakas pystyy paremmin ja luotettavammin seuraamaan omaa terveydentilaansa, kun mittaustulokset ovat käytettävissä sähköisesti. Kotiympäristössä toteutettavat mittaukset esimerkiksi verenpaineen osalta voivat myös olla luotettavampia kuin niiden mittaaminen terveyskeskuksessa, jonne täytyy siirtyä erikseen ja jossa muita häiriötekijöitä on enemmän. Tavoitteena on mittaustulosten tallentuminen suoraan Omakanta-palvelun Omatietovarantoon, jonne ammattilaisille voi antaa katseluoikeuden.

VERENSOKERIMITTAUSKOKEILUT SALLASSA JA ROVANIEMELLÄ

Hankkeessa kokeiltiin Glucostratus Oy:n verensokerimittareita kahdessa kunnassa, Sallassa kolmella ja Rovaniemellä kahdella kotihoidon asiakkaalla. Kokeiluissa käytettiin mobiilidatayhteyden sisältävää Smart-verensokerimittaria, joka on jatkuvasti yhteydessä terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettuun Balance Professional -pilvipalveluun mahdollistaen verensokeriarvojen ja muiden diabetekseen liittyvien terveystietojen tehokkaan ja helpon etäseurannan. Verensokerin mittaustulokset siirtyvät hoitohenkilökunnan nähtäväksi automaattisesti ja reaaliaikaisesti.

Verensokerimittaukset Smartin avulla onnistuivat hyvin ja Balance-palvelussa oli selkeä potilaslista ja siinä "kriittiset ilmoitukset" hypo-/hyperarvoista. Potilaskohtaisista sivuista myös pidettiin, sillä siitä näki esimerkiksi listauksen asiakkaan ottamien sokerikokeiden määrästä ja ajankohdista. Balance-palvelun sivuille olisi kaivattu vielä potilaan käyttämä diabeteslääkitys. Kehitettävänä asiana nähtiin mittaustulosten siirtyminen suoraan potilastietojärjestelmään, mikä olisikin mahdollista toteuttaa seuraavassa kehitysvaiheessa. Tarve tälle olisi hyvä arvioida tulevassa maakunnassa.

► TOIMENPIDE-EHDOTUS

Reaaliaikainen mittaustulosten siirtäminen hoitajien ja lääkärin käyttöön hoidon arviointiin ja toteutukseen olisi tulevassa maakunnassa tarpeen.

” ETÄPALVELUN JÄRJESTÄMINEN ON HARKITTAVA MONIAMMATILLISESTI JA ASIAKKAAN KOKONAISVALTAISTEN TARPEIDEN POHJALTA.

4

OSALLISUUDEN TOTEUTUMINEN



4.1 ITUJA YHTEISEEN KEHITTÄMISEEN

Hankkeessa työstettiin vapaaehtoisvoimin organisoitua asiointi-, saattaja- ja ulkoiluapumallia Länsi-Pohjassa. Paikallinen eläkeläisyhdistys on jo vuosia toiminut yhteistyössä suunnitelmallisesti kotikuntansa, Keminmaan, kotihoidon ja palveluasumisyksiköiden henkilöstön kanssa. Vapaaehtoisten apua tarjotaan niille, jotka eivät muutoin pääse asioimaan kotinsa ulkopuolelle.

Edellä kuvatun palvelun rinnalla oli ammatillisesti johdetun asiointiavun mallinnus, joka toteutettiin Rovaniemellä yhteistyössä Neuvokkaan välityskeskuksen, Rovaniemen kotihoidon sekä vapaaehtoisten kanssa. Prosessin kuvaus tehtiin QPR ProcessDesigner-ohjelmaa hyödyntäen ja se tullaan julkaisemaan Neuvokkaan sivuilla, Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen sivuilla (www.sosiaalikollega.fi).

Tavoitteena on myös tehdä (asiointiapu-)palvelupyynnöistä sähköinen versio, jolloin se on asiakkaiden käytettävissä ympäri vuorokauden.

Hankkeessa tavoiteltiin muutaman kunnan kanssa kirkonmenojen järjestämistä ikäihmisten koteihin Arctic Connect Oy:n kuvapääteen avulla. Kokeilussa ei vielä päästy suunnitelmia pidemmälle. Seurakunnan palveluja on kyllä mahdollista välittää ikäihmisten koteihin etäteknologiaa hyödyntäen, kunhan tarvittavat resurssit ovat kaikilla osapuolilla riittävät.

Kehittäjäasiakkaat ovat olleet mukana palveluneuvonnan ja asiakasohjauksen kehittämisosiossa alueellisen neuvonnan ja asiakasohjausmallin suunnittelussa, asiakaspalautteen kehittämisessä sekä sähköisten lomakkeiden suunnittelussa. He ovat osallistuneet myös lausunnon antamiseen valinnanvapauslakiin liittyen. Kotihoidon asiakasmaksuista pidettiin omat keskustelu-/kehittäjäkahvilatyypiset tilaisuudet eri puolilla Lappia. Näemme tärkeänä asiakkaiden osallistumisen ja oman näkökantansa kertomisen niin suurten kuin pientenkin asioiden suunnittelussa.

Yhdymme Asta Niskalan ja Marjaana Kirjavaisen (2018) ajatuksiin siitä, että asiakkaat voi ottaa mukaan tekemään konkreettista yhteistyötä palvelun järjestäjän kanssa. Aloite uuden palvelun tai vanhan parantamiseen voi tulla mistä tahansa tai keneltä tahansa. Yhtenäiset ja sujuvat palveluketjut tarvitsevat monialaista yhteistyötä. Ilman asiakkaan osallisuutta palveluketjusta voi tulla irrallinen ja asiakkaan tarpeisiin sopimaton. Palvelun järjestäjän tulee huomioida yhteistyö asiakkaiden, henkilöstön, esimiesten ja päättäjien välillä. Yhteistyössä muodostettu toimintaprosessi ja -tapojen uudistaminen toimii kehittämisen, toiminnan, päätöksenteon ja tutkimuksen perustana. (Niskala & Kirjavainen 2018, 4–6.)

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Palvelun avaaminen yhteiskehittämisen menetelmällä toi uusia ideoita ja jäntevöittää tulevaisuudessa toimintaa puolin ja toisin, kun kaikki osapuolet ovat palveluprosessissa mukana. Kukaan vapaaehtoinen ei pidemmän päälle pärjää yksin, vaan valmennus, koulutus ja monialainen työnohjauksellinen tuki ovat tarpeen.

Molempien prosessien kuvaaminen tuo esille kaikkien prosessiin sisältyvien työtehtävät ja tekee näkymätöntä työtä näkyvämmäksi. Palvelun kuvaaminen helpottaa myös yhteistyökumppaneille ja taustajärjestölle laadittavaa raportointia sekä laadun seurantaa ja arviointia.

Mallit ovat levitettävissä muillekin alueille ja kummassakin tarvitaan koordinoijaa. Tietyntasoinen sopimuksellisuus auttaa kuntatoimijoita luottamaan järjestön tuottamaan palveluun. Mitattavat, arvioitavat tiedot auttavat palvelukokonaisuuksien suunnittelussa.

4.2 VAPAAEHTOINEN TUKEMASSA OSALLISUUTTA

Hankkeessa kokeiltiin yhteistyössä Rovaniemen kotihoidon ja Neuvokkaan kanssa kuvapuhelimen välityksellä Mitä sinulle kuuluu? -palvelua. Kuvapuhelin antaa mahdollisuuden ”kasvokkaiseen” kanssakäymiseen vapaaehtoisen kanssa keskustelun ollessa hyvin vapaamuotoista. Kuvapuhelinpalveluna toteutettu Mitä sinulle kuuluu? -toiminta tarjoaa vapaaehtoiselle uudenlaisen tavan toteuttaa tukihenkilötoimintaa ja tehdä vapaaehtoistyötä. Toiminnasta kerätään arviointi- ja seurantatietoa vapaaehtois-työnkeskuksen toimesta.

Johtopäätöksinä kokeilusta toteamme, että yhteydenotto vähentää yksinäisyyden tunnetta ja virkistää kotona asuvan ikäihmisen arkea. Yhteydenpito lisää asiakkaan osallisuuden kokemusta ja elämäntuntemuksen ja -tarinoiden jakaminen luottamuksellisessa suhteessa on mahdollista.

Vuorovaikutussuhde syntyy ja toimii hyvin etäyhteydelläkin. Kokeilusta kerätyn arviointi- ja seurantatiedon perusteella puhelujen kestot pidentyivät tutustumisvaiheen jälkeen. Puhelujen kestot olivat keskimäärin 45 minuuttia, pisimmillään lähes 1,5 tuntia. Vapaaehtoisilta saadun palautteen mukaan

tukihenkilötoiminta kuvapuhelimen välityksellä on intensiivistä, antoisaa ja voimaannuttavaa molemmien puolin. Lopuksi tehtiin jopa virtuaalihalauksia.

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Kuvapuhelin soveltuu vapaaehtoistoiminnan tai ystäväpalvelun työvälineeksi. Tulevaisuudessa tällainen palvelu voi olla järjestöjen tarjoamaa tukipalvelua, mutta myös kotihoidon välittämää tukipalvelua, sillä kuvapuhelin mahdollistaa myös etäkotihoidon käyntejä (ks. etäkotihoito). Voidaan tukea erityisesti yksinäisyydestä kärsiviä asiakkaita, jotka voivat asua pitkienkin välimatkojen päässä keskustasta.

Palvelua tarvitseva asiakas itse voi lainata esimerkiksi kirjastosta itselleen tarvittavan laitteen ja lainattava kuvapuhelinlaite voisi pitää jo itsessään sisällään tällaisen vapaaehtoisvoimin tuotetun ystäväpalvelun.

4.3 VANHUSNEUVOSTOJEN OSALLISUUS

Hankkeessa on jatkettu SenioriKaste -hankkeessa aloitettua vanhusneuvostojen alueellisen yhteistyö-mallin toteuttamista. Kuntien vanhusneuvostot ovat tavanneet toisiaan suunnitelman mukaisesti videovälitteisesti kahdesti vuodessa. Toiminnan koordinoitua on toteutettu I & O -muutosagentin ja Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeen yhteistyönä. Vanhusneuvostojen roolia ikäihmisten palveluiden asiantuntijoina ja kehittäjinä on haluttu vahvistaa. Vanhusneuvostot ovat antaneet arvokkaita palvelujen kehittämisen tueksi sekä suullisia että kirjallisia kommentteja ja lausuntoja.

SEURAAVASSA TÄRKEIMPIÄ KÄSITELTYJÄ AIHEITA:

- Kotihoidon myöntämisen periaatteet
- Maakunnalliset omaishoidon tuen myöntämisperusteet
- Kotikuntoutuksen toimintamallin kehittäminen
- Vanhusneuvostojen rooli tulevaisuuden palvelujen suunnittelussa
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019
- Maakunnan sote-valmistelun lyhyt tilannekatsaus
- Lisäksi vanhusneuvostoille on esitelty Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja kaikenikäisten omaishoitoa -kärkihankkeen ja Toimiva kotihoito Lappiin – monimuotoiset tuen muodot kotona asumiseen -hankkeen toimintaa

► TOIMENPIDE-EHDOTUS

Tulevassa maakunnassa jatketaan vanhusneuvostojen osallisuutta tukevaa toimintaa.

5

OSAAMISEN JA JOHTAMISEN KEHITTÄMINEN MUUTOKSESSA



5.1 VERKOSTOT JA VALMENNUKSET OSAAMISEN VAHVISTAJINA

Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeen tavoitteena oli kehittää osaamista ja johtamista muutoksessa. Siihen liittyen on koordinoitu erilaisia toimijoiden verkostoja (mm. kotihoidon henkilöstö, teknologiavastaavat) ja järjestetty työpajoja ajankohtaisten teemojen ympärille.⁵ Verkostoihin ja työpajoihin osallistunut henkilöstö ja johto ovat olleet aktiivisia ja sitoutuneita, sillä käsitellyt asiat ja verkostojen olemassaolo on koettu tärkeiksi. Verkostot haluavat jatkaa yhteydenpitoa ja yhteisten toimintamallien kehittämistyötä edelleen.

- Osaamista on vahvistettu järjestämällä valmennuksia henkilöstölle ja esimiehille eri sisältoalueista. Valmennukset on järjestetty verkossa (video- ja Skype-yhteyksin). Valmentajina on toiminut asiantuntijoita eri aloilta ja eri aiheista. Valmennuksiin osallistui syksyllä 2017 yhteensä 612 ammattilaista (16 valmennuskertaa) ja keväällä 2018 yhteensä 439 osallistujaa (18 valmennuskertaa).
- Teknologiateemaisia valmennuksia järjestettiin hankkeen toimesta 39 valmennuskertaa ja niihin osallistui 274 henkilöä. Sävelsirkun lisävalmennuksia pidettiin vielä erikseen kuntiin kohdennettuina. HoivaTurvan osalta valmennuksia käynnistettiin kesän 2017 jälkeen kuntakohtaisesti ja niissä valmennettiin toistasataa (n. 150) työntekijää. Lääkäreille pidettiin erikseen Teknologia tutuksi -valmennus yhteistyössä Ikäosaamiskeskuksen kanssa. Sentinan helppokäyttöversion valmennukset ajoittuivat keväälle 2018 ja niihin osallistui noin neljä-

⁵ www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/toimiva-kotihoito-lappiin/valmennukset-ikaihmissen-palveluiden-henkilostolle-ja-niiden-materiaalit

kymmentä työntekijää. Kuntakohtaisia valmentavia palaverieita pidettiin tarpeen mukaan. Näissä oli mukana yritykset sekä yliopisto.

- Saamenkielinen henkilöstö on verkostoitunut ja kokoontunut kerran kuukaudessa, käsitellyt teemoja ovat olleet muun muassa ”Näin meillä – miten teillä?”, palveluneuvonta, yksinäisyys, osallisuus ja muistisairaudet

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

Hankkeen päätyttyä turvataan kotihoidon henkilöstön ja johdon osaamisen ylläpito ja jatkuva kehittäminen. Myös saamenkielinen henkilöstö huomioidaan. Kotihoidon verkosto jatkuu ja siihen nimetään kunnista vastuuhenkilöt, ellei maakunnan yhteistyössä osoiteta siihen muuta koordinoitiresurssia.

5.2 MUUTOS VAATII JOHTAJUUTTA

Hankkeessa on kannustettu kuntien kotihoidon johtoa ja henkilöstöä ajattelemaan ja toimimaan uudella tavalla. Muutosjohtaminen ja kuntien sitoutuminen on vaihdellut paljon. Muutos on oikealla tiellä. Se vaatii johtamista, resursseja ja aikaa. Toiminnan muuttaminen ei tapahdu hetkessä. On huomioitavaa, että uusia toimintatapoja käyttöönotettaessa voi resurssien tarve alussa lisääntyä. Tahtotila nykyisten toimintatapojen muuttamiseen on keskeistä, samoin halu kehittää uudenlaisia palveluja ja ymmärrys siitä, että esimerkiksi teknologialaitteiden käyttöönotto vaihe lisää työtä, kun yhtä aikaa toteutetaan sekä vanhaa että uutta toimintatapaa. Teknologiavälitteisten vanhuspalveluiden kehittämisessä kyse ei ole niinkään laitteen käyttöönotosta, joka sekin itsessään voi jo olla vaativa asia kunnille. Valmennuksista huolimatta henkilöstö tarvitsee uuden asian omaksumiseen asioiden kertaamista ja toistoja erityisesti teknologian osalta. Kuntakohtaisesti räätälöidyt valmennukset ja työkokoukset tehostavat uuden toimintakäytännön omaksumista ja juurtumista arkeen. Valtakunnallisen sote-uudistuksen lainsäädäntövalmistelun ja lainsäädännön lykkääntyminen on riski uusien toimintamallien laaja-alaiselle juurtumiselle.

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

On erittäin tärkeää, että muun muassa tässä käsikirjassa kuvattuja toimintamalleja lähdetään rohkeasti ja yhteistuumin toteuttamaan sekä tarvittaessa jatkokehittämään, vaikka sote-uudistuksen aloittaminen siirtyi. Työskentelyyn tarvitaan tulevaa maakuntaa, kuntia, kuntayhtymiä, järjestöjä ja yksityisiä palveluntuottajia. Erityisesti johdon panos muutoksen johtamisessa on välttämätön edellytys uuden toimintamallin juurtumisessa. Tarvitaan henkilöstön ja asiakkaiden yhteiskehittämistä ja yhteistä tahtoa toimeenpanoon.

Kotihoidossa on tärkeää analysoida nykyiset toimintatavat ja tunnistaa uudet palvelumuodot, toimintamallit ja -alueet. Palveluneuvonnan ja asiakasohjauksen merkitys kasvaa tulevaisuudessa. Kuntoutumisen mahdollisuudet tulee selvittää aina ensisijaisesti ja varata siihen riittävät resurssit.

Lähtökohta on ottaa käyttöön tarve- ja käyttäjälähtöisiä palveluita, joita muun muassa teknologia tukee. Teknologia- ja palvelu muodostavat kokonaisuuden, esimerkkinä etäkotihoido. Konkreettiset kehittämissuunnitelmat ja riittävät resurssit mahdollistavat onnistuneet kokeilut.

Uusien teknologia-avusteiden palveluiden käyttöönotto on hyvä aloittaa yritysten toteuttamilla valmennuksilla ja tiedottamisella. Jalkautuminen kuntiin ja yhteiset keskustelut edistävät ymmärrystä uutta teknologiaa kohtaan. Käyttöönottoa edistävät henkilöstön aiemmat myönteiset kokemukset teknologiasta, hyvä tieto ja koulutus aiheeseen ja asiaan perehtynyt kehittäjätyöntekijä tai -työntekijät (esimerkiksi teknologiayhteyshenkilö). Laitteen esittelystä ja rinnalla kulkemisesta huolehtivat tutut kotihoidon työntekijät. Myös palveluneuvojen ja asiakasohjaajien toiminta laitteiden ja palveluiden esittelijänä tulee merkittävämmäksi tulevaisuudessa. Työntekijöiden on silloin ymmärrettävä laitteen merkitys, käyttötilanteet ja asiakkaiden tarpeet. Laitteita markkinoidessa asiakkailta ja omaisilla tulee olla selkeä kuva siitä, mitä laite ja sen käyttö merkitsevät suhteessa palveluun ja niiden perustella käytön hyöty ja vaikuttavuus.

Laitteiden käyttö ja ylläpito täytyy tehdä ikäihmisille, omaisille ja työntekijöille mahdollisimman helpoksi ja heille tulee antaa tukea sekä ohjausta tarpeen mukaan. Omaisilla ja läheisillä on usein oheiskäyttäjän rooli esimerkiksi turvahälytysten vastaanottajina. Ikäihmisen ja heidän omaistensa asenne vaikuttaa paljon. On tärkeää, että he hyväksyvät laitteen käytön ja ymmärtävät sen tarkoituksen. Asiasta selkeästi kertominen, opastaminen ja motivointi palvelun alussa edistää käyttöönoton onnistumista. Laitetoimittajan rooli on edistää etenkin työntekijöiden valmiuksia laitteen käyttöön otossa ja opastamisessa asiakkaille. Lisäksi on huolehdittava asennuksista, päivityksistä, käytön opastuksesta ja tarvittavasta tuesta. Hankkeessa havaittiin, että etäyhteydellä annettava tuki ei aina riitä, vaan usein tarvitaan lähitukea asiakkaan kotiin. Laitetoimittajan on välttämätöntä paneutua asiakaslähtöisten palveluprosessien kehittämiseen yhdessä palveluntuottajan kanssa.

” LAITTEIDEN KÄYTTÖ JA YLLÄPITO TÄYTYY TEHDÄ IKÄIHMISILLE, OMAISILLE JA TYÖNTEKIJÖILLE MAHDOLLISIMMAN HELPOKSI JA HEILLE TULEE ANTAA TUKEA SEKÄ OHJAUSTA TARPEEN MUKAAN.

6

TEKNOLOGIAN KÄYTTÖKOKEMUKSET

6.1 TEKNOLOGIAVIIKON ETÄKOEILUT

Teknologiaviikolla kokeiltiin etäkuntoutusta ja muita etäpalveluita. Hankekonsortio toteutti ONNI-auto-kokeilun yhteistyössä Likellä -hankkeen kanssa. Tavoitteena oli tehdä teknologiavälitteisiä palveluita tutuksi alueen asukkaille. Viikon aikana ONNI-auto pysähtyi viidellätoista Rovaniemen kylällä ja 112 kylien asukasta tutustui palveluihin. Yhdeksälle ONNI-auton pysähdyspaikalle otettiin etäyhteys Lapin ammattikorkeakoulun Rovaniemen ja Kemin kampuksilta. Kaikkiaan 30 opiskelijaa Lapin ammattikorkeakoulusta pääsi osallistumaan teknologiaviikkoon. Opiskelijat saivat olla mukana kokeilemassa etäohjausta osana ammatillista osaamistaan. Fysioterapiaopiskelijat ohjasivat etänä tasapainoharjoitteita, geronomiopiskelijat haastoivat osallistujia muistiin ja aivojumppaan liittyvillä tehtävillä ja hoitotyön opiskelijat antoivat ravitsemukseen liittyvää neuvontaa. Yhdeltä pysähdyspaikalta otettiin yhteyttä myös Nestorin palveluneuvontaan Rovaniemelle. Palveluohjaaja antoi muun muassa neuvoja, miten toimia asiointipalveluhakemuksen kanssa.

Teknologiaviikko koettiin yleisesti onnistuneeksi ja kokeilun avulla saatiin arvokasta tietoa etäyhteyksillä toteutettavien palveluiden kehittämiseen. Esille nousi erilaisia osaamisen kehittämiseen liittyviä tarpeita ja samalla tunnistettiin etäohjauksessa käytettäviin laitteisiin liittyviä vaatimuksia. (Arolaakso 2017.)

6.2 TEKNOLOGIOIDEN KÄYTTÖ KOTONA ASUMISEN TUkena

PILVIKKI LANTELA, MARJO OUTILA, LEILA MUKKALA & SARI AROLAAKSO

Toimiva kotihoito Lappiin -hankkeen kehittämistyön yhtenä ohjaavana periaatteena oli eri osapuolten tiedon ja osaamisen arvostaminen. Hankkeessa kerättiin teknologiakokeilujen yhteydessä tietoa työntekijöiltä, ikääntyneiltä itseltään ja heidän läheisiltään.

Työntekijöiden kokemuksia selvitettiin kyselyillä ja haastatteluin. Ikääntyneiden kokemuksia selvitettiin kokeilun eri vaiheissa haastatteluin. Myös ikääntyneiden omaisilta saatiin tietoa näiden haastattelujen yhteydessä. Lisäksi omaisia haastateltiin päättäneiden laitekokeilujen yhteydessä.

Kokeiluja tehtiin 20 kunnassa ja niiden piirissä oli noin 300 ikäihmistä. Laitekokeilussa olleet ikäihmiset olivat pääasiassa kotihoidon asiakkaita. Asiakkaita tuli mukaan myös kuntoutustiimin, palveluneuvonnan, kotisairaanhoidon, fysioterapeutin tai terveyskeskuksen kautta. Kokeilut kestivät alle kuukaudesta yli puoleen vuoteen.

Teknologiaa arjen ehdoilla, ei arkea teknologian ehdoilla Kotona asumisen tukeminen teknologisilla apuvälineillä on mahdollista, jos 1. apuvälineet vastaavat ikääntyneiden todellisiin tarpeisiin 2. laitteet ja tietoliikenneyhteydet toimivat 3. laitteisiin perehdytys on kaikille osapuolille riittävää 4. tukea ja ohjausta on tarvittaessa saatavilla 5. kehitystyöhön on riittävästi resursseja kuntatasolla		
Ikääntyneet	Läheiset	Työntekijät
Sävelsirkussa mielenkiintoisia sisältöjä, omatoimisesta käytöstä vain vähän käyttökokemuksia HoivaTurva toi turvallisuuden tunnetta Kuvapuhelinkokeilussa tärkeää yhteys omaisiin, kotihoidon etäkäynnit toimiva käytäntö, haasteena tekniset ongelmat	HoivaTurva toi turvallisuuden tunnetta ja antoi tietoa ikääntyneestä. Haasteena turhat hälytykset ja tekniset ongelmat Kuvapuhelinkokeilussa tärkeää kuvayhteys ikääntyneeseen	Sävelsirkku oli apuväline ikääntyneiden aktivoinnissa HoivaTurvan avulla oli mahdollista seurata ikääntyneiden aktiivisuutta ja vuorokausirytmää. Haasteena turhat hälytykset ja tekniset ongelmat. Kuvapuhelinkokeilussa kotihoidon etäkäynnit toimiva käytäntö

Kuvio 15 Kokemuksia teknologian hyödyntämisestä kotona asumisen tukena

KOKEMUKSIA SÄVELSIRKUSTA

Yksi hankkeessa kokeiltu teknologiavälitteinen palvelu oli Sävelsirkku, joka on digitaalinen, mieltä ja kehoa kuntouttavia ohjelmia tarjoava suoratoistopalvelu.

■ ■ [V]ANHOJA MITÄ SIELTÄ kasetilta tulee, mikä se oli se kerranki semmone yksi, se oli aivan semmosta elävää elämää mulla” 89-vuotias mies

Sävelsirkun käytön tavoitteena oli ikääntyneiden fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen kuntoutus, tai vuorovaikutuksen luominen työntekijän ja asiakkaan välille. Työntekijät kokivat Sävelsirkun käyttämisen helpoksi, eikä sen käytössä ilmennyt ongelmia. Työntekijöiden mukaan palvelu tuotti asiakkaille iloa, lisäsi heidän aktiivisuuttaan ja virkisti heidän mielialaansa. Sävelsirkku soveltui hyvin ikääntyneiden aktivoimiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen. Palvelusta oli hyötyä erityisesti toimintatuokioiden järjestämisessä - se toi niiden sisältöön monipuolisuutta ja uusia ideoita.

Sävelsirkun alkuperäinen, työntekijöiden käyttöön suunniteltu, versio toimi hankkeessa kehittämistyön pohjana. Se osoittautui monelle ikääntyneelle liian vaikeaksi käyttää. Kokeilujen ja palautteen pohjalta hankkeen aikana kehitettiin helppokäyttöversio ikääntyneiden omaehtoiseen käyttöön. Helppokäyttöversiosta ei ehditty kerätä käyttökokemuksia hankeaikana.

Ikääntyneet kokivat Sävelsirkun tarjonnan mielenkiintoiseksi ja käyttäessään ohjelmia pitivät niiden sisällöistä. Mielenkiinto ohjelmatarjontaa kohtaan ei väistämättä kuitenkaan johtanut Sävelsirkun aktiiviseen käyttöön. Tähän saattoi olla syynä vaikeus käyttää teknologista välinettä tai muuttaa totuttuja tapoja. Moni ikäihminen on tottunut viihdyttämään itseään radion ja television avulla, ja Sävelsirkku saatetaan rinnastaa näihin tuttuihin virikkeisiin. Ikääntyneille tulisi selvittää, millaista lisätua uudet palvelut, kuten Sävelsirkku, heille tarjoavat.

KOKEMUKSIA HOIVATURVASTA

Toinen hankkeessa käytetty teknologiavälitteinen palvelu oli HoivaTurva, joka on kotiin asennettava etäseurantajärjestelmä. HoivaTurva-kokeilut käynnistettiin pääosin ikäihmisten heikentyneen toimintakyvyn ja/tai terveydentilan vuoksi. Kokeilulla pyrittiin tukemaan kotona asumista ja saamaan tietoa ikääntyneen arkiaktiivisuudesta. Häilytyksiä vastaanottivat yleisimmin omaiset tai kotihoito, ja joissakin tapauksissa nämä yhdessä, vartiointiliike tai henkilökohtainen avustaja.

■ ■ [O]N NIIKU turvallist yhtäkkii” 86-vuotias nainen

Ikääntyneiden näkökulmasta HoivaTurva-kokeilut olivat onnistuneita. Vaikka ikääntyneet saattoivat kokeilun alussa pohdiskella mitä kaikkea laite rekisteröi, suurin osa tottui laitteen läsnäoloon kodissa nopeasti. Laitteen suurin hyöty ikääntyneille oli sen luoma turvallisuuden tunne.

Laite lisäsi myös omaisten turvallisuuden tunnetta. Se antoi niin omaisille kuin työntekijöille tietoa ikääntyneiden aktiivisuudesta sekä avun- ja hoidontarpeesta. Työntekijöille laitteesta oli hyötyä erityisesti asiakkaiden aktiivisuuden ja vuorokausirytmien, sekä yöaikana tapahtuvan toiminnan seurannassa. Laite hyödytti erityisesti ilta- ja yövuoroissa, jolloin henkilökuntaa oli vähän. Työntekijöiden mukaan järjestelmä voi mahdollistaa kotona asumisen pidempään varsinkin, jos omaiset ovat tiivistä mukana ikääntyneen arjessa.

■ ■ [N]E TURHAT HÄLYTYKSET sitten on, tekee sen, että niin tuota, ei sillä tavalla välttämättä luota siihen.” Omainen

Ikääntyneet pohtivat yksityisyytensä rajoja: mitä tietoja laite rekisteröi ja kenellä on pääsy tietoon? Ennen laitteen asennusta ikääntyneen täytyy määritellä oma päivärytmensä. Tämä oli monissa tapauksissa haastavaa ja laitteen säätöjä oli vaikeaa optimoida kohdilleen. Laitteita olisi olennaista kehittää asiakaslähtöisesti, asiakkaan elämänrytmistä ja tarpeista käsin. Teknologia tulisi mukauttaa ikääntyneen arkeen, ei toisinpäin.

Omaisten ja työntekijöiden tyytyväisyys HoivaTurvaan vaihteli. Jotkut olivat tyytyväisiä, mutta monien mielestä laitteen tekninen toimivuus oli puutteellista ja kehitystyön koettiin olevan vielä kesken. Laitteiden optimoinnista huolimatta vääriä hälytyksiä oli runsaasti, ja osa kokeiluista päättyi niiden vuoksi. Väärät hälytykset turhauttivat ja aiheuttivat epätietoisuutta omaisille ja työntekijöille, eikä kaikkiin hälytyksiin pystytty reagoimaan. Myös laitteiden toimintavarmuus ja tekniset ongelmat, kuten heikot tietoliikenneyhteydet vaikeuttivat laitteen käyttöä. Niin työntekijöiden kuin omaistenkin mukaan ongelmiin ja yhteydenottoihin ei reagoitu riittävällä nopeudella.

HoivaTurvan käyttöönotto oli kotihoidolle työlästä. Järjestelmän todellinen hyödyntäminen vaatii hyvää suunnittelua ja resursointia henkilöstöön. Säästöt ovat mahdollisia vasta alkuinvestointien ja uuden opetteluun jälkeen. Kunnissa toivottiin teknologiakeskusta, josta olisi nopeasti saatavilla erityisosaamista ja tukea kuntien tarpeisiin. Laitteen optimointi vaatii tiivistä yhteistyötä ja avointa keskustelua kotihoidon, ikääntyneen, omaisen ja laitteen ohjelmoijan välillä. Laite ei sovellu henkilöille, joiden vuorokausirythmi vaihtelee kovasti.

KOKEMUKSIA KUVAPUHELIMESTA

Kolmas hankkeessa käytössä ollut teknologiavälitteinen palvelu on Kuvapuhelin, joka on kosketusnäytöllä toimiva näyttöpäätte. Kuvapuhelinkokeilujen avulla pyrittiin tukemaan ikäihmisten kotona asumista ja heidän terveydenhoitoaan, lievittämään yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteita sekä tuomaan vaihtelua ja ajankulua ikäihmisten arkeen. Näihin tavoitteisiin pyrittiin erilaisten ohjelmäsäiltöjen avulla ja mahdollistamalla kuvapuhelinyhteyksiä läheisiin ja sukulaisiin, terveyskeskukseen tai palvelutaloon sekä kolmannen sektorin toimijoihin. Kokeilussa kehitettiin myös kuntoutuksen etäkäyntejä ja etälääkäritoimintaa.

■ ■ **NE OTTIVAT SIELTÄ** yhteyttä tuohon ja sieltä näky kaikki ne minun vanhat saunat ja tuvat [...] Se oli todella liikuttavaa, että siinä tuli kaikki kolmen 40 vuojen muistot sit.” 91-vuotias nainen

Useat ikäihmiset kokivat kuvapuhelimen peruskäytön, eli laitteen päälle laittamisen ja puheluihin vastaamisen, melko helpoksi. Yhteys lapsiin ja lapsenlapsiin oli erittäin merkityksellistä ja ilahduttavaa ikäihmisille. Kuvapuhelimen avulla ikääntyneillä oli myös mahdollisuus päästä osalliseksi itselle tärkeäksi koettuihin, mutta elämäntilanteesta johtuen menetettyihin asioihin tai saada uudenlaista tukea arkielämään ja toimintakyvyn ylläpitoon esimerkiksi Lapin kuntoutuksen ja Sävelsirkun ohjelmien kautta. Lapin Kuntoutuksen ohjelmiin osallistuminen tarjosi myös sosiaalista kanssakäymistä muiden ohjelmiin osallistuneiden ikääntyneiden kanssa.

Omaisten näkökulmasta kuvapuhelimen käyttö helpotti ja monipuolisti ikäihmisen ja omaisen arkea ja yhteydenpitoa. Kasvokkaisen yhteyden myötä omaisten oli helpompi osallistua ikääntyneiden arkeen ja tarvittaessa ohjata, neuvoa tai seurata ikäihmisen elämää. Tämä helpotti erityisesti etäällä asuvien omaisten huolta vanhempansa tilanteesta.

Kuvapuhelin tuki ja helpotti myös työntekijöiden ja ikäihmisten välistä yhteydenpitoa. Etäkäynti helpotti kotihoidon tilannetta erityisesti iltakäyntien osalta suhteessa etäalueilla asuviin asiakkaisiin. Se soveltui hyvin lääkkeenoton muistutukseen, tarkistamiseen tai ohjaukseen ja myös ikääntyneiden kokemukset kotihoidon etäkäynneistä olivat myönteisiä. Kuvapuhelimen käyttöä helpotti joissakin tapauksissa se, että kuvapuhelinyhteys oli mahdollista avata etänä.

■ ■ **OLEN KATTONU**, mutta en saa joka aamu pellaamaan tuota konetta. [naurahtaa] Se on ollu, tuota, vähän hakusesa.” 88-vuotias nainen

Vaikka kuvapuhelin oli ikääntyneille peruskäytön osalta helppokäyttöinen, esimerkiksi ohjelmien katsominen tai niihin osallistuminen tai kuvapuhelimella soittaminen ei ollut käytännössä helppoa tai yksinkertaista. Uuden oppiminen oli hidasta ja tuntui osalle vaikealta. Joissakin tapauksissa kokeilu päättyi, sillä ikäihminen ei oppinut käyttämään laitetta tai kokenut siitä olevan hyötyä itselleen. Uuden opettelussa korostui toiston merkitys – ikäihmiset toivoivatkin säännöllistä harjoitusta, perehdytyksen toistamista ja sosiaalista tukea laitteen käytön opettelussa.

Monet ikäihmiset olivat epävarmoja omasta osaamisestaan, sillä sähköisen toimintaympäristön toimintalogiikka oli heille entuudestaan vierasta. Ongelmatilanteissa moni oli riippuvainen muiden, esimerkiksi kotihoidon tai omaisten avusta. Osassa tapauksia ikäihmiset saivat apua laitteen toimittajalta tai teknologiayhdyshenkilöltä.

Kuvapuhelimen kohdalla esiintyi jonkin verran yhteysongelmia: ääni tai kuva pätki tai katosi kokonaan. Työntekijät kokivat juuri laitteen toimintavarmuuteen ja tietoliikenneyhteyksiin liittyvät ongelmat ko-

keilussa haastavimmiksi. Joissain tapauksissa työntekijät kokivat saaneensa apua laitteen toimittajalta, mutta erityisesti teknistä tukea ongelmien ratkaisemiseksi olisi tarvittu vielä enemmän. Omaislisenssi ei toiminut kaikissa älypuhelimissa, joten sitä ei saatu välttämättä toimimaan. Lisäksi työntekijät eivät aina tiedäneet, olivatko asiakkaiden laitteet toimintakunnossa. Joissakin tapauksissa asiakas irrotti päätteen johdon seinästä tai sulki kameran luukun ja laite oli useita päiviä kiinni.

ONNISTUNEEN KEHITTÄMISTYÖN EDELLYTYKSET

- Eri sidosryhmien kokemusten ja näkemysten kuunteleminen ja tämän tiedon hyödyntäminen kehitystyössä. Kehittämisen tulee kiinnittyä mukanaolevien ihmisten todellisiin tarpeisiin.
- Palvelujen kohdentaminen varhaiseen vaiheeseen, jolloin kotona asuminen ei vielä ole uhattuna.
- Kehittämistyön strateginen suunnittelu ja ohjaus kuntatasolla. Teknologiavälitteisten palvelujen käyttöönotto vaatii koko palvelurakenteen kehittämistä.
- Riittävät henkilöstöresurssit kehitystyöhön.
- Riittävästi aikaa ja resursseja henkilökunnan ja ikääntyneiden perehdytykseen ja koulutukseen. Ohjausta ja tukea tulee olla saatavilla myös perehdytyksen jälkeen!

KEHITYSIDEOINA

- Keskitetty teknologiavalvomo, joka seuraa laitteiden tilaa ja mahdollisia teknisiä ongelmia ja mahdollistaa ajantasaisen tiedonkulun omaisille ja työntekijöille.
- Palveluneuvonnan ammattilaiset, jotka osaavat tunnistaa kotiteknologiasta mahdollisesti hyötyvät asiakkaat.
- Teknologiayhdyshenkilö, joka koordinoi laitekokeiluja kunnassa.

7

SAAMELAISUUS JA SAAMEN KULTTUURI KOTIHOIDON PALVELUISSA



Saamelaiset ovat Euroopan unionin alueen ainoa alkuperäiskansa. Saamelaisten kotiseutualueeseen kuuluvat Utsjoen, Inarin, Enontekiön kunnat sekä Sodankylän pohjoisosat. Saamelaisista noin 10 000 asuu Suomessa. Yhteensä saamelaisia on noin 100 000 Norjassa, Ruotsissa, Venäjällä ja Suomessa. Saamenkieliä on kolme: pohjois-, inarin- ja koltansaame. Saamelaisten alkuperäiskansa-asema on määriteltävy Suomen perustuslaissa (731/1999) ja kielilaissa (1086/2003) säädetään oikeudesta ylläpitää ja kehittää omaa kieltään. Saamelaisilla on kotiseutualueellaan kieltään ja kulttuuriaan koskeva perustuslain mukainen itsehallinto, jonka tehtävistä vastaa Saamelaiskäräjät.

SAAMENKIELINEN YHTEINEN NEUVONTA IKÄIHMISSILLLE

Saamen kieltä (pohjois-, inarin- tai koltansaame) äidinkielenään puhuvilla ei ole yhdenvertaista mahdollisuutta saada terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita omalla äidinkielellään. Kulttuurinmukaisia palveluja tarvitaan, jotta saamelaisille voitaisiin tarjota asiakaslähtöistä, laadukasta palvelua sekä välttyä väärinymmärryksiltä. Saamelaisten palveluohjauksessa korostetaan saamelaisen asiakkaan oikeutta omaan kieleen, kulttuuriin ja itsemääräämisoikeuteen. Ikäihmiset eivät aina voi asioida omalla kielellään ja siksi palveluneuvonnan kehittäminen on noussut esille yhtenä tärkeistä kehittämiskohteista. Nykyisessä palvelurakenteessa saamenkieliset palvelut ovat pirstaleisia ja saatavuutta leimaa satunnaisuus. Tavoitteena on edistää saamelaisten yhdenvertaisuuden ja perusoikeuksien toteutumista sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Hankkeessa kokeiltiin saamelaisten kotiseutualueen yhteistä puhelinneuvontaa 5.2.–22.6.2018 maanantaista perjantaihin klo 12–14 pohjois-, inarin- ja koltansaamenkielellä. Neuvojana toimi pohjois-saamenkielinen hanketyöntekijä. Muilla saamenkielillä oli mahdollisuus järjestää puhelintulkkauksia.

Tavoitteena saamenkielisellä neuvonnalla oli matala kynnys, yksi yhteydenotto käynnistää asian hoitumisen ja neuvonnassa otetaan huomioon saamelainen kulttuuri. Neuvonnan yksi tärkeimpiä asioita on hyvä tiedottaminen ja saamenkielisten ihmisten tietoisuuden lisääminen mahdollisuuksista oma-kielisiin palveluihin. Liittyen aikaisempaan historiaan saamenkieliset ihmiset ovat sopeutuneet aikaisemmin suomenkielisiin palveluihin ja siksi palvelusta tiedottamiseen tulee panostaa erityisen paljon.

Asia lähti liikkeelle saamelaisen ikäihmisen, omaisen tai läheisen yhteydenotosta ja ikäihmisen ei tarvinnut itse vaatia saamenkielisiä ja kulttuurinmukaisia palveluja. Saamelaiset ikäihmiset ja heidän läheisensä saivat tietoa, neuvoa ja apua mieltä askarruttaviin kysymyksiin ja etsittiin yhdessä ratkaisu- ja tilanteeseen asiakkaan tarpeen mukaan. Jos neuvonta ei riittänyt niin neuvoja auttaa asiassa eteenpäin. Virtu.fi kanavaa käytettiin asiakastietojen siirtämisessä sähköisen tiedonsiirtolomakkeen kautta oman alueen asiakasohjaajalle palvelutarpeen arviota varten. Saamelaisalueen kunnissa oli sovittu asiakasohjaajien kanssa yhteistyöryhmä, joka toimi neuvojan tukena sekä kokoontui sovitusti kehittämään yhteisiä toimintamalleja.

Kaikki toiminta tapahtui asiakkaan luvalla ja yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa kunnioittaen ihmisen itsemäärämisoikeutta. Saamenkielisen neuvonnan yksi tärkeimmistä asioista on auttaa järjestämään saamenkielinen työntekijä tai tulkkaus asiakkaan toiveiden ja tarpeiden mukaisesti yhteistyössä asiakasohjaajien ja muiden toimijoiden kanssa.

Saamenkielisen neuvojan työssä on tärkeää tehdä yhteistyötä ja verkostoitua eri toimijoiden kanssa laajasti kuten alueen kuntien, SámiSoster ry:n, julkisten palvelujen, yksityiset palvelujen, seurakuntien, Saamelaiskäräjien kanssa ja ottaa huomioon rajayhteistyön mahdollisuudet.

Yhteydenottojen määrä oli vähäinen. Syynä arvioidaan olevan hankkeen oman arvion mukaan pieni saamelaisten ikäihmisten määrä, saamelaisneuvonnan lyhyt kokeilu-aika ja henkilökohtaisen informaation suurempi tarve saamenkielistä palvelusta. Tottumusta ja luottamusta siihen, että uudenlaisen palveluvaihtoehdon kautta saisi oman asiansa hoidettua ei ehtinyt syntyä.

” SAAMELAISTEN PALVELUOHJAUKSESSA KOROSTETAAN SAAMELAISEN ASIAKKAAN OIKEUTTA OMAAN KIELEEN, KULTTUURIIN JA ITSEMÄÄRÄÄMISOIKEUTEEN.

**Sámegiellat rávven
ahkeolbmuid**

**Sää'mkiõllsaž vuä'pstõs
âä'kkoummid**

**Sämikielâlâš
ravvim aheulmuid**

**Saamenkielinen
neuvonta ikäihmisille**



Sáhtát váldit oktavuodá juos dárbbášat

- dieđuid bálvalusain
- veahki ja doarjaga

 **Ringe 040 485 5570**
vu-be dmu 12-14

Bálvalus geahččaluvvo 5.2-22.6.2018. Fárus leat Ohcejoga, Anára, Eanodaga ja Soađegili giellat. Ovddeamis lea mielde Davvi-Suoma sosiálasuorggi máhttinguovddáša Toimiva kotihoito Lappiin- prošeakta.

Vuáitak vá'ldded ohttavuodđ jös taarbšak

- teäđ kääzzkõzzin
- tuärjjõzz da vie'kk

 **Sääit 040 485 5570**
vu-pi čiašs 12-14
Aanar- da nuõrtsää'mkiõ'le te'fontu'kkõs

Kääzzkõzz pilotástmõš lij 5.2-22.6.2018. Mie'ldd lie Uccjoogg, Aanar, Jeänõgg da Suä'djel kää'dd. Ooudásviikkjen lij Tá'vv-Lää'ddjannam sosiálsue'rj silteem- kóoskõzz Toimiva kotihoito Lappiin - ha'jkkõs.

Puávtaš váldiđ ohtavuodá, jis tarbášah

- tiäđuid palvålásain
- iše já torjuu

 **Suáiti 040 485 5570**
vuo-vás tjme 12-14
Aanaarsämikielân puhelintulkum

Palvålás keččaluvvoo 5.2-22.6.2018. Keččåládmán uásálisteh Ucuuv, Aanaar, Iänuduv já Suä'dikylä kiellah. Ovdedempargoost lij faárust Tave-Suomá sosiálsyergi máttikuávdáa Toimiva kotihoito Lappiin - proojeekt.

Voit otaa yhteyttä, jos tarvitset

- tietoa ikäihmisten palveluista
- tukea ja apua kotiin

 **Soita 040 485 5570**
ma-pe klo 12-14
Inarin- ja koltansaamenkielällä puhelintulkkaus

Palvelua pilotoidaan 5.2-22.6.2018. Mukana ovat Utsjoen, Inarin, Enontekiön ja Sodankylän kunnat. Kehittämässä on Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen Toimiva kotihoito Lappiin- hanke yhdessä hankekumppaneiden kanssa.



Toimiva kotihoito Lappiin

– Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen -hanke



Kuvio 16 Esite saamenkielisestä neuvonnasta ikäihmisille

SAAMENKIELISTEN TYÖNTEKIJÖIDEN YHTEISTYÖVERKOSTO

Tavoitteena oli tukea saamenkielisiä työntekijöitä saamenkieliseen ja -kulttuuritaustaiseen työskentelyyn sekä jakaa toimintamalleja ja hyviä käytäntöjä kuntien kesken. Ajatuksena on, että työntekijöiden on helpompi tehdä yhteistyötä ja verkostoitua, jakaa työn haasteet ja löytää niihin ratkaisuja.

Saamenkieliset työntekijät, jotka työskentelivät kotihoidossa Enontekiön, Inarin, Sodankylän ja Utsjoen kunnista kokoontuivat Skype-yhteyden kautta kerran kuukaudessa. Ensimmäisellä kerralla kokoontumisaiheet teemoitettiin yhdessä toimijoiden kanssa. Muita teemoja kokoontumisissa olivat mm. teknologia, ikäihmisten yksinäisyys, osallisuus ja sote.

Tavoitteena on jatkaa työntekijöiden kokoontumisia vähintään kerran vuodessa työpajapäivän merkeissä Saamelaiskäräjien kokoonkutsumina.

SAAMENKIELINEN KEHITTÄJÄASIAKASRYHMÄ INARISSA

Ryhmässä oli kehittäjäasiakkaita kaikista saamen kielen kieliryhmistä (pohjois-, inarin- ja koltansaame), kotihoidon sairaanhoitaja ja hanketyöntekijä. Tavoitteena oli saamenkielisten asiakkaiden äänen kuuleminen, lisätä vuorovaikutusta ja osallisuutta saamenkielisten sote-palveluiden kehittämisessä.

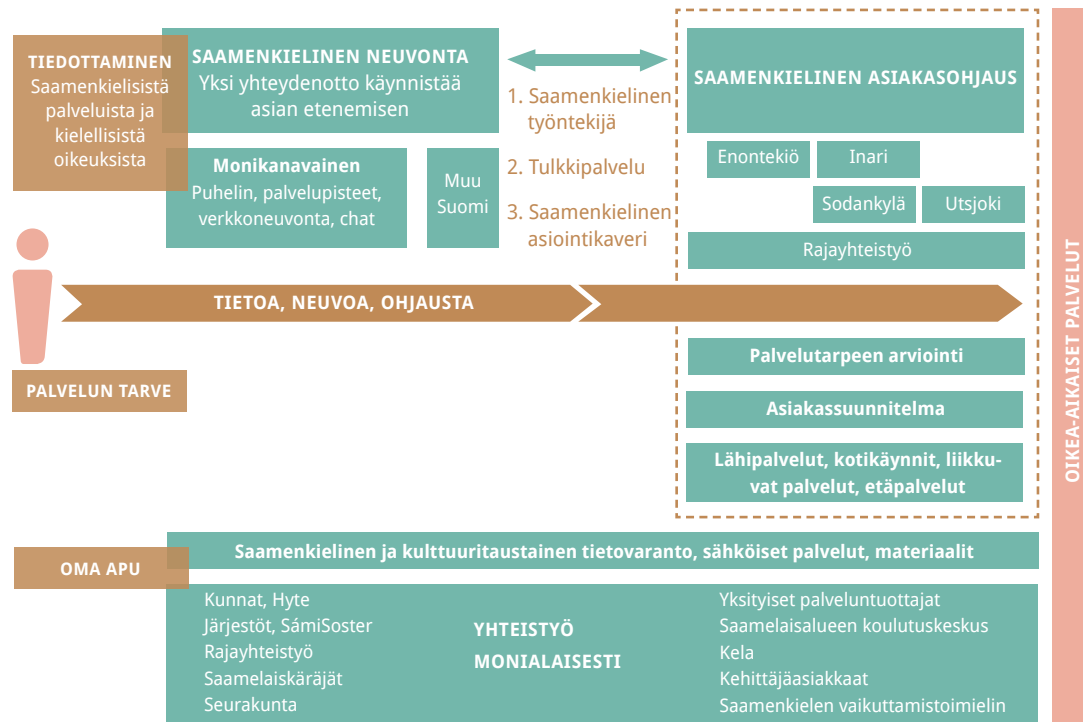
Kehittäjäasiakkaat osallistuivat kehitettävien asioiden suunnitteluun ja toteutukseen omien kokemustensa pohjalta, arvioivat nykyisiä palveluita ja toivat esiin kehittämisajatuksia ja -ehdotuksia. Aiheena kokoontumisissa olivat mm. virtu.fi-alustaan tutustuminen, asiakasmaksut, saamenkielinen neuvonta ikäihmisille ja sote-uudistus.

” TAVOITTEENA OLI SAAMENKIELISTEN ASIAKKAIDEN ÄÄNEN KUULEMINEN, LISÄTÄ VUOROVAIKUTUSTA JA OSALLISUUTTA SAAMENKIELISTEN SOTE-PALVELUIDEN KEHITTÄMISESSÄ.

► TOIMENPIDE-EHDOTUKSIA

- 'Saamepolku' eli selkeä koordinaatioresurssi saamenkielisille palveluille.
- Saamenkielisten palvelujen kehittäminen sisällytetään maakunnan rakenteisiin.
- Tiedottamista saamenkielisistä ja kulttuuritaustaisista palveluista tehostetaan. Tärkeää on, että palvelut ovat helposti löydettävissä yhteisestä ja päivitettävästä tietovarannosta.
- Kehitetään alueellista neuvontaa ja asiakasohjausta sekä tehdään saamenkielisiä materiaaleja saamen kulttuuri huomioiden.
- Vahvistetaan saametoimijoiden yhteistyösuhteita monialaisesti yli kuntarajojen.
- Saamenkielistä kehittäjäasiakasryhmätoimintaa ja työntekijöiden yhteistyöverkostoa jatketaan esimies- ja työntekijävetoisesti.
- Saamenkielisten digitaalisten palveluiden kehittäminen
- Kulttuurinmukaisen kotikuntoutuksen kehittäminen

NEUVONTA YHTEINEN KAIKENIKÄISILLE 'VAUVASTA VARTTUNEISIIN'
SAAME- SOTE- KOORDINAATTORI MAAKUNNASSA



Kuvio 17 Ehdotus saamenkielisen ja -kulttuuritaustaisen palveluneuvonnan ja -ohjauksen poluksi

LÄHTEET

- Arolaakso Sari (2017) Sosiaali- ja terveyspalveluita etänä, ONNI lähellä. Teoksessa Leena Viinamäki & Eija Jumisko (toim.) Hyvinvointipalvelut SOTEmyllissä. 14 puheenvuoroa lappilais-sotesta. Lapin ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja B. Tutkimusraportit ja kokoomateokset 25/2017, 21–29. <https://www.lapinamk.fi/loader.aspx?id=9486c401-58f4-4919-af73-21af0084b41f> luettu 11.7.2018
- Forsberg Kristina & Intosalmi Hennariikka & Nordlund Marika & Suhonen Sirpa (2014) Ikäteknologiasanasto. KÄ-KÄTE-raportteja 3/2014. Käyttäjälle kätevä teknologia -projekti. Helsinki.
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä (980/2012) (ns. vanhuspalvelulaki) <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> luettu 3.7.2018
- Monialaisen yhteistyön ABC – Toimintamalli sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastyöhön paljon tukea tarvitsevien tai useita palveluita käyttävien asiakkaiden kanssa. (2017) <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/paljon-tukea-tarvitsevat/paljon-tukea-tarvitsevat/monialaisen-yhteistyon-abc>
- MuistiMIKE (2017) Muistisairaahan ihmisen koetun elämänlaadun sekä psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin ja seurannan työväline. <http://muistimike.fi/> luettu 11.7.2018
- Mukkala Leila & Nahkiaisola Riitta & Harju Lahja & Sassali-Riipi Outi & Nissi-Onnela Sirkka & Niiranen Liisa & Eriksen Lahja (2017) Kotihoidon myöntämisen perusteet. Toimiva kotihoito Lappiin -hanke. Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. 9.11.2017. <http://www.sosiaalikallega.fi/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/kotihoidon-myontamisen-perusteet-luonnos/luonnos-kotihoidon-myontamisen-perusteista-11-2017>
- Mäkelä Matti (2018). Yksityinen sähköpostiviesti 30.1.2018.
- Niskala Asta & Kirjavainen Marjaana (2018) Tehdään yhdessä sujuvat sosiaali- ja terveyspalvelut Lappiin – asiakasosallisuusmalli palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja toteuttamiseen.
- Pikkarainen Aila (2016) Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja: osa II. Ikääntyneiden arki-, koti- ja lähikuntoutus: varhaisvaiheesta ympärivuorokautiseen hoivaan. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 221.
- Rantamartti Päivi (2018) Rakenteinen kirjaaminen. Ammattiopisto Lappia/ Hyvinvointiala. Luentomateriaali 10.4 ja 19.4.2018. <http://www.sosiaalikallega.fi/poske/tapahtumat/hankkeet/toimiva-kotihoito-lappiin/valmennukset/100418-ja-190418-rakenteinen-kirjaaminen>
- Salminen Anna-Liisa & Heiskanen Tuija & Hiekkala Sinikka & Naamanka Johanna & Stenberg Jan-Henry & Vuononvirta Tiina (2016) Etäkuntoutuksen ja siihen läheisesti liittyvien termien määrittelyä. Teoksessa Anna-Liisa Salminen, Sinikka Hiekkala & Jan-Henry Stenberg (toim.) Etäkuntoutus. Kelan tutkimus. Helsinki 2016. 11–18.
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
- Terveydenhuoltolaki (1326/2010)
- Toimia-tietokanta (2018) COPM. Canadian Occupational Performance Measure. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/95/> Luettu 2.6.2018.
- Toimia-tietokanta (2017) WHOQOL-BREF: Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari – lyhyt versio. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/134/> Luettu 2.6.2018.
- Toimia-tietokanta (2014) SPPB, lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/154/> Luettu 2.6.2018.
- Vähäkangas Pia & Niemelä Katriina & Mäkelä Matti & Noro Anja (2017) Ikäihmisen palvelutarve ja palveluihin ohjautuminen RAI-tunnuslukuja hyödyntäen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 13/2017. Tampere. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135810/URN_ISBN_978-952-302-981-1.pdf?sequence=1 luettu 11.7.2018.

LIITTEET

LIITE 1 TÄRKEIMMÄT KÄSITTEET

ARCTIC TOUCH – tablettimallinen tai noin 20-tuumainen pöytämallinen laite, johon Arctic Communicator on asennettu. Arctic Touch on kotona asumisen tueksi kehitetty videoneuvottelulaite ikäihmisille ja liikuntarajoitteisille. Laitteen avulla käyttäjä voi ottaa videoteitse yhteyttä esimerkiksi kotihoitoon sekä omaisiinsa. Laite hyödyntää Arctic Connectin kehittämää Arctic Communicator videoneuvottelusovellusta. (Arctic Connect Oy)

ASIAKASOHJAUS on asiakastyön menetelmä, jossa keskeisenä tavoitteena on asiakkaan itsenäisen elämän tukeminen. Asiakasohjaus on myös palveluiden yhteensovittamista organisaatioiden tasolla. Asiakasohjaus sisältää eri tasot, joita ovat viestintä, neuvonta, asiakas- ja palveluohjaus ja intensiivinen ohjaus. Intensiivinen asiakasohjaus on asiakasohjauksen työmuoto. (STM:n ja I&O kärkihankkeen 1.11.2017 työpajassa laadittu määritelmä)

ASIAKAS-/PALVELUOHJAAJA on sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on tehtävän vaatima laaja-alainen osaaminen ja joka tekee hoidon- ja palvelutarpeen laaja-alaisen arvioinnin. Laatii asiakassuunnitelman yhteistyössä asiakkaan kanssa ja tekee tarvittavat palvelupäätökset. Tehtävänä on koordinoida asiakkaan palvelukokonaisuutta. (STM:n ja I&O-kärkihankkeen 1.11.2017 työpajassa laadittu määritelmä).

ENNALTA EHKÄISEVÄ NEUVONTAPALVELU tarkoittaa omatoimisesti ja itsenäisesti käytettäviä palveluja, kuten Oma tilanearvio (virtu.fi), joka on sähköisenä tehtävä oman tilanteen kartoitus. Voi seurata mm. asioiden hoitamista, ihmissuhteita, mielialaa, päihteiden käyttöä, raha-asioitasi ja antaa katseluoikeuden ammattilaiselle. Omat digiajan hyvinvointipalvelut (ODA) -projektissa kehitetään Omaolo-palvelua eli sähköisiä terveys- ja hyvinvointipalveluja valtakunnalliseen käyttöön.

ETÄHOITO on asiakkaan hoitoa, ohjausta ja tukemista terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä asioissa tietoverkkoja ja muuta tekniikkaa hyödyntämällä. Etähoidossa hoitaja ja asiakas eivät ole samassa tilassa, mutta saavat sovitulla tavalla puhe- ja kuvayhteyden toisiinsa. Etähoidossa voidaan tarkkailla terveydentilaa kytkemällä etähoitojärjestelmään erilaisia mittareita, kuten vaaka, verensokeri- tai verenpainemittari, joiden keräämät tiedot välittyvät järjestelmän kautta hoitohenkilöstölle. (Forsberg, ym. 2014)

ETÄKUNTOUTUS on erilaisten etäteknologiaa (puhelinta, matkapuhelinta, tietokonetta ml. tablettitietokoneet, puhelimen ja tietokoneen yhteiskäyttöä sekä televisiosovelluksia) hyödyntävien sovellusten tavoitteellista käyttöä kuntoutuksessa. Etäkuntoutus on ammattilaisen ohjaamaa ja seuraamaa ja sillä on selkeä tavoite sekä alku ja loppu, kuten muullakin kuntoutuksella. (Salminen ym. 2016: 11.)

ETÄPALVELULLA tarkoitetaan sosiaali- tai terveyspalvelua, jossa asiakas ja sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö ovat fyysisesti eri paikassa ja toisiinsa kuva- ja ääniyhteydessä taikka jossa tietoa ja asiakirjoja välitetään verkko-yhteyden kautta tai muulla vastaavalla tavalla. (<https://stm.fi/documents/1271139/8940422/HE-luonnos+asiakasmaksulaki+290618.pdf/23108e28-fee3-41d7-953f-f76634a84b94/HE-luonnos+asiakasmaksulaki+290618.pdf.pdf>, luettu 7.8.2018)

HOIVATURVA on kotiin asennettava järjestelmä (pylväs, oheislaitteet). Anturi: liiketunnistin (havaitsee asukkaan liikkeen). Kortinlukija: Järjestelmän käyttölaite. Ovikytkin: Ilmaisee oven tilan auki/kiinni. Palovaroitin: Hälyttää huoneistossa olevasta savusta. Liesivahti: Hälyttää jos liesi liian pitkään päällä. Kosteusilmaisin: Hälyttää mahdollisesta vesivuodosta (hana auki liian pitkään). Lämpötilailmaisin: Hälyttää liian alhaisesta tai liian korkeasta lämpötilasta huoneistossa. (Seniortek Oy)

HÄLYTTÄVÄ TURVALAITE tunnistaa esimerkiksi oven tai ikkunan avaamisen tai sulkemisen ja tekee hälytyksen, kun ennalta määritellyt kriteerit täyttyvät. Jotkin ovihälyttimet voidaan ajastaa toimimaan vain tiettyinä vuorokauden aikoina, esimerkiksi vain yöllä. Jotkin laitteet voidaan ohjelmoida hälyttämään vasta, jos henkilö ei palaa takaisin määritellyn ajan kuluessa (Forsberg ym. 2014)

KOTIKUNTOUTUS on tässä hankkeessa ymmärretty toiminnaksi, jolla ylläpidetään tai edistetään ikäihmisen toimintakykyä ja se toteutuu hänen arkiympäristössään. Kotikuntoutus on monitoimijaista työskentelyä ja sen tavoitteet nousevat ikäihmisen omasta arjesta ja hänen mielenkiinnon kohteistaan. Kotikuntoutus on asiakkaan kotona ja arjessa tapahtuvaa kuntoutuspalvelua (Pikkarainen 2016: 16-17).

KOTIPALVELULLA tarkoitetaan sosiaalihuoltolain (1301/2014) 19§ mukaisesti asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Palvelut kohdennetaan niille henkilöille, jotka tarvitsevat apua selviytyäkseen näistä tehtävistä.

KOTISAIRAANHOITO on terveydenhuoltolain mukaista terveyden- ja sairaudenhoitoa asiakkaan kotona. Kotisairaanhoidossa käytettävät hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikaisen sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. (Terveydenhuoltolaki 25 §).

KOTIHOIDOLLA tarkoitetaan kotipalvelun ja terveydenhuoltolain 25 §:ään sisältyvien kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 20 §).

KOTISAIRAALA on määrääkaista tehostettua kotisairaanhoidoa. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa. Kotisairaalahoidon yhteydessä annettavat lääkkeet ja hoitosuunnitelman mukaiset hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon. (Terveydenhuoltolaki 25 §).

LIIKEILMAISIN tunnistaa liikkeen ja lähettää tiedon havainnosta eteenpäin ennalta määritellylle taholle. Muihin laitteisiin kytketyt liikeilmaisimet voivat ilmoittaa esimerkiksi sen, että joku nousee vuoteesta tai menee kylpyhuoneeseen. Liikeilmaisimet voidaan yleensä säätää toimimaan niin, että ne tunnistavat henkilön liikkumisen tilassa eivätkä reagoi esimerkiksi kotieläinten liikkumiseen. (Forsberg ym. 2014)

NEUVONTA on osaavaa ensivaiheen matalan kynnyksen neuvontapalvelua. Yleistä hyvinvointia ja terveyttä edistävää neuvontaa, opastusta, yksityisten palvelujen, 3. sektorin ja kunnallisten tai maakunnallisten palvelujen osalta. Neuvonnassa tehdään alustava palvelutarpeen arviointi. Neuvontapalvelut voidaan toteuttaa niin, ettei synny asiakkuutta. Neuvonta ohjaa asiakkaan tarvittaessa asiakasohjaukseen. (STM:n ja I&O-kärkihankkeen 1.11.2017 työpajassa laadittu määritelmä)

PAIKANNIN on laite tai laitteen osa, joka pystyy laskemaan oman sijaintinsa paikannusjärjestelmän avulla. Paikannin voi toimia esimerkiksi GPS:n, GSM:n tai avunpyyntöjärjestelmän tuki asemien avulla. Paikantimia ovat esimerkiksi navigaattori, henkilöpaikannin ja kuljetun reitin tallentava paikannin. (Forsberg ym. 2014)

PALVELU-TV on ohjelmakanava, jolla pyritään tarjoamaan virikkeitä sen käyttäjille ja lisäämään heidän hyvinvointiaan ja jonka välittämiin toimintoihin käyttäjät voivat itse osallistua. Palvelu-TV:tä voi käyttää tv-vastaanottimen tai muun näyttölaitteen välityksellä. Palvelu-TV:n sisältöä tuottavat muun muassa terveydenhuollon ja sosiaalialan opiskelijat ja ammattilaiset, jotka järjestävät käyttäjille esimerkiksi terveysneuvontaa, tietoiskuja, harrastustoimintaa, liikuntatuokioita ja keskusteluryhmiä, joihin vastaanottajat voivat osallistua etäyhteyden avulla esimerkiksi omissa kodeissaan. (Forsberg ym. 2014)

SÄÄNNÖLLISELLÄ KOTIHOIDOLLA tarkoitetaan vähintään kerran viikossa kotiin annettavaa, jatkuvaa sosiaalihuoltolain mukaista kotipalvelua tai terveydenhuoltolain mukaista kotisairaanhoidoa tai molempia yhdessä. Säännöllisen kotihoidon asiakkuus käynnistyy noin kuukauden mittaisella kuntouttavalla arviointijaksolla, jonka aikana arvioidaan kotona

selviytymistä ja palvelun tarvetta. Palvelun myöntämisestä asiakas saa palvelupäätöksen. Palvelu perustuu yksilölliseen asiakassuunnitelmaan, jonka perusteella tehdään asiakkaalle tuloihin, perheeseen ja annettavan palvelun määrään perustuva maksupäätös. (Mukkala ym. 2017, 6)

TEHOSTETTU KOTIHOITO on lyhytaikaista ja asiakassuunnitelman mukaista, usein myös yöaikaisia käyntejä sisältävää hoitoa asiakkaan kotona. Erona tavalliselle kotioidolle on hoidon lyhytkestoisuus ja asiakkaan akuutti tarve esim. kotiutumista seuraava tehostettu kuntoutuminen tai saattohoito. Tehostettuun kotihoitoon voi myös liittyä kotisairaaloimintaa. (Mukkala ym. 2017, 6).

TILAPÄINEN KOTIHOITO on lyhytaikaista hoitoa asiakkaan kotona ja tarkoitettu asiakkaan väliaikaiseen palvelutarpeeseen. Tilapäinen kotihoito on harvemmin kuin kerran viikossa tapahtuvaa tai kestää ennalta lyhyeksi tiedetyn jakson. Tilapäisen kotioidon tavoitteena on ehkäistä pidempiaikainen tuen tarve. Tilapäisestä kotipalvelusta tai tilapäisestä kotisairaanhoidosta peritään erillinen käyntimaksu. (Mukkala ym. 2017, 6).

TOIMINTAKYVYLLÄ tarkoitetaan ihmisen suoriutumista päivittäisistä toiminnoista, jotka ovat hänelle välttämättömiä ja merkityksellisiä. Toimintakykyä tulee arvioida suhteessa ihmisen omaan toimintaympäristöön. Toimintakyvyn ulottuvuuksia ovat fyysinen, kognitiivinen, psyykinen sekä sosiaalinen toimintakyky. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019.)

TURVALAITTEELLA tarkoitetaan laitetta, jonka tarkoitus on suojata vaaralta, tehdä vaaratilanteessa hälytys tai mahdollistaa avunpyyntö ennalta määritellylle taholle huomautus. Osa turvalaitteista tekee automaattisia hälytyksiä ennalta määriteltujen ehtojen mukaan ja osassa käyttäjä voi tehdä hälytyksen itse. Joissakin sekä automaattinen että manuaalinen hälytys ovat mahdollisia. Erilaisiin tarpeisiin voidaan turvalaitteista muodostaa erilaisia kokonaisuuksia, kuten avunpyyntöjärjestelmä. (Forsberg ym. 2014)

YHDEN LUUKUN PERIAATTEELLA tarkoitetaan, että asiakas ottaa yhteyttä asiakaspalveluyksikköön minkä tahansa kanavan kautta (henkilökohtainen asiointi toimipisteessä fyysisesti, puhelimitse tai sähköinen asiointi erilaisten päätelaitteiden kautta). Asiakas saa ajantasaista tietoa eri toimijoiden palveluista, neuvontaa ja ohjausta tarpeensa mukaan. Yhteydenotosta syntyy tarvittaessa palveluprosessi, jossa yhteydenottovelvoite asiakkaaseen on asiakasohjaajalla. Yhden luukun periaate edellyttää toimivaa tiedonhallintaa tiedon koko elinkaaren osalta siten, että kaikilla osapuolilla on pääsy tarvittavaan asiakastietoon. (STM:n ja I&O-kärkihankkeen 1.11.2017 laadittu määritelmä).

LIITE 2 ASIAKKAAN TUEN MALLI



LIITE 3 TEHTÄVÄKUVAT

Jokaiseen tehtäväkuvaan sisältyy työn jatkuva kehittäminen ja työssä oppimiseen sitoutuminen. RAI-arviointiosaaminen, tietosuoja- ja kirjaamisa osaaminen sekä itsenäinen tiedonhankinta ovat keskeisiä sisältöjä kaikissa kotihoidon tehtävissä.

OMAOHITAJA

KESKEISET TEHTÄVÄT

- Perehtyy oman asiakkaan elämänhistoriaan: tekee historiakyselyn ja elämänlaatukyselyn.
- Kirjaa ylös asiakkaan hoitotahdon ja edunvalvontavaltuutukseen liittyvät toiveet.
- On tietoinen asiakkaan toiveista tulevaisuuteen, kirjaa ne ylös ja huolehtii omalta osaltaan, että asiakkaan näkökulma huomioidaan kaikessa hoidossa.
- Järjestää aikaa yksilölliseen kohtaamiseen ja asiakkaalle tärkeiden asioiden toteutumiseen.
- Pyrkii luottamukselliseen ja vuorovaikutukselliseen hoitosuhteeseen asiakkaan kanssa.
- Tekee yhteistyötä asiakkaan verkoston ja läheisten kanssa.
- Osallistuu asiakassuunnitelman tekemiseen ja sen toteuttamiseen yhdessä asiakkaan ja hänen läheisensä sekä muiden työntekijöiden kanssa.
- Tukee asiakasta tavoitteisiin pääsemisessä. Kannustaa omatoimijuuteen ja itsenäiseen päätöksentekoon.
- Huolehtii että asiakkaalla on tehtynä RAI-toimintakykyarvio ja huolehtii sen säännöllisestä päivityksestä.
- Vastaa asiakkaan tiedonkulun kokonaisuudesta.
- Huolehtii, että suun terveydenhuoltoa koskevat asiat ovat kunnossa.
- Huolehtii, että asiakkaalle kuuluvat etuudet ovat ajan tasalla
- Huolehtii, että asiakkaalla on tarpeen mukaan ravitsemushoitosuunnitelma ja varmistaa, että sitä noudatetaan.
- Jokaisen tiimin jäsenen vastuulla on hoidon toteutumisen varmistaminen myös omahoitajan poissaollessa.

TYÖN EDELLYTTÄMÄ OSAAMINEN

- Hyvä vuorovaikutusosaaminen
- Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön ja palvelujärjestelmän tuntemus
- Hoitotyön osaaminen
- Tietämys tyypillisimmistä sosiaalietuksista ja niiden hakumenettelyistä
- Tietämys edunvaltuutusmenetelmistä ja hakumenettelyistä
- Ymmärrys hoitotahdon merkityksestä asiakkaan hoidossa

TYÖN VAIKUTUKSET JA VASTUUT

- Työ vaikuttaa oleellisesti asiakkaan kokemaan osallisuuteen häntä itseään koskevien asioiden hoitamisessa ja saamansa palvelun laatuun.

TYÖYMPÄRISTÖ

- Työympäristönä ovat pääsääntöisesti asiakkaiden kodit. Työ on liikkuvaa ja työpäivän aikana voi olla useita työpisteitä.

VUOROVAIKUTUSTAITOT JA YHTEISTYÖTAIDOT

- Omahoitajan tehtävä vaatii kykyä huomioida asiakas (ja hänen läheinen) kokonaisuutena omassa elinympäristössään. Taitoa kuulla ja kuunnella, olla läsnä asiakkaan tykönä ja kanssa.
- Työssä ollaan lisäksi tekemisissä erilaisten sidosryhmien kanssa verkostoissa, joten vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot ovat tärkeitä.

PALVELUNEUVOJA

KESKEISET TEHTÄVÄT

Asiakkaan neuvonta, palvelutarpeen ja toiveiden selvittäminen:

- Välittää tietoa eri etuuksista ja palveluista (ml. omatoiminen tiedonetsintä ja tilanteen itsearviointi), tilanteen selvittelyä, jatko-ohjausta
- Päätöksenteko: ohjataanko asiakas muualle vai jatketaanko asiakasohjaukseen
- Tiedonkulku: ei tunnistautumista eikä dokumentointia, ellei jatku palveluohjauksena, jolloin kevyt tunnistautuminen
- Seurataan/tilastoidaan: mm. kontaktien lkm, yhteydenoton syyt, mihin ohjattu, sivuston ja itsearviointilomakkeet sivuston latauskerrat

TYÖN EDELLYTTÄMÄ OSAAMINEN

- Asiakkaan neuvonta ja palvelutarpeen, toiveiden selvittäminen
- Palveluiden ja palveluverkon tunteminen (oman alueen julkiset, yksityiset ja 3. sektorin palvelut), palvelurakenteen hahmottaminen
- Viestintä, tiedottaminen, verkostotyö, yhteistyö

TYÖN VAIKUTUKSET JA VASTUUT

- Tilanteiden selvittelyt ja päätökset jatko-ohjauksesta. Vastuu, että asiakkaan asia etenee sujuvasti.

TYÖYMPÄRISTÖ

- Työ sisältää sekä asiakas- että toimistotyötä. Se pitää sisällään päivystysluonteista työtä, puhelin-, chat-välitteistä työtä sekä kasvokkaista kontaktia paikan päällä asioivien asiakkaiden kanssa
- Työ tapahtuu työpisteessä, missä samanaikaisesti osattava hallita erilaisia sähköisiä asiointikanavia sekä ohjelmia.

VUOROVAIKUTUSTAITOT JA YHTEISTYÖTAIDOT

- Moniammatillisen tiimin jäsenenä toimiminen ja oman osaamisen jakaminen toiminnan edistämiseksi
- Viestintä asiakkaan, hänen läheisten sekä yhteistyökumppaneiden kanssa eri tilanteissa
- Työskentely monialaisissa hyvinvointia edistävissä verkostoissa (järjestötoimijat, yksityiset tuottajat, ym.), yhteiset tapahtumat, palveluiden kehittäminen, koordinointi, etäpalvelut
- Viestintävälineiden monipuolinen käyttäminen (kirjaukset ja tiedon keräys eri järjestelmiin)

ASIAKASOHJAAJA

KOULUTUS: SOSIAALI- TAI TERVEYSALAN AMK TAI VASTAAVA TUTKINTO

(GERONOMI, SAIRAANHOITAJA, SOSIONOMI, TERVEYDENHOITAJA TAI VASTAAVA)

KESKEISET TEHTÄVÄT

- Asiakkaan kuuleminen (puhelimitse ja henkilökohtaisesti mm. kotikäynneillä)
- Palvelutarpeen, elämäntilanteen selvittäminen (tarvittaessa moniammatillinen yhteistyö, moniammatillinen gerontologinen ja geriatrinen arviointi)
- Asiakkaan ja läheisten tietotarpeisiin vastaaminen
- Asiakassuunnitelman kokoaminen yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheisten kanssa
- Päätösten valmistelu / tekeminen toimivaltuuksien (sovittu) mukaisesti
- Tarvittavien tukitoimien ja palvelujen käynnistäminen
- Perheen yhteyshenkilönä tai omatyöntekijänä toimiminen
- Asiakkaan palvelupolun siirtymien tukeminen (tiedonkulun varmistaminen, muutoksiin reagoiminen)

- Taloudellinen ja oikeudenmukainen toiminta (asiakkaan sekä organisaation näkökulma), päätöksenteko yhteisten kriteerien pohjalta kokonaisuus ja yksilöllisyys huomioiden
- Moniammatillisen tiimin jäsenenä toimiminen ja oman osaamisen jakaminen toiminnan edistämiseksi
- Viestintä asiakkaan, hänen läheisten sekä yhteistyökumppaneiden kanssa eri tilanteissa, osallisuuden varmistaminen
- Työskentely monisektorisissa hyvinvointia edistävissä verkostoissa (järjestötoimijat, yksityiset tuottajat, ym.)
- Viestintävälineiden monipuolinen käyttäminen (kirjaukset ja tiedon keräys eri järjestelmiin)
- Esiin nousevien, piilevien palvelutarpeiden ym. työssä nousevan tiedon välittäminen kunnan/maakunnan valmisteluun

TYÖN EDELLYTTÄMÄ OSAAMINEN

- Asiakkaan ohjaus ja palvelutarpeen, toiveiden selvittäminen
- Perheen ja läheisten tukeminen sekä palvelujen koordinointi
- Viestintä, tiedottaminen ja verkostotyö

TYÖN VAIKUTUKSET JA VASTUUT

- Laatii asiakassuunnitelman yhdessä asiakkaan (ja tämän läheisen) kanssa
- Itsenäinen päätöksenteko asiakkaalle myönnettävistä palveluista, tukipalveluista
- Taloudellinen ja oikeudenmukainen toiminta
- Ohjaa päätöksenteolla määrärahojen kohdentumista
- Päätöksentekovastuu yhteisten kriteerien pohjalta kokonaisuus ja yksilöllisyys huomioiden
- Ratkaisut ja päätökset vaikuttavat suuresti asiakkaan hyvinvointiin ja toimintaympäristöön

Vastuu:

- Asiakkaan tukemisesta ja ohjaamisesta
- Toiminnan toteuttamisesta ja kehittämisestä
- Tiedon hankkimisesta, tuottamisesta ja sen välittämisestä
- Asiakkaan palvelukokonaisuuden hallinnasta ja koordinoinnista
- Myönnettyjen palvelujen laadun seurannasta
- Palvelujen myöntämisen oikea-aikaisuudesta ja tasapuolisuudesta
- Havainnoida ja viedä eteenpäin palvelupuutoksia ja uusia tarpeita sekä havaittuja epäkohtia
- Tukea osallisuutta

TYÖYMPÄRISTÖ

- Työ sisältää sekä asiakas- että toimistotyötä. Työ on liikkuvaa, työpisteitä voi olla useita ja työtä tehdään myös asiakkaiden kodeissa. Muuttuvia tilanteita voi olla päivittäin.
- Työ on muutoksia ja paineensietokykyä vaativaa. Hallittava yli sektorirajojen monialaisia asioita ja käytänteitä. Kehittämisprosessit ovat jatkuvassa liikkeessä.

VUOROVAIKUTUSTAIDOT JA YHTEISTYÖTAIDOT

- Verkostotyön vaatimat taidot

TEKNOLOGIAOHJAAJA

KOULUTUS: SOSIAALI- TAI TERVEYSALAN AMK TAI VASTAAVA TUTKINTO + TIETOTEKNIIKAN RIITTÄVÄ OSAAMINEN TAI KOULUTUS

KESKEISET TEHTÄVÄT

- Asiakkaan kuuleminen (puhelimitse ja henkilökohtaisesti mm. kotikäynneillä)
- Palvelutarpeen, elämäntilanteen selvittäminen (tarvittaessa moniammatillinen yhteistyö, moniammatillinen gerontologinen ja geriatrinen arviointi), ja näiden varmistamiseksi laajat käyttöoikeudet asiakastietojärjestelmään
- Asiakkaan ja läheisten tietotarpeisiin vastaaminen
- Mukana tarvittaessa asiakassuunnitelman laatimisessa
- Tarvittavien tukitoimien valmistelu ja tilauksia teknologialaitteiden osalta (tarvittavat asennukset, poikkeustilanteisiin reagointi ja poistaminen) ja asiakkaan ja omaisten kysymyksiin vastaaminen ja viestintä
- Taloudellinen ja oikeudenmukainen toiminta (asiakkaan sekä organisaation näkökulma),
- päätöksenteko yhteisten perusteiden pohjalta kokonaisuus ja yksilöllisyys huomioiden
- Moniammatillisen tiimin jäsenenä toimiminen ja ruohonjuuritason henkilöstön valmentaminen sekä perehdyttäminen sujuvan teknologiatoiminnan edistämiseksi
- Viestintävälineiden monipuolinen käyttäminen (kirjaukset ja tiedon keräys eri järjestelmiin)
- Esiin nousevien, piilevien palvelutarpeiden ym. työssä nousevan tiedon välittäminen kunnan/maakunnan valmisteluun
- Uusien toimintamallien ja -tapojen kehittäminen muutoksessa toimimisessa ja ajan tasalla pysyminen

TYÖN EDELLYTTÄMÄ OSAAMINEN

- Asiakkaan ohjaus ja palvelutarpeen, toiveiden selvittäminen (
- Perheen ja läheisten tukeminen sekä palvelujen koordinointi
- Viestintä, tiedottaminen ja verkostotyö
- Järjestelmätöimittäjien kanssa toimimisen yhteistyötaidot
- palvelujärjestelmän ja prosessien tuntemus

TYÖN VAIKUTUKSET JA VASTUUT

- Itsenäinen valmistelutyö asiakkaalle sopivista teknologisista ratkaisuista ja tukipalveluista yksilöllisyys huomioiden
- Taloudellinen ja oikeudenmukainen toiminta
- Ratkaisut ja päätökset vaikuttavat suuresti asiakkaan hyvinvointiin ja kotona asumisen onnistumiseen
- Vastuu asiakkaan ja kotihoidon työntekijöiden tukemisesta ja ohjaamisesta
- Vastuu toiminnan toteuttamisesta ja kehittämisestä
- Vastuu myönnettyjen teknologia-avusteisten palvelujen laadun ja palvelukokonaisuuden koordinoinnista ja osallisuuden tukemisesta

TYÖYMPÄRISTÖ

- Työ sisältää sekä asiakas- että toimistotyötä. Työ on liikkuvaa, työpisteitä voi olla useita ja työtä tehdään myös asiakkaiden kodeissa. Muuttuvia tilanteita voi olla päivittäin.
- Työ on muutoksia ja paineensietokykyä vaativaa ja siinä tulee hallita yli sektorirajojen monialaisia asioita ja käytänteitä.

VUOROVAIKUTUSTAITOT JA YHTEISTYÖTAIDOT

- Verkostotyön vaatimat taidot

KOTIKUNTOUTUKSEN TOIMINTATERAPEUTTI

KESKEISET TEHTÄVÄT

- Asiakkaan toiminnallisuuden arviointi, sen analysointi ja seuranta hänen omissa toimintaympäristöissään. Asiakkaan voimavarojen kartoittaminen ja tukeminen niiden käyttöönottamiseksi.
- Asiakkaalle merkityksellisten toimintojen tunnistaminen ja niiden kautta tavoitteiden asettaminen. Mielekkään arjen vahvistaminen elämänhistoria huomioiden.
- Asiakassuunnitelman tekeminen yhdessä asiakkaan, hänen läheisensä sekä muiden työntekijöiden kanssa. Suunnitelman toteutus ja seuranta sekä tarvittavien muutosten ja päivitysten tekeminen suunnitelmaan.
- Asiakkaan toiminnallisuuden ylläpitäminen ja edistäminen sekä osallisuuden ja toimijuuden vahvistaminen hänen omassa elämässään. Toimintojen analysointi.
- Asiakkaan motivointi ja ohjaaminen arkitoimintoihin ja itselle merkityksellisiin toimiin kotona ja lähiympäristössä.
- Päivittäisistä toiminnoista suoriutumista tukevien apuvälineiden tarpeen arviointi sekä tarvittavien välineiden hankinta ja seuranta. Käytön opastus asiakkaalle, läheisille ja työntekijöille.
- Asuin- ja elinympäristön muutostyön tarpeen arviointi ja sen jatkotoimenpiteet.
- Monitoimijainen yhteistyö (asiakas, läheinen, muut työntekijät, järjestöt ja yhdistykset)
- Yhteiset kotikäynnit eri ammattiryhmien kanssa
- Omaisten ja läheisten ohjaus
- Kotihoidon henkilökunnan ohjaaminen, kannustaminen ja kouluttaminen toimintakykyä edistävään ja ergonomiseen työhön
- Asiakastietoihin tutustuminen, kirjaaminen ja tilastointi

TYÖN EDELLYTTÄMÄ OSAAMINEN

- Oman työn itsenäistä hallintaa ja osaamista oman alansa asiantuntijana
- Ammattitaitoa nähdä asiakkaan kuntoutumisen potentiaali, jotta interventiot ja varhaisen puuttumisen toimenpiteet voidaan kohdistaa oikein
- Taitoa huomioida asiakkaan elämäntilanne kokonaisuudessaan

TYÖN VAIKUTUKSET JA VASTUUT

- Onnistuneella työllä on mahdollista vaikuttaa ikäihmisten elämänlaatuun ja omatoimisuuden lisääntymiseen
- Onnistuneen kotiutumisen ja kuntoutuksen avulla voidaan vähentää palveluntarvetta jatkossa

TYÖYMPÄRISTÖ

- Työ sisältää sekä asiakas- että toimistotyötä
- Kotikäynnit tehdään asiakkaan arkiympäristössä

VUOROVAIKUTUSTAIDOT JA YHTEISTYÖTAIDOT

- Vaatii hyviä yhteistyö- ja ihmissuhdetaitoja niin asiakassuhteissa kuin tiimityössäkin
- Sujuvaa kirjallista ja suullista viestintää
- Luottamuksellisen vuorovaikutuksen luomista niin asiakassuhteissa kuin tiimityön tehtävissäkin

KOTIKUNTOUTUKSEN FYSIOTERAPEUTTI

KESKEISET TEHTÄVÄT

- Asiakkaan liikkumisen ja fyysisen suorituskyvyn arviointi, analysointi ja seuranta hänen omissa toimintaympäristöissään.
- Asiakassuunnitelman tekeminen yhdessä asiakkaan, hänen läheisensä sekä muiden työntekijöiden kanssa. Suunnitelman toteutus ja seuranta sekä tarvittavien muutosten ja päivitysten tekeminen suunnitelmaan.

- Asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen sekä osallisuuden ja toimijuuden vahvistaminen hänen omassa elämässään.
- Asiakkaan motivointi ja ohjaaminen liikkumiseen ja arkiaktiivisuuteen kotona ja lähiympäristössä.
- Liikkumista ja toimintakykyä tukevien apuvälineiden tarpeen arviointi sekä tarvittavien välineiden hankinta ja seuranta. Käytön opastus asiakkaalle, läheisille ja työntekijöille.
- Asuin- ja elinympäristön muutostyön tarpeen arviointi ja sen jatkotoimenpiteet.
- Monitoimijainen yhteistyö (asiakas, läheinen, muut työntekijät, järjestöt ja yhdistykset)
- Yhteiset kotikäynnit eri ammattiryhmien kanssa
- Omaisten ja läheisten ohjaus
- Kotihoidon henkilökunnan ohjaaminen, kannustaminen ja kouluttaminen toimintakykyä edistävään ja ergonomiseen työhön
- Asiakastietoihin tutustuminen, kirjaaminen ja tilastointi

TYÖN EDELLYTTÄMÄ OSAAMINEN

- Oman työn itsenäistä hallintaa ja osaamista oman alansa asiantuntijana
- Ammattitaitoa nähdä asiakkaan kuntoutumisen potentiaali, jotta interventiot ja varhaisen puuttumisen toimenpiteet voidaan kohdistaa oikein
- Taitoa huomioida asiakkaan elämäntilanne kokonaisuudessaan
- Osaamista edistää ergonomista työtapaa

TYÖN VAIKUTUKSET JA VASTUUT

- Onnistuneella työllä on mahdollista vaikuttaa ikäihmisten elämänlaatuun ja omatoimisuuden lisääntymiseen
- Onnistuneen kotiutumisen ja kuntoutuksen avulla voidaan vähentää palveluntarvetta jatkossa

TYÖYMPÄRISTÖ

- Työ sisältää sekä asiakas- että toimistotyötä
- Kotikäynnit tehdään asiakkaan arkiympäristössä

VUOROVAIKUTUSTAITOT JA YHTEISTYÖTAIDOT

- Vaatii hyviä yhteistyö- ja ihmissuhdetaitoja niin asiakassuhteissa kuin tiimityössäkin
- Sujuvaa kirjallista ja suullista viestintää
- Luottamuksellisen vuorovaikutuksen luomista niin asiakassuhteissa kuin tiimityön tehtävissäkin

KOTIKUNTOUTUKSEN HOITAJA

KESKEISET TEHTÄVÄT

- On mukana asiakkaan toimintakyvyn arvioinnissa ja toimii aktiivisesti asiakkaan tavoitteiden saavuttamiseksi asiakkaan tukena ja kannustajana.
- On mukana asiakassuunnitelman tekemisessä yhdessä asiakkaan, hänen läheisensä sekä muiden työntekijöiden kanssa.
- Asiakassuunnitelman mukaisen toiminnan toteuttaminen kotikäynneillä ja asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten kirjaaminen suunnitelmaan ja asiakastietoihin, muutoksista raportointi muille tiimin jäsenille ja tarvittaessa läheisille.
- Asiakkaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen sekä osallisuuden ja toimijuuden vahvistaminen hänen omassa elämässään.
- Asiakkaan motivointi ja ohjaaminen arkiaktiivisuuteen ja toimintoihin kotona ja lähiympäristössä.
- Liikkumista ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumista tukevien apuvälineiden tarpeesta tiedottaminen.
- Asuin- ja elinympäristön muutostyön tarpeesta tiedottaminen.
- Monitoimijainen yhteistyö (asiakas, läheinen, muut työntekijät, järjestöt ja yhdistykset)

- Yhteiset kotikäynnit eri ammattiryhmien kanssa
- Omaisten ja läheisten ohjaus
- Asiakastietoihin tutustuminen, kirjaaminen ja tilastointi

TYÖN EDELLYTTÄMÄ OSAAMINEN

- Oman työn itsenäistä hallintaa ja osaamista oman alansa asiantuntijana
- Ammattitaitoa nähdä asiakkaan kuntoutumisen potentiaali, jotta interventiot ja varhaisen puuttumisen toimenpiteet voidaan kohdistaa oikein
- Taitoa huomioida asiakkaan elämäntilanne kokonaisuudessaan

TYÖN VAIKUTUKSET JA VASTUUT

- Onnistuneella työllä on mahdollista vaikuttaa ikäihmisten elämänlaatuun ja omatoimisuuden lisääntymiseen
- Onnistuneen kuntoutuksen avulla voidaan vähentää asiakkaan palveluntarvetta jatkossa

TYÖYMPÄRISTÖ

- Työ sisältää sekä asiakas- että toimistotyötä
- Kotikäynnit tehdään asiakkaan arkiympäristössä

VUOROVAIKUTUSTAITOT JA YHTEISTYÖTAIDOT

- Vaatii hyviä yhteistyö- ja ihmissuhdetaitoja niin asiakassuhteissa kuin tiimityössäkin
- Sujuvaa kirjallista ja suullista viestintää
- Luottamuksellisen vuorovaikutuksen luomista niin asiakassuhteissa kuin tiimityön tehtävissäkin

GERONOMI KOTIHOIDOSSA

KOULUTUS: GERONOMI (AMK)

KESKEISET TEHTÄVÄT

- Asiakassuunnitelmien laatiminen ja toteuttaminen yhdessä asiakkaan, hänen läheisensä sekä kotihoidon muiden työntekijöiden kanssa.
- Asiakkaan motivointi ja ohjaaminen liikkumiseen ja arkiaktiivisuuteen kotona ja lähiympäristössä.
- Kotihoidon henkilökunnan ohjaaminen ja kannustaminen asiakkaiden toimintakykyä edistävään työhön
- Apuvälineiden käytön ohjaus ja opastus asiakkaalle, läheisille ja henkilöstölle.
- Asuin- ja elinympäristön muutostyön tarpeen sekä kodin turvallisuuden arviointi yhteistyössä kuntoutushenkilöstön kanssa. Jatkotoimenpiteiden eteenpäin huolehtiminen.
- Monitoimijainen yhteistyö (asiakas, läheinen ja muut työntekijät, 3.sektori.)
- Kotiuttamistilanteissa ja asiakkaan kunnan heikentyessä tehostetut käynnit turvaamaan kotona selviytymistä ja kuntoutumista.

TYÖN EDELLYTTÄMÄ OSAAMINEN

- Oman työn itsenäistä hallintaa ja osaamista oman alansa asiantuntijana
- Arviointiosaaminen: Osaa moniammatillisessa yhteistyössä arvioida, suunnitella ja toteuttaa ikäihmisten tarpeiden mukaisia palvelukokonaisuuksia
- Ohjausosaaminen: Osaa toimia ennakoiavan ja ennaltaehkäisevän vanhustyön periaatteiden mukaisesti sekä edistää toiminnassaan ikäihmisen terveyttä, hyvinvointia ja osallisuutta.
- Gerontologinen hoiva-, hoito- ja kuntoutusosaaminen: Osaa edistää iäkkäiden ihmisten sosiaalista osallisuutta ja toimijuutta sekä käyttää sosiokulttuurisia ja toiminnallisia menetelmiä heidän hoidon, hoivan ja kuntoutuksen palveluissaan. Osaa muistisairaanhoidon tukemisen ja kuntoutumisen menetelmiä sekä osaa kehittää muistisairaiden palveluja

- Palvelujärjestelmäosaaminen:
- Hallitsee vanhuspalvelujen toimintaympäristöt ja palvelurakenteen (julkinen, yksityinen ja kolmas sektori) sekä osaa soveltaa tietojään omassa työssään.

TYÖN VAIKUTUKSET JA VASTUUT

- Työ vaikuttaa oleellisesti asiakkaan kokemaan osallisuuteen häntä itseään koskevien asioiden hoitamisessa ja saamansa palvelun laatuun.

TYÖYMPÄRISTÖ

- Yhteistyötä laajasti asiakkaiden ja heidän omaisten sekä moniammatillisten verkostojen kanssa. Työympäristönä ovat pääsääntöisesti asiakkaiden kodit. Työ on liikkuvaa ja työpäivän aikana voi olla useita koteja ja työpisteitä.

VUOROVAIKUTUSTAITOT JA YHTEISTYÖTAIDOT

- Luottamuksellisen vuorovaikutuksen luomista niin asiakassuhteissa kuin tiimityön tehtävissäkin
- Vaatii hyviä yhteistyö- ja ihmissuhdetaitoja niin asiakassuhteissa kuin tiimityössäkin
- Sujuvaa kirjallista ja suullista viestintää





Toimiva kotihoito Lappiin

– Monipuoliset tuen muodot kotona asumiseen -hanke



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ



LÄNSI-POHJAN
SAIRAANHOITOPIIRI



LAPIN SAIRAANHOITOPIIRI
LAPPIBUOHCCEDIKSUNBIIRE



Kolpeneen
palvelukeskuksen
kuntayhtymä



Pohjois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus



LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND

LAPIN AMK¹
Lapland University of Applied Sciences



ARCTICCONNECT
Parempaa videoneuvottelua

sävelsirku^{...}



Sentina



SENIORTEK

posti