



Ikäihmisten keskitetty asiakasneuvonta ja -palveluohjaus sekä palvelutarpeen arviointi Varsinais-Suomessa

KomPAssi 

Varsinais-Suomen keskitetty asiakas-
ja palveluohjaushanke



Sisällys

Johdanto.....	4
1. Neuvonta	5
2. Ohjaus	5
3. Palvelutarpeen arviointi.....	5
3.1 Mitä palvelutarpeen arvioinnissa arvioidaan?	7
3.2 Asiakkaalle järjestettävät palvelut ja päätös myönnettyistä palveluista	9
3.2.1 Asiakassuunnitelma	10
3.2.2 Jatko-ohjaus.....	12
4. Asiakas	13
4.1 Asiakaslähtöisyys ja toimijuus	13
4.2 Asiakkaan asema ja oikeudet	13
4.3 Asiakkaan kieltäytyessä arvioinnista tai palveluista	14
4.4 KomPAssin asiakassegmentit ja erilaisten asiakastarpeiden ja kiireellisyyden tunnistaminen	15
4.4.1 Asiakkaan tarpeiden tunnistaminen.....	16
4.4.2 Palvelutarpeiden kiireellisyyden tunnistaminen	16
4.4.3 Riskitekijöiden tunnistaminen	16
4.4.4 Asiakasohjaajan osaamisalan tunnistaminen	17
4.4.5 Huoli-ilmoitus	17
5. Asiakasohjaaja.....	18
6. Keskitetty toimintamalli KomPAssi	19
6.1 KomPAssin arvot ja ratkaisukeskeisyys.....	19
6.1 Asiakasneuvonnan ja -ohjauksen toimintamalli.....	20
6.2 Palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli.....	21
6.2.1 Ensitiedon keruun hyödyntäminen	22
6.2.2 Asiakaslähtöinen palvelutarpeen arviointi – yhtenäisin menetelmin.....	23
6.2.6 Asiakassuunnitelma	25
6.2.7 Jatko-ohjaus.....	26
7. Käytössä olevat työvälineet.....	28
Lähteet.....	29
Linkkilista	32
Liitteet.....	33
Liite 1: KomPAssin kivijalka: arvot ja ratkaisukeskeisyys	33
Liite 2: Ensitieto-lomake	37
Liite 3: Huoli herää – erilaisten asiakasryhmien tunnistaminen	41
Liite 4: Kotikäynnin tarkistuslista	45
Liite 5: Asiakassuunnitelma	48
Liite 6: Jatko-ohjaus	49
Liite 7: Omaishoidonkriisitilanteiden varautumissuunnitelma Varsinais-Suomessa	50
Liite 7:1 Omaishoidon kriisitilanteisiin varautumisen suunnitelman sisältö.....	51
Liite 7:2 Omaishoitajakortti.....	52
Liite 7:3 Omaishoitajan sosiaalinen verkostokartta.....	54

Liite 8: Jälkihoitomalli omaishoidon päättymistilanteisiin	56
Liite 8:1 Yhteydenotto-prosessi & Omaishoitajan kanssa läpikäytävät sisällöt/teemat	57
Liite 9: Yli 65 vuotiaiden omaishoitajien hyvinvointi – ja terveystarkastukset.....	59
Liite 9:1 Tarkastuksen sisältö	60
Liite 9:2 Kutsuesimerkki	62
Liite 9:3 COPE – mittarilomake	63
Liite 9:4 COPE ohjeistus mittarin käyttöön	66
Liite 9:5 Yhteenveto omaishoitajalle.....	69
Liite 9:6 palaute hyvinvointitarkastuksesta	70
Liite 9:7 Kirjaamisesimerkki.....	72

Johdanto

Oikea aikaiset ja vaikuttavat sosiaali- ja terveystalvelut ovat itsenäisen suoriutumisen kannalta merkittävä tuki sekä lisäksi varhainen puuttuminen iäkkäiden toimintakyvyn heikkenemiseen on kannattavaa. Hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen avulla on mahdollista lisätä iäkkään elämänlaatua, lyhentää asiakkuuksien kestoja ja myöhentää muiden palvelujen tarvetta ja siten myös hillitä sosiaali- ja terveystalvelujen menojen kasvua. Oikea-aikainen palvelutarpeen arvioinnin tekeminen lyhentää asiakkuuksien kestoja ja vähentää päällekkäistä työtä. Vaikutus perustuu siihen, että arviot tehdään nopeasti ja moniammatillisesti jo asiakkuuden alussa.

Tässä käsikirjassa tarkastellaan iäkkäiden keskitetyn asiakasneuvonnan ja -ohjauksen sekä palvelutarpeen arvioinnin vaiheita. Käsikirja toimii asiakasohjaajien työn tukena. Työvälineiden käyttöohjeet on lisäksi koottu erilliseksi kokonaisuudeksi.

Tämä käsikirja on luotu osana Varsinais-Suomen KomPAssi -hanketta, jonka hankesuunnitelman mukaisesti luotiin keskitetty maakunnallinen asiakas- ja palveluohjausmalli sekä kehitettiin omaishoidon palveluita. Keskeisessä asemassa ovat yhtenäiset asiakkaan toimintakyvyn arviointimenetelmät ja neuvonta- ja palveluohjausprosessit sekä kriteerit palveluille.

1. Neuvonta

Neuvonta on varhaisen vaiheen kevyempää tukea. Neuvonnan tehtävänä on jakaa tietoa hyvinvoinnista ja tunnistaa alustavasti ikäihmisen tiedon sekä palveluntarve. Ikääntyneen väestön neuvontaa kuuluu yleistä hyvinvointia ja terveyttä edistäviä palveluita, sosiaalipuolen asioihin esim. sosiaaliturvaan ja ikääntymiseen yleisesti liittyvää neuvontaa. Matalan kynnyksen neuvonta ehkäisee tilanteiden komplisoitumista ja mahdollistaa nopean puuttumisen. Neuvonnan tulee olla saatavilla ilman ajanvarausta, ja neuvoilta edellytetään laaja-alaista osaamista. Viranomaisella on aina velvollisuus neuvoa asiakasta.

Neuvonnan tavoitteena on, että iäkäs henkilö voisi tehdä itsenäisesti valinnan, joka perustuu hänen omiin näkemyksiinsä sekä ammattilaiselta saatuun luotettavaan ja riittävän laaja-alaiseen tietoon.

Neuvonnalla autetaan ja tuetaan sosiaalihuollon asiakasta tietyssä asiassa, kun taas ohjaus on lähtökohtaisesti neuvontaa laajempaa, ja se kattaa sekä asiakkaan ohjaamisen oikean tuen ja palvelun piiriin että asiakkaan palvelujen yhteensovittamista. Neuvontaa ja ohjausta tulee järjestää tarvittaessa yhteistyössä terveydenhuollon kanssa.

2. Ohjaus

Ohjausvaihe on määritelty palveluohjauksen vaiheeksi, jossa ikäihmisen yhteydenotto muuttuu anonyymistä tunnistautumista vaativaksi asiointiksi. Ohjauksessa selvitetään syvällisemmin asiakkaan tilannetta, tarpeita ja voimavaroja. Tavoitteena on antaa asiakkaalle ohjausta ja yhdessä asiakkaan kanssa etsiä sopivia ratkaisuja ongelmatilanteisiin tai löytää sopivia palveluita sekä kannustaa asiakasta tarvittaessa erilaisten palveluiden piiriin.

Ohjauksen tarkoituksena on myös arvioida ohjauksen riittävyyttä eli onko asiakkaalla tarvetta toiselle kontaktille (joko puhelimitse, sähköpostitse tai kasvotusten Lähikompassissa) ja/tai tarvetta palvelutarpeen arviointiin. Ohjaus tapahtuu ensitiedon keruuta apuna käyttäen kun neuvonta ei riitä seulontaan. Pyrkimys on selvittää systemaattisesti ja syvällisemmin asiakkaan tarpeet, jolloin asiakkaan ohjautuminen oikealle asiantuntijalle (sosiaalityöntekijä, omaishoidon työntekijä, terveydenhoitaja tms.) ja riskien tunnistaminen helpottuu.

Ohjauksen työvälineet ovat siis tiedonkeruun välineitä, joiden tarkoituksena on tukea työntekijän tiedonkeruuta ja päätöksentekoa. Tiedonkeruun tulee olla systemaattista ja se ohjaa käsittelemään keskeisiä asioita suhteessa ohjausvaiheen tavoitteisiin sekä asiakkaiden tarpeiden ja voimavarojen monipuoliseen tunnistamiseen. Työvälineen avulla on tarkoitus saada kokonaiskuva pääpiirteissään asiakkaan tilanteesta. Työvälineiden käyttö edellyttää ammattilaiselta herkkyyttä kuunnella ja tunnistaa keskeiset asiakkaan tarpeet ja toiveet. Tarvittaessa ammattilaisen tulee esittää tarkentavia kysymyksiä ja keskittyä kulloinkin kyseessä olevien tilanteiden ja tarpeiden syvempään tunnistamiseen ja oleellisten huolenaiheiden oivaltamiseen. Ammattilainen hyödyntää siten ohjausvaiheessa koko ammattitaitoaan.

3. Palvelutarpeen arviointi

Palvelutarpeen arviointi muodostuu ikäihmisen hyvinvointiin, terveyteen, toimintakykyyn ja itsenäiseen selviytymiseen liittyvästä kokonaisvaltaisesta selvittämisprosessista. Palvelutarpeen arvioinnin ja palveluohjauksen lainsäädännölliset perusteet löytyvät sosiaalihuoltolaista (1301/2014) ja vanhuspalvelulaista (980/2012), kun taas hoidon tarpeen arvioinnin perusta on määritelty terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Tavoitteena on lainsäädännöllä turvata yhdenvertaisin perustein tarpeenmukaiset, riittävät ja laadukkaat palvelut sekä palveluihin ohjauksen toteutuminen.

Ikäihmisten hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi laaditun laatusuosituksen (2017–2019) yhtenä tarkoituksena on tukea vanhuspalvelulain (980/2012) toimeenpanoa. Laatusuosituksessa palvelutarpeen arviointi ja palveluohjaus on nostettu keskiöön.

Sosiaalihuoltolain 36§:n mukaisesti kun maakunnan sosiaalihuollon palveluksessa oleva henkilö on tehtävässään saanut tietää sosiaalihuollon tarpeesta olevasta henkilöstä, hänen on huolehdittava, että henkilön kiireellisen avun tarve arvioidaan viipymättä ja on saatettava loppuun ilman aiheutonta viivytystä. Henkilöllä on oikeus saada palvelutarpeen arviointi, jollei arvioinnin tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta.

Mikäli asiakas haluaa palvelutarpeensa arvioiduksi, lähtökohtana on, että palvelutarpeen arviointi tehdään, vaikka viranomaisen pitäisi sen tekemistä ilmeisen tarpeettomana. Jos arviota ei pyynnöstä huolimatta tehdä, tulee kieltäytymisestä tehdä muutoksenhakukelpoinen päätös.

Palvelutarpeen arvioinnin tekeminen on aloitettava viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun asiakas, asiakkaan omainen tai läheinen tai hänen laillinen edustajansa on ottanut yhteyttä sosiaalipalveluista vastaavaan kunnalliseen viranomaiseen palvelujen saamiseksi, jos:

- 1) henkilö on yli 75-vuotias;
- 2) henkilö saa vammaisetuksista annetun lain (570/2007) 9 §:n 3 momentin 3 kohdan mukaista ylintä hoitotukea

Vanhuspalvelulain (980/2012) 15 § edellyttää, että palvelutarpeen selvittäminen on aloitettava viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheutonta viivytystä sen jälkeen, kun:

- 1) iäkäs henkilö on hakeutunut sosiaalihuoltolain (1301/2014) 36 §:ssä tarkoitettuun palvelutarpeen arviointiin; (30.12.2014/1323)
- 2) iäkäs henkilö on tehnyt kunnalle sosiaalipalveluja koskevan hakemuksen saadakseen sosiaalipalveluja toimintakykynsä tukemiseksi tai suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista;
- 3) 12 §:ssä tarkoitetun toiminnan yhteydessä on yhdessä iäkkään henkilön kanssa arvioitu, että hän tarvitsee säännöllisesti apua toimintakykynsä tukemiseksi tai suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista;
- 4) iäkkään henkilön palvelutarpeesta on tehty 25 §:ssä tarkoitettu ilmoitus, ja selvittäminen on iäkkään henkilön taikka hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan mielestä tarpeen sen johdosta; taikka
- 5) kunnan järjestämiä sosiaalipalveluja säännöllisesti saavan iäkkään henkilön olosuhteissa tapahtuu olennaisia muutoksia.

Edellä mainittujen lisäksi palvelutarpeen selvittäminen voi kohdistua erilaisten tukipalvelujen tarpeen arviointiin ja sairaalahoidosta kotiutumisen yhteydessä tarvittaviin kotiutumista turvaaviin ja palveluihin. Mikäli ilmenee, että iäkäs tarvitsee joko tukea tai palvelua, asiakkaan palvelutarve selvitetään monialaisesti ja luotettavia menetelmiä käyttäen ja tämän tiedon perusteella tehdään päätökset mahdollisesti tarvittavista tuista ja/tai palveluista.

Koska palvelutarpeen arviointi on sosiaalihuoltoon kuuluva keskeinen palvelutehtävä, palvelutarpeen arvioinnin tekemisestä vastaa virkasuhteinen sosiaalihuollon ammattihenkilö, jolla on tarkoituksenmukainen koulutus (Sosiaalihuoltolaki 2014, 36 §, 41 §).

Laki jättää kunnille harkintavaltaa sen suhteen, mikä on tehtävän edellyttämä tarkoituksenmukainen koulutus eri tilanteissa. Asiakkaan tarpeet vaikuttavat siihen, kuka on tehtävään soveltuva. Sosiaalityöntekijän on kuitenkin aina arvioitava erityistä tukea tarvitsevan henkilön palvelutarve.

Erityistä tukea tarvitsevilla henkilöillä ja asiakkaalla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain 3§:ssä seuraavaa: ”--henkilöä, jolla on erityisiä vaikeuksia hakea ja saada tarvitsemiaan sosiaali- ja terveystalveluja kognitiivisen tai psyykkisen vamman tai sairauden, päihteiden ongelmakäytön, usean yhtäaikaisten tuen tarpeen tai muun vastaavan syyn vuoksi ja jonka tuen tarve ei liity korkeaan ikään siten kuin ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista annetun lain (980/2012), jäljempänä *vanhuspalvelulaki*, 3 §:ssä”.

Terveystalveluon henkilöstöllä on velvollisuus osallistua pyydetessä arvion tekemiseen ja toisaalta heidän jo valmiiksi tekemäänsä arviointityötä hyödynnetään selvitetessä sosiaalipalvelujen tarvetta monialaisena palvelutarpeen arviointina. Ikääntyneen väestön palvelutarpeen selvitystä tehtäessä on

Viranomaisella on velvollisuus huolehtia siitä, että asiakkaalla on selkeä käsitys siitä, mihin hänellä on lain mukaan oikeus. Asiakkaan oikeutta saada palvelutarpeen arviointi on tulkittava tiukasti. Asiakkaalle tulee kertoa, mitä tämä oikeus käytännössä tarkoittaa. Laki ei edellytä, että palvelutarpeen arviointi tehtäisiin jokaisessa tapauksessa samalla tavoin, vaan arviointi tulee lain mukaan tehdä asiakkaan elämäntilanteen edellyttämässä laajuudessa. Arvioinnin tekeminen on kuitenkin aloitettava kaikkien osalta viipymättä ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivytystä.

Palvelutarpeiden selvittämisessä huomio on kiinnitettävä niin nykyisiin kuin ennakoitaviin tarpeisiin, erityisesti seuraaviin kokonaisuuksiin:

- toimintakyvyn palauttamisen, ylläpitämisen ja edistämisen sekä
- kuntoutumisen mahdollisuuksiin,
- iäkkään henkilön tarpeeseen ja mahdollisuuksiin ylläpitää sosiaalisia verkostojaan,
- asiakas-/potilasturvallisuuteen, kuten vaaratapahtumien tunnistamiseen,
- turvalliseen lääkehoitoon,
- ravitsemukseen ja suun terveyteen,
- mahdollisten hoitoon ja huolenpitoon osallistuvien omaisten/läheisten tarpeisiin ja voimavaroihin.

Tarvittaessa myös lääketieteellinen arvio on saatava viivytyksettä.

Ikäihmisten palvelutarpeen arviointi on haasteellinen tehtävä, joka voidaan toteuttaa monin tavoin. Hyvässä arviointitilanteessa etsitään tasapainoa asiakkaan oman subjektiivisen arvion avuntarpeestaan sekä yhden tai useamman asiantuntijan arvion välillä. Näiden yhdistämisestä syntyy arvio asiakkaan palvelutarpeesta. Arvioinnissa tulee kiinnittää huomiota niihin riskitekijöihin, jotka ennakoivat toimintakyvyn heikkenemistä ja sitä kautta vaikuttavat palvelutarpeeseen. On siis otettava huomioon myös ne palvelutarpeet, jotka ovat kehittymässä. Mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamiseksi tulee kiinnittää huomioita mahdollisiin riskiryhmiin. Lisäksi riskiryhmille kohdennettu ohjaus ja varhainen tuki ovat tärkeitä terveyserojen kaventamisessa ja autetaan henkilöä voimavarojen käytössä elämänlaadun parantamiseksi. Riskiin vaikuttamalla on mahdollista estää tai vähentää palvelutarvetta.

3.1 Mitä palvelutarpeen arvioinnissa arvioidaan?

Palvelutarpeen arviointi sisältää aina toimintakyvyn neljä ulottuvuutta, joita ovat fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen. Arvioinnin lopputulos on aina yksilöllinen, arvioijan ja arvioidun sekä hänen läheistensä vuorovaikutuksen summa.

Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen suoriutumista erilaisista arkielämän tehtävistä. Toimintakykyyn liittyvä tuen tarve on määritelty yleisesti. Sen tarkoituksena on kattaa laajasti erilaisia toimintakykyä rajoittavia tai alentavia tilanteita. Toimintakykyyn liittyvät tuen tarpeet on kytketty tilanteisiin, joissa henkilö ei fyysisestä, psyykkisestä, kognitiivisesta tai sosiaalisesta syystä aiheutuen suoriudu itsenäisesti jokapäiväisen elämän toiminnoista. Henkilön toimintakyvyn aleneminen voi aiheutua yhdestä tai samanaikaisesti useammasta syystä.

Toimintakyvyn käsite liittyy vahvasti ihmisen hyvinvointiin. Ikäihmisen arvio omasta toimintakyvystään on yhteydessä hänen omiin arvoihinsa, asenteisiin sekä terveyteensä sekä niihin tekijöihin, jotka haittaavat päivittäisissä toiminnoissa ja arjen askareissa selviytymistä.

Toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskitekijöitä ovat: aistitoimintojen heikkeneminen, alttius kaatumisille ym. tapaturmille ja luunmurtumat, ulkona liikkumisen väheneminen ja liikkumisen ongelmat, tasapaino-ongelmat ja lihasvoimien väheneminen, ravitsemustilan poikkeamat, laihtuminen, hauraus-raihnaus -oireyhtymään viittaavat merkit (HRO) (lihaskato, laihuus, hidas liikkuminen) muistin heikkeneminen, muistihäiriöt, mielialan lasku, mielenterveyshäiriöt, runsas päihteiden käyttö, koettu yksinäisyys, runsas sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja erilaiset siirtymät (esim. sairaalasta kotitutumistilanteet) pienituloisuus, puolison/elämäntoverin menettäminen, leskeytyminen, kaltoinkohtelu, perhe- tai läheisväkivalta tai sen uhka.

TOIMIA:n suosituksessa ikääntyvän henkilön palvelutarpeen arvioinnille esitetään yhden mittarin valitsemista kultakin toimintakyvyn neljältä osa-alueelta (arjesta suoriutuminen (fyysinen), kognitio, psyykinen tilanne ja sosiaalinen toimintakyky).

Arjesta suoriutumisen perusarviointi kohdistuu päivittäisten toimintojen (ADL) sekä välinetoimintojen (IADL).

ADL- toiminnot (tarkastellaan suoriutumista ja maksimaalista avuntarvetta)

- Liikkuminen kotona (liikkumisen apuvälineet) > mahdollinen ft, tt arviointikäynti
- Pukeutuminen (mm. apuvälineet)
- Syöminen (mm. nielemisen vaikeudet) > MNA
- Wc:n käyttö (pääseekö itsenäisesti wc:hen)
- Henkilökohtainen hygienia (mm. miten suoriutuu päivittäishygienian hoidosta)
- Kylpeminen (pystyykö käymään suihkussa ilman toisen henkilön apua)

IADL -toiminnot (tarkastellaan suoriutumista ja arvioidaan vaikeuksia)

- Aterioiden valmistus (ruuan suunnittelu, valmistus, pöydän kattaus)
- Tavalliset kotitaloustyöt (tiskaus, pölyjen pyyhintä, vuoteen sijaaminen)
- Raha-asioiden hoito, pankissa käynti ja laskujen maksu
- Lääkityksestä huolehtiminen
- Puhelimen käyttö
- Ostoksilla käynti
- Kulkuvälineiden käyttö (huolehtiiko itse esim. taxin, käyttääkö julkisia)

Kognitio

Kognitiivinen toimintakyky käsittää muistin, oppimisen, tiedon käsittelyn, toiminnan ohjauksen sekä kielellisen toiminnan. Mahdollinen kognition vaje voi vaikuttaa ikäihmisen arjen sujumiseen. Muistiin liittyvät ongelmat saattavat vaikeuttaa arjen toiminnoista selviytymistä. Kognition vaje on tärkeää huomata, jotta sen syy selvittely saadaan aloitettua ja ikäihminen saa tarvitsemaansa apua, neuvoa, ohjausta ja tukea. (RAI; CPS, MMSE, CERAD, läheiskysely)

Psyykinen tilanne

Arjen selviytymisen kannalta psyykkiset voimavarat ovat tärkeitä. On tärkeää kiinnittää huomiota asiakkaan kokemaan yksinäisyyteen, harrastuksiin, mielekkääseen tekemiseen, tai hänen esille tuomiinsa mielialan vaihteluihin. Psyykkisillä voimavaroilla on selkeä yhteys elämänlaadun kokemukseen.

Psyykinen toimintakyky liittyy elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin ja se kattaa tuntemiseen ja ajatteluun liittyviä toimintoja:

- kykyä vastaanottaa ja käsitellä tietoa,
- kykyä tuntea,
- kykyä kokea ja muodostaa käsityksiä omasta itsestä ja ympäröivästä maailmasta,
- kykyä suunnitella elämäänsä ja tehdä sitä koskevia ratkaisuja ja valintoja

Psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat mm.

- nukkuminen
- mieliala
- mieltä painavat asiat
- erilaiset pelot
- koettu yksinäisyyden tunne
- turvattomuuden tunne
- kaikenlaisen väkivallan ja hyväksikäytän pelko ja uhka
- lääkkeiden väärinkäyttö Psyykkisessä toimintakyvyssä kyse on ihmisen voimavaroista, joiden avulla hän kykenee selviytymään arjen haasteista ja kriisitilanteista.

(RAVA, RAI; DRS, GDS-15)

Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky käsittää kyvyn toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa tulisi kiinnittää huomiota asiakkaan ihmissuhteisiin, niiden määrään ja luonteeseen. Myös osallistuminen yhteisön ja yhteiskunnan toimintoihin tulee ottaa puheeksi ja tarkastella niitä yhdessä asiakkaan kanssa.

Muuta huomioitavaa

Asiakkaan elinympäristöön ja etenkin sen siisteyteen ja turvallisuuteen tulee kiinnittää huomiota. Arviointikäynnillä kiinnitetään huomiota mm. valaistukseen, paloturvallisuuteen (pelastuslaki 42§), liikkumisen esteisiin, erityisesti huomioiden wc- ja suihkutilat, matot, kynnykset sekä rappuset. Lisäksi huomioidaan vaativat asumisen olosuhteet.

Asiakkaan taloudellinen selviytymiskyky tulee selvittää. Huolehtiiko asiakas itse taloudestaan vai tekeekö sen joku muu ja onko asiakkaalla asumistuki, hoitotuki yms.

3.2 Asiakkaalle järjestettävät palvelut ja päätös myönnettyistä palveluista

Tuen tarpeen ollessa luonteeltaan tilapäistä, on oikea-aikaisilla ja riittävillä tilapäisillä palveluilla pyrittävä ehkäisemään pidempiaikaisen tuen tarvetta. Kun tuen tarve on pidempiaikaista tai toistuvaa, palveluja on järjestettävä siten, että tavoitteena on asiakkaan itsenäinen selviytyminen ja tuen tarpeen päättyminen asiakkaan kanssa tavoitteeksi asetetun määräajan jälkeen.

Jos tuen tarve on pysyvä tai pitkäaikainen lähtökohtana tulee olla palvelukokonaisuuden yhtenäisyys ja jatkuvuus. Palvelujen muuttamisen tulee ensisijaisesti perustua asiakkaan etuun. Erityistä huomiota tulee kiinnittää asiakkaiden yhdenvertaiseen kohteluun. Silloin kun pitkäaikaisilla asiakkailla on tilapäisiä ja määräaikaista tuen tarpeita tulee niihin vastata siten kuten muidenkin asiakkaiden kohdalla.

Palveluntarpeen selvittämisen yhteydessä arvioidaan, minkä tyyppisestä asiasta on kysymys ja jatko-työskentely toteutetaan sen mukaisesti. Kun tarve on tilapäistä, ei asiakkaalle välttämättä tarvitse nimetä omatyöntekijää, eikä tehdä asiakassuunnitelmaa. Tilapäiseen tarpeeseen on kuitenkin pyrittävä vastaamaan, jotta voidaan ehkäistä pidempiaikaisen tuen tarpeen syntymistä. Kun asiakkaan tuen tarve on jatkuvaa tai toistuvaa, palveluja on järjestettävä siten, että tavoitteena on asiakkaan itsenäinen selviytyminen ja tuen tarpeen päättyminen asiakkaan kanssa yhdessä asetetun tavoiteajan jälkeen. Määräajan asettamisella jo asiakkuuden alkuvaiheessa pyritään siihen, että asiakkuuksien kestoa saataisiin lyhennettyä ja asiakaspalvelua parannettua ohjaamalla asiakas riittävien ja soveltuvien palvelujen ja tukitoimien piiriin. Tavoitteiden toteuttamiseksi voidaan laatia asiakassuunnitelma, mutta osalle asiakkaista riittää huolellisesti tehty palvelutarpeen arviointi.

Vaikka ikäihminen ei palvelutarpeen arvioinnin perusteella tarvitsisi mitään palveluja, niin tukea hän saattaa silti tarvita, sillä asiakkaalla saattaa olla subjektiivinen kokemus avun tarpeesta. Asiakasta ei jätetä tällaisessa tilanteessa yksin, vaan tarvittaessa asiakkaan kanssa yhdessä etsitään sellaisia avun ja tuen muotoja, joita asiakas voi saada ilman viranomaispäätöstä ja joita hän voi yksityisesti hankkia.

Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta tehty päätös myönnettyistä palveluista on sosiaalihuollon virkamiehen tekemä valituskelpoinen hallintopäätös. Sosiaalihuoltolain lisäksi terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään terveydenhuoltohenkilöstön velvollisuudesta osallistua moniammatilliseen palvelutarpeen arviointiin ja yhteistyöhön jos sosiaalihuollon edustaja sitä pyytää.

Moniammatillisen palvelutarpeen arvioinnin käytännön toteuttamisen eräänä haasteena ovat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon lainsäädännön erilaiset käsitteet koskien ikäihmisten hoidon- ja palvelutarpeen arviointia ja ohjausta. Päätöksentekoprosessit ovat laillisuusperustaltaan erilaiset. Sosiaalihuollon päätökset ovat valituskelpoisia hallintopäätöksiä ja terveydenhuollon päätökset eivät sitä ole.

3.2.1 Asiakassuunnitelma

Sosiaalihuoltolain mukaan palvelutarpeen arvioinnissa on tehtävä asiakassuunnitelma. Palvelutarpeen arviointi toimii asiakassuunnitelman pohjana. Asiakassuunnitelman sijaan voidaan tilanteen mukaan tehdä myös muu vastaava suunnitelma, kuten vammaispalvelulain mukainen palvelusuunnitelma. Sosiaalihuoltolain yleisiä asiakas-suunnitelmaa koskevia säännöksiä on sovellettava myös palvelusuunnitelman tekemiseen.

Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen ole muutoin ilmeisen tarpeetonta. Pääsääntöisesti suunnitelman laatii omatyöntekijä. Suunnitelma on laadittava yhdessä asiakkaan kanssa, ellei siihen ole ilmeistä estettä.

Hyvä asiakassuunnitelma lähtee asiakkaan tarpeista ja kokoaa asiakkaan itsensä asettamat tavoitteet arkea tukeväksi kokonaisuudeksi. Suunnitelma ohjaa onnistuessaan kaikkia palvelukokonaisuudesta vastaavia toimijoita, asiakkaita itseään, omaisia ja yksityisiä ja julkisia palveluntuottajia sekä järjestöjä toimimaan asiakkaan tavoitteita tukien.

Suunnitelma tulee tehdä asiakaslähtöisesti

Asiakkaan tuen tarpeen selvittämiseen osallistuvat tarvittaessa asiakkaan omaiset, muut läheiset ja lailliset edustajat. Tuen tarpeen selvittämisen ja suunnitelman laadinta on prosessi, jossa asianomaiset sosiaalityöntekijän tai muun sosiaalihuollon ammattilaisen avustuksella ja tuella arvioivat elämäntilannettaan ja selvittävät keinoja myönteisten muutosten aikaansaamiseksi.

Laadittaessa asiakassuunnitelmaa tulisi tavoitteena olla maakunnan viranhaltijan ja asiakkaan yhteinen näkemys asiakkaan toimintakyvystä ja tarvittavista palveluista. Näkemyseroja voi syntyä esimerkiksi siitä, mikä on kussakin tapauksessa sopivin palvelumuoto tai kuinka runsaasti asiakas tarvitsee esimerkiksi henkilökohtaista apua.

Asiakkaan näkemys, toivomukset ja mielipiteet tarvittavista palveluista ja tukitoimista kirjataan suunnitelmaan. Mikäli palveluista tai palvelujen järjestämistavasta ei päästä yhteisymmärrykseen, on erityisen tärkeää kirjata sekä asiakkaan että työntekijän näkemykset perusteluineen. Asiakkaan näkemystä selvittäessä tulee huolehtia asiakkaalle soveltuvasta kommunikaatiokeinoista tai tulkkaukspalvelujen käytöstä.

Asiakaslaissa mainitaan, että mikäli asiakas ei sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty osallistumaan ja vaikuttamaan palvelujensa suunnitteluun tai asiakas ei ymmärrä ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja tai päätösten vaikutuksia, asiakkaan tahtoa selvitetään yhteistyössä hänen laillisen edustajansa (esimerkiksi määrätty edunvalvoja) taikka omaisensa (vanhemmat, aviopuoliso, rekisteröidyssä parisuhteessa elävä henkilö) tai hänen läheisensä (avopuoliso) kanssa.

Asian selvittämisessä on kyse salassa pidettävien tietojen luovuttamisesta. Mikäli asiakkaan suostumusta tietojen luovuttamiseen ei voida saada, tiedot luovutetaan sosiaalihuollon asiakaslain 17 §:ssä säädetyillä edellytyksillä.

Asiakassuunnitelmaa laadittaessa esimerkiksi seuraavat sosiaalihuoltolain seikat on otettava huomioon asiakassuunnitelman sisällön lisäksi:

- asiakkaan etua koskeva 4 §
- sosiaalihuollon keskeisiä periaatteita koskeva 30 §
- asiakkaan kuulemista koskeva 31 §

Suunnitelman laadinnassa on hyvä ottaa myös huomioon asiakkaan muut suunnitelmat kuten omaishoidon tukeen liittyvä hoito- ja palvelusuunnitelma. Asiakkaan suostumuksella voidaan myös laatia sosiaalihuollon ja muiden hallinnonalojen palveluja ja tukitoimia koskeva yhteinen suunnitelma.

Asiakassuunnitelman sisältö

Sosiaalihuoltolaissa on määritelty asiakassuunnitelman sisältö. Tarkoitus on, että palvelusuunnitelmasta käyvät riittävän yksityiskohtaisesti ilmi ne asiakkaan yksilölliseen toimintakykyyn, elämäntilanteeseen ja palvelutarpeeseen liittyvät seikat, joilla on merkitystä palvelujen sisällöstä, järjestämistavasta ja määrästä päätettäessä.

Asiakassuunnitelmasta on riittävän yksityiskohtaisesti käytävä ilmi asiakkaan yksilöllinen tilanne niiltä osin kuin se vaikuttaa palvelujen sisällöstä, järjestämistavasta ja määrästä päättämiseen. Vammaan ja sairauteen liittyvien seikkojen ohella asiakkaan yksilöllisen tilanteen selvittäminen voi vaatia huomion kiinnittämistä myös hänen sosiaaliseen asemaansa (mm. asumismuoto, perhesuhteet) ja asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista on tuettava.

Sosiaalihuoltolain mukaan asiakassuunnitelman tulee sisältää asiakkaan palvelutarpeen edellyttämässä laajuudessa seuraavat asiat:

1. asiakkaan arvion ja ammatillisen arvion tuen tarpeesta;
2. asiakkaan arvion ja ammatillisen arvion tarvittavista palveluista ja toimenpiteistä;
3. omatyöntekijän tai muun asiakkaan palveluista vastaavan työntekijän arvio asiakkaan terveyden tai kehityksen kannalta välttämättömistä sosiaalipalveluista sekä niiden alkamisajankohdasta ja kestosta;
4. tiedot siitä kuinka usein asiakas ja omatyöntekijä tai muu asiakkaan palveluista vastaava työntekijä tulevat tapaamaan;
5. asiakkaan ja työntekijän arvion asiakkaan vahvuuksista ja voimavaroista;
6. asiakkaan ja työntekijän yhdessä asettamat tavoitteet, joihin sosiaalihuollon avulla pyritään;
7. arvion asiakkuuden kestosta;
8. tiedot eri alojen yhteistyötahoista, jotka osallistuvat asiakkaan tarpeisiin vastaamiseen ja vastuiden jakautuminen niiden kesken;
9. suunnitelman toteutumisen seuranta, tavoitteiden saavuttamista ja tarpeiden uudelleen arviointia koskevat tiedot.

Lisäksi huomioitavaa:

”Sen lisäksi, mitä sosiaalihuoltolain 37 §:ssä ja 39 §:n 2 momentin 1—3 ja 5 kohdissa on säädetty, asiakkaan palvelutarpeen arviointia koskeviin asiakirjoihin kirjataan tarvittaessa asiakkaan laillisen edustajan, omaisen, läheisen tai muun henkilön käsitys asiakkaan tuen tarpeesta. Suunnitelmaa koskevaan arvioon kirjataan lisäksi asiakkaan ja muiden suunnitelman toteuttamiseen osallistuneiden käsitys ja työntekijän arvio siitä, miten suunnitelmassa esitetyt tavoitteet ovat toteutuneet.” (Laki sosiaalihuollon asiakaskirjoista 15§)

Jotta asiakassuunnitelma olisi kattava koonti asiakkaan palveluista, niin siinä tulisi olla myös huomioitu laki potilaan asemasta ja oikeuksista ja sen pykälä 4 a § (17.8.1992/785):

Tutkimusta, hoitoa tai lääkinnällistä kuntoutusta koskeva suunnitelma

”Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelman sisällöstä ja asiaan osallisista on lisäksi voimassa, mitä niistä erikseen säädetään.”

Asiakastietojen kirjaaminen erityisissä tilanteissa

7 § Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen kirjaaminen sosiaalihuollon toimintayksikön sisäisessä yhteistyössä

”Kun sosiaalipalvelua toteuttaa sosiaalihuollon toimintayksikössä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö yhdessä, asiakkaasta laaditaan yhteinen toteuttamiskertomus. Lisäksi asiakkaalle voidaan laatia yhteinen asiakassuunnitelma ja muita tarpeellisia yhteisiä asiakasasiakirjoja. Tässä momentissa tarkoitetut yhteiset asiakasasiakirjat talletetaan sosiaalihuollon asiakasrekisteriin.

Henkilöllä, joka osallistuu edellä 1 momentissa tarkoitetun yhteisen palvelun toteuttamiseen, on oltava pääsy tehtävissään tarvitsemiinsa yhteisiin asiakasasiakirjoihin. Yhteisestä asiakassuunnitelmasta voidaan tallettaa tarvittaessa kopio potilasrekisteriin. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilön terveyden- ja sairaanhoitoa koskevat potilastiedot merkitään potilasasiakirjoihin ja talletetaan potilasrekisteriin siten kuin erikseen säädetään.”

Omaishoitajalle laaditaan oma suunnitelma, jos hän tarvitsee muita kuin omaishoidon hoitotehtävää tukevia sosiaalihuollon palveluja. Suunnitelmaan tulisi aina kirjata ajankohta, jolloin suunnitelmaa seuraavan kerran tarkistetaan. Tilanne tulisi arvioida vähintään kerran vuodessa, omaishoitotilanteen muuttuessa olennaisesti sekä hoidettavan tai omaishoitajan pyynnöstä. Suunnitelman tekemisen yhteydessä asiakkaalle on selvitettävä hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan (asiakas laki § 5). Omaishoitolaki velvoittaa antamaan asiakassuunnitelman liitteenä kirjallisesti tiedot omaishoitolain mukaisista oikeuksista ja lain soveltamisesta.

Asiakassuunnitelman sitovuus ja merkitys

Suunnitelma ei ole viranomaisen tekemä hallintopäätös eikä allekirjoitettunakaan juridisesti sitova. Asiakassuunnitelma toimii myönnettävien palvelujen pohjana ja perusteluna. Kiireellisissä tilanteissa voi olla tarpeen myöntää jokin palvelu ennen asiakassuunnitelman tekemistä. Suunnitelmaan kirjatut palvelut ja tukitoimet tulee kuitenkin myöntää asiakkaalle, ellei ole perusteltua syytä menetellä toisin. Poikkeaminen on aina erikseen perusteltava. Perusteltu syy voi olla esimerkiksi asiakkaan avun tarpeen muuttuminen palvelusuunnitelman teon jälkeen.

Samaten asiakkaan, joka hakee jotakin suunnitelmasta poikkeavaa palvelua tai tukitointa, on perusteltava hakemuksensa hyvin. Olosuhteiden muutos (esim. toimintakyvyn huonontuminen) on yleensä sellainen perustelu, joka selittää poikkeamisen suunnitelmasta. Ennakoitavissa olevia palvelutarpeita kirjataan tarvittaessa suunnitelmaan.

Asiakas- ja palvelusuunnitelmat ohjaavat viranomaisten päätöksentekoa ja antavat tietoa kunnassa esiintyvistä palvelujen tarpeista ja helpottavat näin ollen suunnittelua ja tulevien vuosien budjetointia. Myös erimielisyystilanteissa ja mahdollisessa muutoksenhakuvaiheessa suunnitelmalla on merkitystä.

Asiakas- tai palvelusuunnitelman tarkistaminen

Suunnitelma on tarkistettava, jos henkilön palvelutarpeessa tai olosuhteissa tapahtuu muutoksia sekä muutoinkin tarpeen mukaan. Suunnitelmaan sisällytetään maininta siitä, kuinka usein suunnitelmaa tarkistetaan ja niistä olosuhteista, jotka aiheuttavat palvelusuunnitelman tarkistamisen. Suunnitelma arvioidaan uudestaan, mikäli henkilön olosuhteissa tai palvelutarpeessa tapahtuu sellaisia muutoksia, jotka edellyttävät uutta arvioita järjestettävien palvelujen ja tukitoimien osalta.

3.2.2 Jatko-ohjaus

Kielteisen päätöksen jälkeen asiakasohjaaja suunnittelee yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa kanssa miten asiakas omaehtoisesti ylläpitää toimintakykyään ja miten hänen itsenäistä selviytymistään on mahdollista tukea tarjolla olevilla palveluilla eli laaditaan jatko-ohjaus. Jatko-ohjaus on siis kooste niistä asioista ja toimenpiteistä, joilla pyritään vastaamaan asiakkaan kokemuksiinsa tarpeisiin ja näin edistämään hänen hyvinvointiaan ja ennaltaehkäisemään säännöllisten palveluiden piiriin siirtymistä. Asiakkaan tai omaisen tulee ottaa vastuu sovittujen asioiden toteutumisesta.

Jatko-ohjauksessa:

- Ohjataan ja neuvotaan avoimiin palveluihin ja vapaa-ajan toimintoihin.
- Suunnitellaan ja sovitaan, miten läheiset ovat ikäihmisen tukena.
- Suunnitelma kirjataan ja tallennetaan asiakastietojärjestelmään.
- Asiakas saa jatkosuunnitelman kirjallisena postitse

Jatko-ohjaus tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja vain hänen suostumuksellaan. Ammatillaisen roolina on tukea, ohjata ja neuvoa asiakasta siinä määrin, kuin hän sitä haluaa vastaanottaa. Näkemyserot tulee

kirjata (asiakas ei halua jotain toteuttaa ja ammattilaisen näkemys on, että se tukisi asiakkaan itsenäistä pärjäämistä ja hyvinvointia)

Asiakasta ohjataan tarvittaessa oma alueensa terveyspalveluihin, varmistetaan esim. diabeteskontrollit tms. Jos päädytään esimerkiksi siihen, että jonkin apuvälineen turvin asiakkaan tarve poistuu, niin asiakasta ohjataan oikeaan paikkaan tai autetaan niiden hankkimisessa.

Asiakasohjaajalla on hyvät tiedot asiakkaan alueella saatavista yksityisistä ja 3. sektorin palveluista ja toiminnasta. Näitä vaihtoehtoja ja myös hintatietoja harkitaan yhdessä asiakkaan kanssa.

Asiakkaalla ja omaisella on mahdollisesti tietoa oman alueen palveluista, esim. kylätalkkarin palveluista tms. omakotiyhdistyksessä. Kirjataan suunnitelma, mitä palveluja asiakas ostaa, mihin toimintaan lähtee mukaan, mitä vapaaehtoistyön (esim. ystäväpalvelu) vaihtoehtoja asiakkaalle hankitaan tai niihin ilmoittaudutaan.

4. Asiakas

4.1 Asiakaslähtöisyys ja toimijuus

Asiakaslähtöisyys on lähestymistapa, jossa palveluja ei järjestetä pelkästään organisaation, vaan juuri asiakkaan tarpeista lähtien mahdollisimman toimiviksi. Asiakas osallistuu itse alusta asti palvelutoiminnan suunnitteluun yhdessä palvelun tarjoajien kanssa. Toiminnan tulisi alkaa asiakkaan esittämistä kysymyksistä ja asioista.

Asiakaslähtöisyys rakentuu kohtaamisen ja vuorovaikutuksen osaamisesta, ammattitaidosta, olosuhteista ja niiden tuntemuksesta, johtamisen ja prosessien suunnittelusta, asiakaskokemuksista, sekä asiakkaiden tarpeiden tunnistamisesta ja asenteista.

Asiakaslähtöisyyttä voidaan kuvata ihmisoikeus-, perusoikeus- ja vapausoikeusnäkökulmasta. On tärkeää, että asiakkaan arvokkuuden tunne säilyy ja asiakkaan yksilölliset tarpeet ja omat toivomukset otetaan huomioon silloin kun tehdään häntä koskevia päätöksiä. Asiakaslähtöisyyttä on sekin, että pyydettäessä suostumusta määrättyihin toimenpiteisiin, asiakkaalle kerrotaan tarkoin, mihin hänen suostumuksensa todella antaa luvan. Itsemääräämisoikeus ja valinnanvapaus ovat osa asiakaslähtöisyyttä.

Palvelutarpeen arvioinnissa asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että asiakkaan palvelutarve on toiminnan lähtökohtana. Asiakkaan mielipiteet on kuultava ja kirjattava. On tärkeää, että iäkäs henkilö voi osallistua palveluntarpeiden arviointiin omalla äidinkielellään.

Toimijuus tarkoittaa asiakkaan kyvykkyyttä ja mahdollisuuksia käyttää jäljellä olevaa toimintakykyään arjessa ja tehdä sitä koskevia valintoja ja ratkaisuja. Siten asiakas elää toimintakyvyn heiketessäkin tarpeidensa ja tavoitteidensa mukaista elämää.

Toimijuuden käsitteen avulla on mahdollista nostaa esille ikäihmisen oma motivaatio ja hänelle mielekäs tekeminen. Toimijuuden ulottuvuuksia ovat kykeneminen, osaaminen, haluaminen, täytyminen, voiminen ja tunteminen, jotka kytkeytyvät toisiinsa, mutta ovat erillään pidettäviä.

4.2 Asiakkaan asema ja oikeudet

Asiakasohjaajan on aina kunnioitettava asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja otettava huomioon hänen toiveensa, mielipiteensä ja yksilölliset tarpeensa. Neuvonta ja ohjaus sekä palvelutarpeen arviointi ovat vuorovaikutuksellisia tilanteita, jossa ikäihmisen elämäntilanne, toimijuus ja tarpeet ovat keskiössä ja toimintakykyä arvioidaan keskustellen ja havainnoiden sekä mahdollisesti käyttämällä joitakin mittareita.

Mittarit ovat arvioinnin apuvälineitä. Arviointi perustuu asiakkaan omaan näkemykseen sekä yhden tai useamman asiantuntijan arvioon.

Asiakkaalle on selvitettävä hänen yleis- ja erityislainsäädäntöön perustuvat oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot palvelujen toteuttamisessa ja niiden vaikutukset ja muut seikat, joilla on asiassa merkitystä. Tieto eri palvelujen vaihtoehdoista on annettava siten, että asiakas ymmärtää niiden sisällön ja hänellä on aito mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelukokonaisuutensa suunnitteluun ja valintoihin.

Laissa on säädetty asiakkaan asemasta ja oikeuksista laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) ja laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (22.9.2000/812) seuraavalla tavalla:

- **Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812 [8 §](#) ja [9 §](#)**
- **Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785: Potilaan itsemääräämisoikeus [6§](#)**
- **Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 [8 §](#)**

4.3 Asiakkaan kieltäytyessä arvioinnista tai palveluista

Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä palveluista tai palvelutarpeen arvioinnista. Asiakkaan kuulemisesta ennen häntä koskevan päätöksen tekemistä säädetään hallintolaissa. (<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812#L1>)

Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan.

Huomionarvoista on myös pohtia, miten tuetaan niitä ikäihmisiä, jotka kieltäytyvät vastaanottamasta palveluita, vaikka palvelun tarve on selkeästi olemassa. Keskeistä on riittävän informaation antaminen asiakkaalle päätöksenteon pohjaksi ja palvelun, tuen ja avun piiriin ohjaaminen mikäli asiakkaan mielipide myöhemmin muuttuu. Asiakasohjaajan tulee kyetä tarkastelemaan, missä tilanteissa tulee puuttua asiakkaan elämäntilanteeseen sekä yrittää tarjota palveluita asiakkaan vastustelusta huolimatta.

Kieltäytyjät voidaan jakaa kolmeen segmenttiin:

- *Asiakkaan tarve on tunnistettu*, mutta ammattilaisen näkemys on, että ei ole huolta asiakkaan tilanteesta tai kyvystä tehdä päätöksiä. Info riittää ja yhteystietojen antaminen
- *Asiakkaan tilanteesta nousee ammattilaiselle huoli* > arvioi tilanne ja päättyy siihen, että asiaa ei voida jättää siihen. Tilanne vaatii uuden yhteydenoton, soiton, uuden ajan ja asiaa palaamisen jonkin ajan kuluttua eli tilanteen uuden arvioin (asiakkaan luvalla yhteys omaiseen)
- *Asiakkaan tilanne on ammattilaisen arvion perusteella sellainen, että asiakas ei kykene itse tekemään järkeviä päätöksiä ja vaarantaa joko oman tai toisen osapuolen* > sosiaalipäivystys, lääkäri
 - ammattilainen arvioi onko kyse hoidon tarpeen arviosta > lääkäri, jolle siirtyy päätöksenteko virka-avun pyytämisestä
 - sosiaaliset ongelmat (kaltoinkohtelu, väkivalta, asuin olosuhteet)

Muuta huomioitavaa:

- Kaikissa tilanteissa asioiden ja päätöksenteon perusteiden kirjaamisen tärkeys korostuu!
- Moniammatillinen ”kierros” tulisi käydä, joku toinen työntekijä voikin saada hyvän kontaktin asiakkaaseen
- Tiedon antaminen asiakkaalle: jos asiakas ei ymmärrä, tulee kertoa selkeästi, mitä tarkoittaa, kun kieltäytyy? kieltäytyminen tulisi olla tietoinen päätös

4.4 KomPassin asiakassegmentit ja erilaisten asiakastarpeiden ja kiireellisyyden tunnistaminen

Asiakassegmenttien ja erilaisten asiakastarpeiden ja kiireellisyyden tunnistamisen tueksi on laadittu materiaalia, jonka tarkoitus on tukea asiakasohjaajaa tunnistamaan esimerkiksi erityisen tuen piirissä olevat asiakkaat, päihde- ja mielenterveysasiakkaat, muistiasiakkaat sekä kriisitilanteissa olevat asiakkaat.



KomPASSi_Erilaisten
asiakasryhmien tarp

Asiakassegmentit

Asiakassegmentoinnin avulla voidaan määritellä esimerkiksi palvelutarpeiltaan samankaltaisia asiakasryhmiä ja tarkastella asiakkaiden sijoittumista prosessin eri vaiheisiin. KomPassin asiakassegmenteissä vihreällä osuudella olevat asiakkaat ovat neuvonnan ja ohjauksen asiakkaita. Asiakkaat ovat pääsääntöisesti omatoimisia. Mikäli heillä tulee avuntarvetta, asiakkaat osaavat hakeutua neuvonnan ja ohjauksen piiriin. Mikäli neuvonnassa ja ohjauksessa huomataan syvällisemmän ohjauksen tarve, asiakas voidaan luokitella olevaksi keltaisella alueella tai jos havainnoidaan asiakkaalla olevan selkeä tarve palvelutarpeen arvioinnille, asiakas on punaisella alueella.

Asiakasohjaajan tulee huomioida asiakkaiden yksilöllisyys tarkastellessaan mihin asiakassegmenttiin asiakas mahdollisesti kuuluisi. Toimintakyvyn eri osa-alueet voivat sijoittua eri asiakassegmentteihin. Asiakkaan fyysinen toimintakyky voi olla erittäin heikko eli punaisella alueella, mutta kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky voi olla normaali eli vihreällä alueella. Oikeanlaisella neuvonnalla ja ohjauksella asiakasohjaaja voi tukea asiakkaan mahdollisuutta pysyä tai palautua vihreälle alueelle. Näin ollen RAI-arvioinnista saatua MAPLe5- mittariarvoa tulee aina tarkastella asiakaskohtaisesti.



Kuva 1: KomPassin asiakassegmentit

4.4.1 Asiakkaan tarpeiden tunnistaminen

Asiakkaan tarpeiden selvittämisessä ja erilaisten palvelutarpeiden tunnistamisessa, keskeistä on voimavarojen, palvelutarpeiden, riskitekijöiden ja kiireellisyyden tunnistaminen. Tärkeää on tunnistaa ne ikäihmiset, joiden kotona selviytyminen on vaikeutunut. Ohjauksen on todettu olevan tuloksellista myös niille, joilla on monimutkainen ja pitkäkestoinen palvelutarve. Tavoitteena on tunnistaa ne ikäihmiset, joille neuvonta ja ohjaus ovat riittäviä, sekä ne, jotka tarvitsevat palvelutarpeen arvioinnin. Asiakasohjaajan osaamisalan tunnistaminen on tärkeää palvelutarpeen arvioinnin järjestämiseen liittyen, jotta asiakkaat ohjautuvat oikealla osajalle.

Ensitieto-lomakkeen täyttö ja eri sisältöalueiden läpikäynti on mahdollista tehdä joustavasti asiakkaan kanssa keskustelun edetessä. Osa-alueiden käsittelyjärjestyksen voi työntekijä mukauttaa asiakkaalle sopivaksi kussakin tilanteessa. Ensitiedon keruun tarkoitus on toimia työntekijän tukena asiakkaan tarpeiden systemaattisessa selvittämisessä. Asiakkaan henkilötietoja ei tarvita ensitiedon keruussa, mutta ne ovat tarpeen silloin kun asiakas ei tule autetuksi yhteydenotossa vaan jatkoselvittelyt Lähikompassissa tai palvelutarpeen arviointi ovat tarpeen. Ensitieto-lomakkeessa olevat vapaan tekstin osioihin kirjoitetaan tarkennuksia asiakkaan tarpeista ja voimavaroista sekä kuvaus nykytilanteesta.

4.4.2 Palvelutarpeiden kiireellisyyden tunnistaminen

Palvelutarpeiden kiireellisyyden määrittelemisen perusteella tarkoituksena on löytää ne ikäihmiset, joiden palvelutarpeet edellyttävät toisen asiakaskontaktin tai palvelutarpeen arviointia 1 - 3 päivän sisällä.

Palvelutarpeiden kiireellisyyden osalta keskeistä on tunnistaa ja tarkastella erilaisten voimavarojen lisäksi mm.:

- muuttuneet tilanteet
- onko asiakas jo palvelujen piirissä
- pystyykö hän huolehtimaan perustarpeistaan (mm. ruoka, puhtaus)
- pystyykö hän huolehtimaan lääkityksestään
- liikkuminen, pääseekö hän siirtymään vuoteeseen ja wc:hen, kaatumiset
- lähiverkosto
- mikä on asiakkaan ja omaisten mielipide, onko tilanne kiireellinen
- orientoituneisuus / desorientoituneisuus
- sosioekonomisen tilanteen mahdolliset haasteet mm. asuntoon liittyvät haasteet
- mahdolliseen kriisitilanteeseen viittaavia asioita voivat olla esim.
 - o toivottomuus, uupumus, ärtyneisyys, eristäytyminen, ahdistus, unettomuus ym.

Yllä olevien lisäksi asiakkaan elämäntilanteeseen liittyvistä tiedoista esim. leskeytymisen ajankohta ja asumisolosuhteet, antavat keskeisiä tietoja kiireellisyyden arvioimiseksi. Näiden lisäksi tilanteen arvioinnin tukena voi hyödyllistä tietoa löytyä asiakas/potilastiedoista esim. tieto aikaisemmista palveluista ja sairauksista sekä tieto edellisen lääkärikontaktin ajankohdasta.

4.4.3 Riskitekijöiden tunnistaminen

On tärkeää tunnistaa ne asiakkaat, joilla on eniten toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskejä, sillä niihin vaikuttamalla ja ennakoimalla on mahdollista ennalta ehkäistä ja vähentää palvelujen tarvetta.

Toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskitekijöitä ovat mm.

- aistitoimintojen heikkeneminen
- alttius kaatumisille
- luunmurtumat
- liikkumisen ongelmat
- ravitsemustilan poikkeamat
- muistin heikkeneminen
- mielenterveyshäiriöt
- runsas päihteiden käyttö

- koettu yksinäisyys
- runsas sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö
- siirtymävaiheet
- pienituloisuus
- elämänmuutokset, leskeytyminen
- perhe- tai läheisväkivalta tai sen uhka
- ympäristön haasteet, esteet, turvattomuus
- terveydentilan heikkeneminen
- pitkäaikaissairaudet ja monilääkitys

Riskitekijöiden tunnistamisessa eri osa-alueista kerätyn tiedon yhdistäminen ja voimavarojen huomioiminen on tärkeää. Mahdollisia asiakasryhmiä ovat mm. ne, joilla on ravitsemuksen ongelmia, paljon palveluja tarvitsevat (monisairaat, heikko sosiaalinen asema, moniongelmaisuus, somatisointi, yksinäisyys), mahdolliset kriisitilanteet, erityisen tuen tarpeessa olevat (yksin asuvat, joilla ei ole läheisiä, heikko taloudellinen tilanne, moniongelmaisuus, kaltoinkohtelu ym.) muistisairaat, mielenterveys- ja päihdeasiakkaat.

4.4.4 Asiakasohjaajan osaamisalan tunnistaminen

Mikäli asiakas tarvitsee toisen kontaktin ja/tai palvelutarpeen arvioinnin, on tärkeää pyrkiä tunnistamaan mahdollinen asiakasohjaajan erityinen osaamisala. Osaamisala voi olla esimerkiksi muisti, omaishoito tai sosiaalityö.

Osaamisalan tunnistamisen tarkoituksena on ohjata niille asiakkaille, jotka tarvitsevat palvelutarpeen arvioinnin tarpeita vastaavan ammattilaisen tekemään palvelutarpeen arvioinnin tai osallistumaan siihen. Esimerkiksi jos asiakkaan tarpeissa korostuvat sosiaaliset ongelmat, on tarkoituksenmukaista, että osaaja on sosiaalialan ammattilainen. Jos asiakkaan tarpeissa korostuu sairaanhoidolliset tarpeet, on tarkoituksenmukaista järjestää arvioitsijaksi terveydenhuollon ammattilainen. Lisäksi, jos asiakas on sotaveteraani, on tarkoituksenmukaista huolehtia arviointi veteraanipalveluja myöntävältä taholta.

Asiakkaan tarpeet vaikuttavat siihen, kuka on tehtävään soveltuva. Sosiaalityöntekijän on kuitenkin aina arvioitava erityistä tukea tarvitsevan henkilön palvelutarve. Terveysdenhuollon henkilöstöllä on velvollisuus osallistua pyydettyä arviointia tekemiseen ja toisaalta heidän jo valmiiksi tekemäänsä arviointityötä hyödynnetään selvittäessä sosiaalipalvelujen tarvetta monialaisena palvelutarpeen arviointina. Koska palvelutarpeen arviointi on sosiaalihuoltoon kuuluva keskeinen palvelutehtävä, palvelutarpeen arvioinnin viranhaltijapäätöksestä vastaa virkasuhteinen sosiaalihuollon ammattihenkilö, jolla on tarkoituksenmukainen koulutus (36, 41 §). Laki jättää kunnille harkintavaltaa sen suhteen, mikä on tehtävän edellyttämä tarkoituksenmukainen koulutus eri tilanteissa.

4.4.5 Huoli-ilmoitus

Huoli-ilmoitus tehdään, kun herää huoli sosiaali- tai terveydenhuollon tarpeessa olevasta iäkkästä henkilöstä, joka on ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, terveydestään tai turvallisuudestaan. Ilmoituksen tarkoituksena on varmistaa, että iäkäs henkilö saa tarvitsemansa huolenpidon silloinkin, kun hän ei sitä itse osaa tai ymmärrä pyytää.

Ilmoituksen voi tehdä yksityishenkilö, viranomainen tai ammattilainen. Yksityishenkilöllä on oikeus tehdä ilmoitus iäkkään henkilön palvelutarpeesta, kun taas viranomaisilla on Vanhuspalvelulain 25§:n mukainen ilmoitusvelvollisuus.

Sosiaalihuoltolaki: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

5 § Yhteydenotto sosiaalihuoltoon tuen tarpeen arvioimiseksi

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980> 25§ Ilmoittaminen iäkkään henkilön palvelutarpeesta

5. Asiakasohjaaja

Asiakasohjaaja huolehtii asiakkaan kanssa hänen tarvitsemiensa palvelujen suunnittelusta, hankkimisesta ja yhteensovittamisesta sekä huolehtii, että asiakkaan asiat etenevät suunnitelman mukaisesti.

Asiakasohjaajalla tulee olla itsellään tai käytössään moniammatillista osaamista, koska asiakkaiden moninaiset palvelutarpeet vaativat moniosaamista. Myös erilaisten palveluja koskevien lakien tunteminen on tärkeää. Lisäksi asiakasohjaajan tulee olla tietoinen strategioista ja toimintalinjoista. Asiakasohjaajan vastuulla on asiakkaan neuvonta ja ohjaus, oli asiakas missä asiakassegmentissä tai KomPASSin kokonaisprosessin vaiheessa tahansa.

Omatyöntekijä

Lain mukaan sosiaalihuollon asiakkaalle on nimettävä asiakkuuden ajaksi omatyöntekijä. Työntekijää ei tarvitse nimetä mikäli asiakkaalle on jo nimetty muu palveluista vastaava työntekijä tai nimeäminen on muusta syystä ilmeisen tarpeetonta.

Asiakkaalla on oikeus saada omatyöntekijä koko sosiaalihuollon asiakkuuden ajaksi. Asiakkuuden aikana omatyöntekijä voidaan vaihtaa, jos siihen on pakottava syy tai vaihtaminen on asiakkaan edun mukaista siten kuin sosiaalihuoltolain 4 ja 5 §:ssä säädetään. Omatyöntekijä on nimettävä viimeistään palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Luontevinta on nimetä työntekijä, jonka kanssa asiakas olisi muutoinkin yhteydessä.

Palvelutarpeen arvion yhteydessä asiakkaan kanssa tulee keskustella omatyöntekijän tarpeesta. Omatyöntekijä voidaan jättää nimeämättä esimerkiksi, jos asiakkuus on todennäköisesti hyvin lyhytaikaista tai asiakkaalla on muu tärkeä tukihenkilö.

Tehtävien toteuttamisen kannalta olennaisinta on, että omatyöntekijä työskentelee siinä organisaatiossa, joka on vastuussa sosiaalipalvelujen toteuttamisesta ja että hänellä on tehtävään riittävä osaaminen. Jos asiakas tarvitsee sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja, on tärkeää, että molemmilla sektoreilla on yhteistyötä tekevät vastuutahot.

Sosiaalihuoltolain 41 §:n mukaan palvelutarpeen arvioimiseksi, päätösten tekemiseksi ja sosiaalihuollon toteuttamiseksi toimenpiteistä vastaavan sosiaalihuollon viranomaisen on huolehdittava siitä, että käytettävissä on henkilön yksilöllisiin tarpeisiin nähden riittävästi asiantuntemusta ja osaamista.

Omatyöntekijä on nimettävä, jos iäkäs henkilö tarvitsee apua:

- palvelujen toteuttamiseen liittyvissä asioissa esim.
- ei sairauden, päihdeongelman tai muun syyn vuoksi kykene
- huolehtimaan itsestään
- vaikea elämäntilanne tai muutosvaihe, kuten leskeytyminen,
- vakavan sairauden pahenemisvaihe tai kotiutus
- laitoshoidon jälkeen
- monipalveluasiakkaat, jotka tarvitsevat apua palvelukokonaisuuden hallinnassa
- turvattomuus, esim. muistisairaudesta johtuen
- omaishoitotilanteet, joissa omainen tarvitsee apua ja tukea
- asiakkaan asioiden hoitamisessa

Omatyöntekijän tehtävät:

- seuraa asiakas ja / tai palvelusuunnitelman toteutumista
- koordinoi palvelukokonaisuutta
- varmistaa, että tarvittava tieto kulkee eri tahojen välillä
- neuvoo ja auttaa palvelujen ja etuuksien saannissa
- tarve arvioitava aina palvelujen tarpeen selvittämisen yhteydessä

Omatyöntekijänä voi toimia:

- sosiaali- tai terveydenhuollon ammatillinen kelpoisuus

- asiakkaan tarpeisiin nähden riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän tuntemus ja ikääntymiseen liittyvä asiantuntemus
- maakunta harkitsee olosuhteisiinsa parhaiten sopivan tavan tehtävän hoitamiseksi esim.
 - joku asiakkaan kanssa työskentelevä työntekijä, jolla on riittävä osaaminen asiakkaan tarpeisiin nähden
 - erillinen tehtävä, jolloin vastuutyöntekijät hoitavat päätyönään monien asiakkaiden vastuutyöntekijän tehtävistä vrt. asiakasvastaava tai muistikoordinaattori

6. Keskitetty toimintamalli KomPAssi

Keskitetyllä toimintamallilla pystytään tarjoamaan asiakkaille/ikäihmisille ja heidän läheisilleen nopeampaa, laadukkaampaa sekä tasa-arvoisempaa palvelua prosessin kaikissa kohdissa.

Työvälineiden avulla työntekijä pystyy tarjoamaan asiakkaalle laadukasta neuvontaa ja ohjausta sekä tarvittaessa siirtämään asiakkaan ohjaustiedot kunnasta toiseen tai toiselle asiakasohjaajalle sekä prosessissa eteenpäin palvelutarpeen arviointiin. Työvälineet tukevat moniammatillisuutta sekä yhteistyötä eri sektoreiden ja kolmannen sektorin kanssa.

6.1 KomPAssin arvot ja ratkaisukeskeisyys

KomPAssin kivijalkaa luotiin ammatillisille suunnatuissa kolmessa Workshopissa tammikuussa 2018. Näissä työpajoissa pohdittiin KomPAssin arvoja ja tärkeimpiä ratkaisukeskeisyyden piirteitä ja valittiin neljä arvoa sekä yhdeksän keskeistä ratkaisukeskeisyyden piirrettä.

Arvot ovat periaatteita, jotka ohjaavat valintoja ja auttavat tekemään päätöksiä. Arvot ovat samalla myös tiedostettuja motiiveja ja ne ohjaavat ihmisten tekoja ja toimintaa.

KomPAssin arvoja ovat tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus, luottamus, asiakaslähtöisyys sekä vastuullisuus.

Ratkaisukeskeisyys on aktiivista ja etenevää toimintaa sekä asiakkaan että asiakasohjaajan näkökulmasta. Halu selvittää asia ja asiakkaan tilanteen huomioiminen ovat keskeistä ratkaisukeskeisessä työskentelyotteessa. Siihen kuuluu myös asiakkaan voimavaroihin keskittyminen. Asiakasohjaajan ratkaisukeskeinen työote on käytännönläheistä ja myönteistä tapaa kohdata erilaisia elämäntilanteita. Työote innostaa kehittämään luovia ratkaisuja korostamalla voimavaroja, edistymistä ja yhteistyötä. Ratkaisukeskeisen ajattelun avulla voidaan auttaa asiakasta löytämään ratkaisun avaimia ja usein ne löytyvät asiakkaasta itsestään.

KomPAssin ratkaisukeskeisyyden piirteitä ovat:

- hyväksyvä ilmapiiri
- yhdessä tavoitteiden ja keinojen asettaminen, lähtökohdan selvittäminen
- elämänhallinta
- hyvä vuorovaikutus
- kokonaisvaltainen kohtaaminen
- ihmiseltä ihmiselle
- voimavarakeskeisyys
- osallistuminen
- moniammatillinen yhteistyö

Liitteenä 1 on kuvattuna, kuinka arvot ja ratkaisukeskeisyyden piirteet näkyvät asiakkaalle ja asiakasohjaajalle (liite 1).

6.1 Asiakasneuvonnan ja -ohjauksen toimintamalli

Asiakkaille eli ikäihmisille ja heidän läheisilleen tarjotaan monipuolisesti neuvontaa ja ohjausta. Asiakkaille ja ammattilaisille tarjotaan sähköisen alustan eli asiakasneuvonta.fi-nettisivun kautta tietoa erilaisista palveluista ja sivuston tarkoitus on kannustaa omatoimiseen arjen sujuvuuden parantamiseen.

Asiakkaille tarjotaan monikanavaiset yhteydenottotavat asiakasohjaajiin. Asiakas voi jättää asiakasneuvonta.fi-sivulta yhteydenottopyynnön asiakasohjaajalle, keskustella chatin kautta, soittaa keskitettyyn puhelinpalveluun, varata aikaa tai mennä ilman ajanvarausta Lähikompassiin keskustelemaan asiakasohjaajan kanssa sekä lähettää sähköpostia. Kaikki asiakaskontaktit tilastoidaan asiakasohjaajien työn ohjaus-, seuranta- ja raportointijärjestelmään eli Atsoriin.

Neuvonta tapahtuu yleensä anonyymisti, joten on erittäin tärkeää, ettei arkaluontoisia asioita keskustella chatissa tai sähköpostin välityksellä. Mikäli asiakasohjaaja huomaa, että asiakkaan kanssa olisi hyvä jatkaa keskustelua tarkemmin, tunnistaa asiakas tai siirtää asiakas toiselle asiakasohjaajalle, tulee asiakasohjaajan kertoa asiasta asiakkaalle ja sopia toinen kontakti puhelimitse tai kasvotusten Lähikompassiin (kts. 4.4 KomPassin asiakassegmentit ja erilaisten asiakastarpeiden ja kiireellisyyden tunnistaminen).

Ohjauksen työvälineenä on Ensitieto-lomake, jonka asiakasohjaaja täyttää Atsoriin. Ensitieto täytetään tarvittavalla laajuudella ja tarvittaessa siitä kirjataan tiivistelmä asiakas- tai potilastietojärjestelmään. Tiivistelmässä voidaan kertoa mm. mikä on päällimmäinen syy yhteydenottoon ja ohjauksen jatkumisen tai palvelutarpeen arvioinnin tarpeeseen. Palvelutarpeen arviointia tekevä asiakasohjaaja voi täydentää ensitietoa. Kirjauksen potilastietojärjestelmään voi tehdä myös asiakasohjaaja, joka tekee palvelutarpeen arvioinnin, mikäli ohjausvaiheen asiakasohjaaja on arvioinut tarpeen kotikäynnille. Huolellisesti täytetyn ensitiedon perusteella tulisi olla tulevaisuudessa mahdollisuus myöntää asiakkaalle tukipalveluja.

Tämän käsikirjan liitteenä on Ensitieto-lomake (liite 2).

Huoli-ilmoitus

Mikäli keskitettyyn asiakasneuvontaan ja -ohjaukseen tulee yhteydenotto, joka on joko kansalaisen huolen ilmaisu tai viranomaisen ilmoitus iäkkään henkilön tilanteesta, joka edellyttää asiakkaan tilanteen nopeaa selvittelyä, asiakasohjaaja ottaa yhteyttä palvelutarpeen arvioinnista vastaavaan tahoon. Asiakasohjaaja siirtää Atsoriin asiakkaan kiireellisyysluokassa HETI asiakkaan kotikunnan Lähikompassiin. Asiakkaan kotikunnan asiakasohjaaja lähtee hoitamaan asiaa kunnan omien toimintatapojen mukaisesti.

Liitteenä on materiaalia huoli-ilmoitukseen ja erilaisten asiakasryhmien tunnistamiseen (liite 3).

Sosiaalipäivystyksen toiminta-ajat ovat:

- arkisin klo 16.00 - 8.00
- perjantai klo 15.00- maanantai klo 8.00
- arkipyhien aattona klo. 15.00 alkaen
- juhlapyhinä ja juhlapyhien aattona klo 00.00 - 24.00

Sosiaalipäivystyksen aktiivipäivystyksikkö vastaa sopimuskuntien alueella puhelimitse tapahtuvasta päivystystyöstä. Yksikön työntekijä arvioi edellyttääkö päivystystehtävä jalkautumista asiakkaan luo. Virka-aikana tapahtuvasta sosiaalipäivystyksestä kunnat vastaavat edelleen itse. Sopimuskuntien virka-ajan ulkopuolinen sosiaalipäivystys muodostuu aktiivi-päivystyksiköstä sekä alueellisista varallaoloringeistä. Virka-ajan ulkopuolella yhteydenotto tapahtuu hätäkeskukseen 112.

6.2 Palvelutarpeen arvioinnin toimintamalli

Yhtenäisen palvelutarpeen arvioinnin toimintamallissa keskeisintä on asiakkaan tarvelähtöinen arviointi, jossa asiakkaan osallistuminen ja vaikuttaminen ovat keskiössä.

Toimintamalli pitää sisällään seuraavat asiat:

- 1) Ensitiedon keruun hyödyntäminen
 - riskien varhainen tunnistaminen ja palvelutarpeen kiireellisyyden tunnistaminen
 - ohjautuminen oikealle asiakasohjaajalle
 - arvioinnin laajuus
- 2) Asiakaslähtöinen palvelutarpeen arviointi – yhtenäisin menetelmin
 - kotikäynnin suunnittelun tarkistuslista
 - kotikäynnin sisältö; kotikäynnin tarkistuslista; asiakkaan kanssa yhdessä läpikäytävät asiat + asiakaskohtaiset
 - yhtenäinen arviointiväline + tarvittavat asiakaskohtaiset erillismittarit
 - moniammatillinen palvelutarpeen arviointi
 - palveluiden piirissä olevien asiakkaiden uudelleenarviointi, kun palveluntarve on muuttunut
- 3) Yhtenäiset palvelukriteerit
 - maakunnalliset ikäihmisten palvelukriteerit; sosiaalihuoltolain velvoittamiin palveluihin
- 4) Päätöksenteko (palvelupäätös, viranhaltijapäätös)
 - toistaiseksi kuntien omien toimintamallien mukaisesti
- 5) Palveluiden järjestäminen
- 6) Asiakassuunnitelma (myönteinen palvelupäätös)
 - sisältö ja rakenne
- 7) Jatko-ohjaus (kielteinen palvelupäätös)
 - sisältö ja rakenne
 - asiakasneuvonta.fi sivusto

Palvelutarpeen arvioinnissa arvioidaan tarvittaessa sekä hoidettavan että hoitajan toimintakykyä. Omaishoitajuuden arvioinnissa hoitajan tulee kyetä kantamaan kokonaisvastuu hoidettavasta.

Arvioitaessa hoitajan soveltuvuutta hoitotehtävään **voi** soveltuvuuteen vaikuttaa hoitajan fyysinen ja psyykinen terveydentila, mahdolliset sairaudet ja niiden vaatima hoito, hoitajan toimintakyky ja voimavara, kuten kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista.

Palvelutarpeen arviointi ja muiden välttämättömien palveluiden tarve ja määrä arvioidaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen toimesta tehdyllä kotikäynnillä. Tarvittaessa hoitajan on esitettävä lääkärintodistus ja / tai eri asiantuntijoiden lausuntoja terveydentilastaan. Arvioita voidaan pyytää myös omaishoidon aikana.

Lisätietoa omaishoidon palvelutarpeen arvioinnissa käytettävistä mittareista löydät Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivuilta.

Omaishoidon palvelutarpeen arvioinnin aikana arvioidaan mm.

- hoidettavan kyky selviytyä arjen perustoiminnoista
- hoidettavan tunteiden hallinta ja todellisuuden taju
- hoidettavan muisti ja päätöksentekokyky
- hoidettavan terveydentila, toimintakyky ja voimavarat
- hoitajan terveydentila, toimintakyky ja voimavarat

- hoitajan elämäntilanne ja kyky hoitaa ja auttaa läheistään
- koti hoitoympäristönä ja mahdollisten apuvälineiden ja kodinmuutostöiden tarve

Mikäli kriteerit omaishoidon tuen myöntämiseen eivät täyty, turvataan omaisen ja hakijan hyvinvointi tarjoamalla muita sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kolmannen sektorin palveluja eli tehdään jatko-ohjaus.

Mahdollisen omaishoitajan toimintakyvyn / soveltuvuuden arviointi

Omaishoitajaksi hakeutuvan henkilön tulee olla 18 vuotta täyttänyt sekä elämäntilanteensa, terveytensä ja toimintakykynsä puolesta soveltuva omaishoitajaksi. Omaishoidon tuen päätöstä tehtäessä arvioidaan kokonaisvaltaisesti, selviytyykö hoitaja omaishoitoon sisältyvistä tehtävistä.

Omaishoidon tukea ei myönnetä, jos hoitajalla on todettu ja päivittäiseen päätöksentekokykyyn vaikuttava muistisairaus, vakavia mielenterveyden ongelmia, päihteiden väärinkäyttöä tai jos hoitajan toimintakyky ja muu terveydellinen tila tai perhetilanne tai elämäntilanne selvästi rajoittaa häntä toimimasta omaishoitajana, vaikka hoidettavalle järjestetään riittävä määrä palvelua hoidon toteutumiseen (ratkaisu on hoidettavan edunmukainen). Tarvittaessa hoitajan on esitettävä lääkärintodistus terveydentilastaan.

Jos omaishoitaja tarvitsee muita kuin omaishoidon hoitotehtävää tukevia sosiaalihuollon palveluja, laaditaan hänelle oma palvelutarpeen arviointi ja asiakassuunnitelma.

Hoitajan soveltuvuutta ja voimavaroja voidaan selvittää esim. seuraavilla kysymyksillä:

- Millainen on mielestänne oma terveydentila?
- Onko omaishoitajana toimiminen mielestänne henkisesti rasittavaa?
- Onko omaishoitajana toimiminen mielestänne fyysisesti rasittavaa?
- Oletteko viime aikoina ollut huolissanne siitä, pystyttekö huolehtimaan läheisestänne?
- Jos palkkatyössä, niin kuinka vaikeaksi kokee työn ja omaishoidon yhteensovittamisen?
- Voitteko mielestänne riittävästi tehdä tai harrastaa teille mieluisia asioita?
- Koetteko tietojenne ja taitojenne riittävän omaishoitotyössä?
- Koetteko fyysisen toimintaympäristön (koti) tukevan toteuttamaanne omaishoitotyötä?
- Voitteko jakaa arjen iloja ja suruja jonkun läheisenne kanssa?
- Saatteko läheisiltänne tukea tai apua yleensä arkeenne liittyvissä pulmatilanteissa?
- Voitteko keskustella läheistenne kanssa omaishoitoon liittyvistä asioista?
- Tunnetteko olevanne yksin ongelmienne kanssa?

Omaishoitajan soveltuvuuden arviointi toteutetaan hoitajaa suullisesti haastatellen. Arvioinnista tietoihin kirjataan omaishoidettavan hoitoon ja huolenpitoon merkittävästi liittyvät asiat omaishoitajan soveltuvuudesta tai soveltumattomuudesta omaishoitajaksi. Tarvittaessa voidaan omaishoitajalta pyytää lääkärintodistus hakemuksen liitteeksi. (*Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, 19 § Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 20 §*)

6.2.1 Ensitiedon keruun hyödyntäminen

Palvelutarpeen arviointia tekevän asiakasohjaajan tulee tutustua ohjausvaiheessa kerättyyn ensitietoon. Ensitieto täytetään tarvittavalla laajuudella ja siitä kirjataan tiivistelmä asiakas/potilastietojärjestelmään. Tarvittaessa asiakasohjaaja voi täydentää ensitietoa.

Ensitiedon pohjalta asiakasohjaaja voi tarkistella palvelutarpeen arvioinnin laajuutta sekä asiakasohjaajan erityisosaamisen mahdollisia vaatimuksia. Lisäksi kotikäynnin kiireellisyys määräytyy kerätyn ensitiedon pohjalta.

Palvelutarpeen arvioinnin laajuus

Palvelutarpeen arvioinnin laajuus voidaan jakaa palvelutarpeen selvittämiseen ja palvelutarpeen arviointiin. Selvittäminen on tilanteen alkukartoitusta (haastattelua tai ensitieto-lomakkeen täydentämistä), joka voi tapahtua puhelimitsekin.

Selvittäminen on olosuhteiden selvittämistä, jossa pyritään saamaan yleiskäsitys asiakkaan tilanteesta: laaja tilannearvio, mutta lyhyesti. Esille nousee siis erityisesti kysymys siitä, miten asiakas selviytyy arjessa (adlh-toiminnot). Avaavilla kysymyksillä asiakasohjaaja etsii ns. todellista tilannetta ja asiakkaan tarpeita sekä kartoittaa kiireellisyyttä.

Palvelutarpeen arviointi tapahtuu kotikäyntinä, sillä asiakkaan koti ja elinympäristö ovat merkittävässä roolissa (asiakkaan laaja palvelutarpeen arviointi tehdään aina asiakkaan omassa elinympäristössä). Palvelutarpeen arviointi on syvällisempää ja vaatii enemmän havainnointia kuin selvittämisessä. Palvelutarpeen arvioinnissa selvitetään myös laaja-alaisemmin asiakkaan mahdolliset tuen tarpeen, etuudet ja palvelut.

Kotiutumistilannetta arvioitaessa tehdään suppeampi palvelutarpeen arviointi eli palvelutarpeen selvittäminen, jonka tarkoitus on turvata asiakkaan kotiutuminen. Kotiutumisen jälkeen, kun asiakkaan tilanne on tasaantunut, tehdään laaja-alainen palvelutarpeen arviointi.

Asiakassegmenteittäin tarkasteltuna palvelutarpeen arvioinnin laajuus voidaan määritellä seuraavalla tavalla:

Vihreä segmentti: neuvontaa ja ohjausta, suurin osa asiakkaista on vihreällä alueella, jossa pärjätään puhelin-, kasvotusten-, tai chat neuvonnalla.

Vihreän ja keltaisen alueen välissä on seula eli Ensietieto-lomake

Keltainen: palveluohjauskäynti (voidaan toteuttaa joko kasvotusten asiakasohjaajan luona lähipalvelupisteessä tai asiakkaan kotona). Ensietoa käyttäen arvioidaan vaatiiko kotikäynnin vai voisiko asiakas tulla vastaanotolle. Asiakas voi joko palautua vihreälle jäädä keltaiselle tai siirtyä punaiselle alueelle.

Punainen: Ensietiedon keruu tapahtuu mahdollisimman pian (riskien ja kiireellisyyden tunnistaminen), jonka pohjalta tehdään aina kotikäyntinä laaja-alainen palvelutarpeen arviointi. Palveluiden piirissä oleville asiakkaille tulee tehdä laaja-alainen arviointi.

6.2.2 Asiakaslähtöinen palvelutarpeen arviointi – yhtenäisin menetelmin

Kotikäynti

Asiakkaan omat toiveet ja tavoitteet ovat palvelutarpeen arvioinnin lähtökohta ja asiakkaan kohtaaminen oman elämänsä asiantuntijana vahvistaa asiakkaan kuulluksi tulemisen tunnetta. Tärkeää on huomioida asiakkaan voimavarat ja käytössä olevat vahvuudet, esimerkiksi läheisten osallistuminen palvelutarpeen arviointiin sekä miten läheiset voivat olla mukana tukemassa asiakasta hänen arjessaan eri osa-alueilla.

Kotikäynnin suunnittelun ja toteutuksen on laadittu tarkistuslista, joka on liitteenä 4 ja löytyy myös Atsorista (liite 4).

Asiakkaan kokonaistilanteen kartoittaminen laaja-alaisesti edellyttää, että tarkistuslistan eri osa-alueet käydään asiakkaan kanssa läpi sekä keskustellen että havainnoiden.

RAI- arviointiväline toimii asiakkaan laaja-alaisen palvelutarpeen arviointivälineenä ja päätöksenteon tukena. Tehdään MNA seulonta ja tarvittaessa arviointi. Tilanteen mukaan käytetään tarvittaessa muita mittareita (esim. MMSE, GDS-15, kaatumisriskin arviointimittari).

Moniammatillinen palvelutarpeen arviointi

Palvelutarve tulisi arvioida moniammatillisesti; tilanteen edellyttämällä laajuudella.

Miten asiakas ohjautuu moniammatilliseen palvelutarpeen arviointiin?

- kuntouttavan arviointijakson asiakkaiden arviointi on aina moniammatillista
- kun ensitiedoista / asiakastiedoista nousee esille useampi ongelma
 - moniongelmainen asiakas
 - paljon palveluja käyttävä asiakas (päivystys, sote-yhteydenottoja jne)
- terveydentilaan liittyvät moninaiset ongelmat ja / tai selkeä ongelma joka pystytään osoittamaan jollekin määritellylle ammattiryhmälle
- lääkityksen ongelma (lääkkeenoton ongelmaa, useita lääkkeitä, säännöllistä seurantaa vaativa lääkitys)
- liikuntakyky on alentunut (kaatuilu, pelko kaatumisesta, huimaus, tasapainon ongelmat)
- apuvälineiden tarve suuri (vaatii toimintaterapeutin, ft:n arvion)
- asunnon muutos- siivoustarve
- päivittäiset toiminnot, toimintakyky alentunut (mistä johtuu /syy epäselvää > terveydentilan selvitys)
- merkittävä muutos elämäntilanteessa
- ongelmia enemmän kuin yksi, ongelmat eri sektoreilla; terveys – toimeentulo -
- saattohoito

Riskit

- päihteiden käyttö
- mielenterveyden ongelma
- kognition ongelmat

Asiakkaan uudelleen arviointi

- palveluissa ilmennyt monia ongelmia ja riskejä

Palveluiden ulkopuolella aiemmin olevat henkilöt

- taustalla esim. lievä kehitysvamma, yksin jäänyt, tukiverkosto puuttuu

Mitkä RAI-mittarien tulokset viittaavat moniammatillisuuden tarpeeseen? esim.

- MAPLe 4-5
- CPS 1 tai yli > muistikoordinaattorin konsultaatio
- CHESS 2 tai enemmän, niin ainakin hoitajan konsultaatio

Asiakkaan uudelleenarviointi

Keskitetyn asiakasohjauksen tulisi tehdä asiakkaan uudelleenarviointi seuraavissa tilanteissa:

- kun asiakkaan toimintakyky on muuttunut pysyvästi eli kun käyntimäärät ja maksumäärät lisääntyvät, tulee tehdä uudelleenarviointi. Seuranta-aika 1kk (esim. akuutit infektiot, ripuli, kuume yms. yleistilaa äkillisesti huonontava tilanne > hoidontarpeen arviointi tuottajan toimesta)
- palveluntuottajilla tulisi olla esim. RAI, jonka pohjalta voi perustella maakunnalle palvelutarpeen muutosta (joko lisää palvelua tai palvelun vähentämistä) ja pyytää asiakkaalle uudelleenarviointia. Tällöin RAI:n arviointitieto siirtyy keskitettyyn palvelutarpeen arviointiin ja omalle asiakasohjaajalle
- jos RAI:ta ei ole käytössä, niin palveluntuottajalla tulee olla mitattua tietoa asiakkaan toimintakyvyn muutoksesta (RAVA, MMSE, FROP, GDS-15, MNA, SPPB, Barthel tmv, joista saa RAI:ta vastaavaa tietoa esim. IADL, ADLH toiminnoista).
- laaja-alainen RAI arviointi tehdään puolivuositain ja tarvittaessa (tilanteen muututtua pysyvästi) useammin
- kun asiakas (sekä omainen) haluaa vaihtaa palveluntuottajaa, tulisi onnistua vaihto ilman uutta palvelutarpeen arviointia. Kuitenkin, jos kyseessä on palvelutarpeen määrän muutos, tulisi uudelleen arviointi tehdä palveluohjaajan toimesta.

- kun asiakkaalla tulee tarve saada uusia palveluja, tulee tehdä uudelleenarviointi tai jos asiakas itse kokee, että elämäntilanne tai toimintakyky on muuttunut, niin asiakkaalla on oikeus pyytää uutta arviointia
- asiakas sairaalassa? Jos on ollut 1kk sairaalassa, asiakas kirjataan ulos ja tehdään uusi arvio
- mikäli asiakkaalle on myönnetty kuntouttava arviointijakso

Oikeus toistaiseksi myönnettyihin tukipalveluihin tulee uudelleenarvioida vuosittain

6.2.6 Asiakassuunnitelma

Asiakassuunnitelma laaditaan aina, ellei sen tekeminen ole ilmeisen tarpeetonta (kts. 3.2.1 Asiakassuunnitelma). Asiakassuunnitelma kirjataan asiakas/potilastietojärjestelmään sekä annetaan asiakkaalle.

Asiakassuunnitelman rakenne

A. Asiakkaan tilanteen kartoitus

- asiakkaan perustiedot; nimi, osoite, puh. nro, (tulevat järjestelmästä)
- lähiomaisen yhteystiedot ja mikäli asiakkaan lähiomainen ei ole ensisijainen yhteyshenkilö, niin se tulee olla kirjattuna. Tämä siksi, että asiakassuunnitelman tulee siirtyä Kantaan ja silloin näiden tietojen tulee näkyä myös itse suunnitelmassa.
- palvelutarpeen arviointiin osallistuneet tahot
- asiakassuunnitelman laadintaa osallistuvat tahot, asiakassuunnitelmasta vastaavan ammattilaisen tiedot
- yhteenveto sellaisista tiedoista, jotka ovat suunnitelman laadinnan kannalta tärkeitä ja jotka koskevat asiakkaan nykyistä tilannetta.

B. Asiakkaan voimavarat ja tuen tarve

Asiakkaan oma, subjektiivinen kokemus/näkemys hänen omista voimavaroistaan, tuen ja palvelun tarpeestaan (toiveet, mielipiteet)

Esim. Mitä pystyn tekemään päivittäin itse, mitä pyrin tekemään, mitä haluaisin tehdä itse, missä on vaikeuksia ja missä tarvitsen tukea tai toisen henkilön apua

- omaisen, läheisen tai muun edustajan arvio asiakkaan voimavaroista ja tuen tarpeesta eli mistä toiminnoista asiakas vielä selviytyy, missä on vaikeuksia ja mistä ei ilman apua tai tukea selviydy

Ammattilaisen kokonaisvaltainen näkemys asiakkaan tilanteesta; mistä toiminnoista asiakas vielä selviytyy, missä on vaikeuksia ja mistä ei ilman apua / tukea selviydy).

On huomioitava elämän eri osa-alueet asuinympäristön haasteista, toimintakyvyn osa-alueisiin ja kartoitettava asiakkaan sosiaalinen verkosto (omaiset, ystävät, mahd. vapaaehtoiset, naapuriapu) ja heidän roolinsa arjen tehtävissä. Selkeä kirjaus asiakkaan voimavaroista, arvio kuntoutumisen edellytyksistä ja selkeä kirjaus siitä, missä tarvitaan apua.

- yhteenveto yllämainituista; pyritään yhteiseen näkemykseen. Mikäli on näkemyseroja, niin ne kirjataan. Ammattilaisen arvion tulee olla perusteltua.

C. Tarvittavat palvelut ja toimenpiteet

- asiakkaan arvio tarvitsemistaan palveluista ja toimenpiteistä, joita hän tarvitsee ja joilla hänen olemassa olevia voimavarojaan pystyttäisiin tukemaan ja vahvistamaan ja palveluntarvetta mahdollisesti vähentämään

- ammattilaisen /ammattilaisten arvio asiakkaan tarvitsemista palveluista ja toimenpiteistä, joita asiakas tarvitsee ja joilla hänen olemassa olevia voimavarojaan pystyttäisiin tukemaan ja vahvistamaan ja palvelutarvetta mahdollisesti vähentämään. Ammattilainen tekee arvionsa asiakasta kuullen ja hänen kanssaan keskustellen ja asioita tulkiten.
- vastuutyöntekijän arvio / näkemys siitä, mitkä ovat sellaisia sosiaalipalveluita (huom! tunnistaminen) jotka ovat asiakkaan hyvinvoinnin ja terveyden kannalta välttämättömiä. Kirjataan arvio niiden alkamisajankohdasta (kiireellisyysarvio) ja kestosta.
- kirjataan yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa omaisen kanssa se, mikä on asiakkaan oma vastuu suunnitelman toteutuksen osalta ja mihin hän sitoutuu. (vie roskat, hakee postin, pesee itse hampaat tms.)
- kirjataan miten asiakas itse arvioi omaa kykyään selviytyä arjesta, missä hänellä on voimavaroja ja mitkä ovat hänen vahvuutensa ja miksi hän kokee, ettei ehkä selviydy
- arvio asiakkuuden kestosta (mikäli sen arvioiminen on mahdollista) ammattilaisen arvio asiakkuuden kestosta, mikäli se vain on mahdollista. Arvion tulee olla tarpeisiin perustuva ja järkeistetty. Jotta voidaan arvioida kestoja, tulee olla mietittynä keinot ja tavoitteet.
- miten asiakas itse arvioi mahdollisen asiakkuuden kestävän; miten pitkä hänen palvelutarpeensa on ja miten itse arvioi kuntoutumisen mahdollisuudet
- eriävät mielipiteet ja käsitykset tulee olla kirjattuna ja ammattilaisen näkemyksen tulee olla perusteltua

D. Yhteistyötahot, jotka osallistuvat asiakkaan palvelutarpeiden vastaamiseen ja vastuiden jakautuminen

- mikäli palveluntuottajia on yksi, niin kirjataan mihin tarpeisiin palveluilla pyritään vastaamaan ja miten useasti ja yhteystiedot (oma hoitaja ja vastaava)
- mikäli tuottajia on useampia, niin eritellään selkeästi, mikä rooli kullakin tuottajalla on ja yhteyshenkilön (omahoitaja ja vastaava)

E. Tavoitteet ja arviointi

- asiakkaan ja vastuutyöntekijän arvio tavoitteista ja välitavoitteista, joihin palveluilla (palvelukohtaisesti) pyritään. Eriävät mielipiteet kirjataan selkeästi ja asiakkaan oma näkemys tulee olla vahvasti esillä.
- miten suunnitelman toteutumista seurataan; millä keinoin ja miten usein. Tavoitteet asetetaan palveluntuottaja- ja palvelukohtaisesti.
- miten tarpeiden arviointia toteutetaan ja miten usein (palveluntuottaja arvioi asiakkaan palveluntarvetta ja palvelujen toteutumista päivittäin). On sovittava milloin asiakkaan palveluntarve on muuttunut pysyvästi niin paljon, että se edellyttää uutta keskitettyä palvelutarpeen arviointi ja milloin riittää, että palveluntuottaja on yhteydessä vastuutyöntekijään, joka kirjaa muutokset asiakassuunnitelmaan. Palvelujen määrää tarkastellaan yhdessä asiakkaan ja omaisen kanssa + palveluntuottajan arviota kuullen.
- asiakkaan arvio palveluista kirjataan ja tarvittaessa myös omaisen

Liitteenä on asiakassuunnitelman mallipohja (liite 5).

6.2.7 Jatko-ohjaus

Kielteisen päätöksen jälkeen laaditaan jatko-ohjaus, jonka filosofia ja tavoitteet on kuvattuna kuvassa 2. Jatko-ohjaus kirjataan palvelutarpeen arvioinnin kirjauksen loppuun, otsakkeen ”Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot/ jatkohoito” tms. alle seuraavasti:

1. Asiakkaan vahvuudet ja voimavarat (jotka on palvelutarpeen arvioinnissa kartoitettu)

Kirjataan mitkä on asiakkaan sekä ammattilaisen ja tarvittaessa omaisen näkökulmasta asiakkaan voimavarat, jotka hänen hyvinvointiaan edistää ja tukee. (Esim. asiakas kokee vahvuutenaan käsitöiden tekemisen, sosiaaliset taidot / suhteet)

2. Asiakkaan tuen tarve ja kuvaus tarvittavista palveluista (tarpeet on kartoitettu palvelutarpeen arvioinnissa ja kirjataan jatkosuunnitelmaan)

Selkeät ja konkreettiset tarpeet eritellään ja kirjataan, esim.

- siivouspalvelu, miten usein ja mitä tekee itse, mihin tarvitsee siivouspalvelua.
- pihatyöt; nurmikon leikkuu, lumityöt, lipputangon maalaus
- jalkahoito / diabeteksen hyvä hoito
- yksinäisyyden vähentäminen

Asiakasta tulee kuunnella tarkkaan; arvio perustuu asiakkaan esittämiin tarpeisiin ja ammattilaisen palvelutarpeen arvioinnissa kirjaamiin tarpeisiin

3. Suunnitelma ja toimenpiteet

Kirjataan konkreettisesti ne toimenpiteet ja suunnitelmat, joiden avulla pyritään asiakkaan voimavaroja tukemaan, esim.

- asiakas, haluaa pärjätä kotona, sitoutuu ylläpitämään toimintakykyä / miten?... , suunnittelee yhdessä omaisen kanssa asumismuodon vaihtamista omakotitalosta esteettömämpään asumiseen, ...
- omainen, esim. tilaa siivouspalvelun, hankkii pihatöiden tekijän, hankkii turvarannekkeen
- läheinen, esim. soittaa päivittäin
- palveluohjaaja, esim. selvittää avoimen päivätoiminnan mahdollisuutta ja taksipalvelujen saantia, varaa ajan ikäneuvolaan hyvinvointitarkastukseen, jätetään yhteydenottopyyntö ystäväpalveluun...

Liitteenä jatko-ohjauksen mallipohja (liite 6).



Kuva 2: Miksi jatko-ohjaus? Jatko-ohjauksen filosofia ja tavoitteet

7. Käytössä olevat työvälineet

- **Asiakasneuvonta.fi –nettisivu**
Nettisivun pohja perustuu 11 palveluluokkaan. Nettisivulle yritykset ja 3.sektorin edustajat tuovat palvelunsa erillisellä sivustolla olevalla lomakepohjalla. Palvelu voi olla useammassa palveluluokassa.
- **Telia VCC (Call guide) puhelinjärjestelmä ja asiakaschat**
Telian puhelinjärjestelmän avulla asiakasohjaaja vastaa asiakkaiden puheluihin ja chat-viesteihin. Puhelin- ja chatpalvelu ovat avoinna arkisin klo 9-15. Asiakas pääsee chattiin asiakasneuvonta.fi -sivustolta.
- **Atsor (asiakasohjaajien työtehtävien seuranta-, ohjaus- ja raportointijärjestelmä)**
Atsoriin tarkoitus on ohjata asiakasohjaajaa työssään sekä toimia ohjaustiedon välittäjänä. Neuvonnan ja ohjauksen asiakasohjaajat kirjaavat atsoriin kaikki asiakkaat, myös anonyymit asiakkaat. Atsor ohjaa asiakasohjaajaa tarvittaessa kirjaamaan asiakkaasta ensitietoa ja tukee eri asiakassegmenttien tunnistamista. Mikäli asiakkaalla on tarve ohjaukseen tai palvelutarpeen arviointiin, atsoriin kirjataan myös kiireellisyysluokka.
- **Ninchat (ammattillinen chat)**
Ninchat on suojattu ammattilaisten välinen chat, jossa asiakasohjaajat voivat käydä muiden asiakasohjaajien ja ammattilaisten kanssa keskustelua ryhmissä tai kahdenkeskisesti. Ninchatissa voi myös lähettää liitteitä, esim. kuvia.
- **RAI-Screener Oulu**
RAI-Screener Oulu on RAI-arviointijärjestelmän arviointiväline. RAI järjestelmä on standardoitu tiedonkeruun ja havainnoinnin välineistö. RAI -järjestelmä on tarkoitettu asiakkaan palvelutarpeen arviointiin sekä hoito-, kuntoutus- ja palvelusuunnitelman laatimiseen.
- **RAI-HC ja RAI-LTC**
Asiakkaan uudelleen arvioinnissa käytetään kotihoidon RAI HC:tä sekä laitoshoidon RAI LTC:tä, niissä kunnissa, joissa se on käytössä. Muuten uudelleenarvioinnissa käytetään RAI Screeneriä.
- **Omaishoidon toimintamallin työvälineet**
Omaishoitajien arjen tukemiseksi on laadittu kriisitilanteiden varautumissuunnitelma (liite 7), jälkihoitomalli omaishoidon päättymistilanteisiin (liite 8) sekä hyvinvointi- ja terveystarkastukset (liite 9).

Lähteet

- Ala-Nikkola, M. & Valokivi, H. 1997. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Stakes Raportteja 215. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy
- Alatalo, H. 2011. Palveluohjaus sosiaali ja terveystoimessa. Palveluohjaushankkeen loppuraportti. Sitran selvityksiä 46. <https://media.sitra.fi/2017/02/27173043/SelvityksiC3A42046-2.pdf>
- Autio, T. ym. 2013. Palveluohjauksen käsikirja. Artikkelikokoelma taustoista ja käytännöistä. Kanta-Hämeen Pitsi-hanke. KASTE, Hämeenlinnan kaupunki. <http://www.socca.fi/files/4303/Palveluohjaus.pdf>
- Autio, T. & Heikkilä, T. 2013. Palvelutarpeen arviointi työntekijän avuksi. Väli-Suomen Ikäkaste II 2011-2013. <http://www.pikassos.fi/aineistot/finish/149-pitsi/866-opas-palvelutarpeen-arviointi-tyontekijan-avuksi>
- Furman, B. & Ahola, T. 2007. Onnistuminen on joukkuelaji. Reteaming-valmentajan käsikirja. Helsinki: Lyhytterapiainstituutti Oy.
- Heikkinen, S., Maksimainen, A. 2014. Kohtaa & Innosta. Käsikirja tavoitteellisen neuvonnan ja palveluohjauksen mallin suunnitteluun ja käyttöön ottoon. Sosiaali- ja terveysministeriö, KASTE, IKÄPALO-HANKE. Helsinki. <http://www.nhg.fi/wp-content/uploads/2014/11/K%C3%A4sikirja-neuvonnan-ja-palveluohjauksen-suunnitteluun.pdf>
- Hänninen, K. 2007. Palveluohjaus, asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Stakesin raportteja 20/2007.
- Junnila, E. 2018. Palveluohjauksen työvälineiden arviointi ja käytön kehittäminen – Ohjausvaiheen työvälineet: Ensitieto ja RAI CA. Satakunnan ammattikorkeakoulu. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201805239892>
- Jyrkämä, J. 2013. Vanheneminen, arkitilanteet ja toimijuus. Teoksessa Heikkinen, E. & Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Karppanen, S. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Vanhuspalvelulaki –toimeenpano vuonna 2015. <http://stm.fi/documents/1271139/1347100/KARPPANEN+hoitoty%C3%B6n+johtajien+ty%C3%B6kokous+10.4.15.pdf/5b4b40fb-deb2-4b46-992b-70aa6c35d08a>
- Koivuniemi, K. ym. 2014. Terveystieteen kompassi. Avain asiakkuuteen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- THL 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>
- KomPassi-hankkeen Kokeilu 1 Käsikirja. Viitattu 23.1.2018. <http://extranet.adturku.fi>
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (myöh. Vanhuspalvelulaki) 28.12.2012/980
- Lehmuskoski, A. & Kuusisto-Niemi, S. 2012. Asiakaslähtöiset ja vaikuttavat sosiaalipalvelut. Opas sosiaalihuollon käsitteelliseen tarkasteluun. http://www.thl.fi/attachments/tiedonhallinta/asiakaslaitokset_ja_vaikeat_sosiaalipalvelut_opas_sosiaalihuollon_kasitteelliseen_tarkasteluun.pdf
- Patronen, M., Hämäläinen, J., Sola, J., Leisio, J., Koistinen, T. & Holja, T. 2015. Palvelutori. Ohjaus- ja neuvontapalvelu ikäihmisille. 2.toinen uudistettu painos. Sitran selvityksiä 82. http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksia82_uud_p.pdf

Peltonen, J. 2016. Iäkkään henkilön osallisuus ja vaikuttamismahdollisuudet sosiaalihuollon palveluprosessissa. Pro-gradu tutkielma. Oikeustieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto.
https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/125385/gradu_Peltonen_Jonna.pdf?sequence=2

Puohiniemi, M. 2002: Arvot, asenteet ja ajankuva. Opaskirja suomalaisen arkielämän tulkintaan. Limor kustannus.

SITRA 2016. Sote-tiedosta tekoihin. Palvelupaketit raportoinnin työkaluna – ja mitä niillä voidaan seuraavaksi tehdä. Sitran selvityksiä 113. <https://media.sitra.fi/2017/02/27175232/Selvityksia113-2.pdf>

Sosiaaliturvaopas 2016. Sosiaaliturvaopas pitkäaikaissairaille ja vammaisille henkilöille. Verkkojulkaisu <https://sosiaaliturvaopas.files.wordpress.com/2016/02/sosiaaliturvaopas-2016.pdf>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014

Sosiaalihuoltolain soveltamisopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:5. Viitattu 18.3.2018 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80391/05_17_Sosiaalihuoltolain%20soveltamisopas.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Viitattu 19.7.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

STM 2017a Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019 http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansill_a.pdf

STM 2017b. Sosiaalihuoltolain soveltamisopas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:5. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80391/05_17_Sosiaalihuoltolain%20soveltamisopas.pdf?sequence=1

Suominen, S. 2010. Palveluohjaaja -Asiakkaan tuki ja tulkki. <https://www.thl.fi/documents/470564/817072/palveluohjaus+Asiakkaan+tuki.pdf/7a473163-a85a-41e1-af00-11079fbbe921>

THL 2016. Mitä toimintakyky on? <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>

THL 2015. <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palveluohjaus>

TOIMIA 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositus_S004_110609.pdf

Toimia –tietokanta, THL: www.thl.fi/toimia/tietokanta/

Vanhustyön keskusliitto 2015. Viitattu 18.3.2018 http://www.vtkl.fi/document/1/21/7134097/Eloisa_Ika_Ohjelma_Asiakirja_2014.pdf

Vuorinen, V. & Mattila, J. 2013. Asiakaslähtöisyys – olennainen tekijä sosiaalihuollossa. Tesso. Sosiaali ja terveystieteellinen aikakauslehti. Arkisto. Viitattu 18.3.2018 <https://tesso.fi/artikkeli/asiakaslahtoisuus-olennainen-tekija-sosiaalihuollossa>

Väestöliitto 2018. Viitattu 18.3.2018 http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/tietoa_parisuhdeammattilaisille/asiakastyon_lakitietoa/asiakaslahtoisuus/

Vähäkangas, P., Niemelä, K., Mäkelä, M. & Noro, A. 2017. Ikäihmisen palvelutarve ja

palveluihin ohjautuminen RAI-tunnuslukuja hyödyntäen. THL. Raportti 13/2017.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135810/URN_ISBN_978-952-302-981-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Linkkilista

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Sosiaalihuoltolaki:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=%E2%80%A2%09Laki%20sosiaalihuollon%20asiakkaan%20asemasta%20ja%20oikeuksista%2022.9.2000%2F812%208%20%C2%A7%20ja%209%20%C2%A7>

Mielenterveyslaki:

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>

Toimia –tietokanta, THL:

www.thl.fi/toimia/tietokanta/

Liitteet

Liite 1: KomPASSin kivijalka: arvot ja ratkaisukeskeisyys

ARVOT

Miten arvot näkyvät konkreettisesti asiakkaalle?

TASA-ARVO JA OIKEUDENMUKAISUUS

- Tasavertainen palvelu, yhdenvertaiset kriteerit, palvelu omalla kielellä, esteettömyys
- Oikeus valita, taloudellinen yhdenvertaisuus palveluissa, samat palvelut vaikka asuisi kauempana taajamasta, samat palvelut kaikille, palveluiden tarvetta arvioidaan samoilla kriteereillä esim. tulkkipalvelu tarvittaessa, ei omaisia, muistisairaus, päihde- ja mielenterveys, asiakas kokemus, asiakas kokee saaneensa juuri sitä mitä kokee tarvitsevansa ja jos ei saa

LUOTTAMUS

- Ammatillisuus, turvallisuuden tunteen kokeminen

ASIAKASLÄHTÖISYYS

- Tulee kuulluksi, yksilöllinen kohtaaminen (monikanavaisuuden hyödyntäminen), kunnioittava ja innostava kohtaaminen, kiireettömyys

VASTUULLISUUS

- Asiakas luottaa että palvelulupaukset toteutuvat ja asiat hoidettu loppuun asti.
- Asiakas voi luottaa että asia otetaan hoitoon ja ei jätetä kesken.
- Sovituista asioista jätetään tietoa, ymmärrettävä kertominen asioista ja perustellut päätökset.

Miten arvot näkyvät konkreettisesti ammattilaiselle?

TASA-ARVO JA OIKEUDENMUKAISUUS

- Noudatetaan yhteisiä toimintatapoja, tasa-arvoinen kohtelu
- Ajantasainen tiedon välittäminen, kaikki lähtee kuuntelusta ja tutustumisesta, kaikkien tulee saada samaa tietoa, yksi ihminen hoitaa asian loppuun asti, sama palvelu oli kuka työntekijä tahansa, tulos ei työntekijästä riippuvaa, säännöllinen seuranta

LUOTTAMUS JA VASTUULLISUUS

- Vaitiolovelvollisuus, ammatillisuus, kuuntelu ja tutustuminen, asiat loppuun – tietoa asiasta, molemmilla luottamus ja ymmärrys tilanteesta, tarpeeton pallottelu pois, ei tarpeettomasti heitellä palloa toiselle, sovitaan mihin mennessä asiat tapahtuvat, soitto jos ei toteudu, etteivät asiat jää roikkumaan
- Oman ammattitaidon ylläpitäminen, asiakkaan asioiden hoitaminen loppuun saakka.
- Vastuullisuuteen voisi ammattilaisen osalta lisätä vielä vastuun päivittää omaa osaamistaan

ASIAKASLÄHTÖISYYS

- Aito kuunteleminen, kiireettömyys,
- Aidosti kiinnostunut asiakkaan asiasta (täydentävät kysymykset, kokoava yhteenveto käynnin lopussa)
- Kuunnellaan asiakkaan todellinen tilanne, ratkaistaan yhdessä, kiireellisyyden huomioiminen, yksilöllisyyden, kokonaisvaltainen huomioiminen

RATKAISUKESKEISYYS

Miten ratkaisukeskeisyyden piirteet näkyvät konkreettisesti asiakkaalle?

HYVÄKSYVÄ ILMAPIIRI

- kokee tuleensa hyväksytyksi

- kiireettömyys
- hoitaja on minua varten
- tasa-arvoinen
- kunnioitus
- menneisyyden ymmärtäminen ja hyväksyminen
- usko tulevaan
- omana itsenään kohdattu
- tuntee tulleen kuulluksi

YHDESSÄ TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN, KEINOJEN ASETTAMINEN, LÄHTÖKOHDAN SELVITTÄMINEN

- kokee hyötывänsä
- hyvä asiakaskokemus
- hyvä olo
- tuntuu hyvältä
- palautettomuus
- kokee, että haluaa palvelun
- luottamus
- toimivuus/hyväksyntä
- palautteen anto

ELÄMÄNHALLINTA

- yksilöllisyys
- positiivien noste voimavaroihin
- kannustus
- itsemääräämisoikeus
- pienet positiiviset kokemukset
- tiedon jakaminen
- tilanne-arvio
- jaksamisen huomiointi

HYVÄ VUOROVAIKUTUS

- tasa-arvoinen kohtelu
- aikaa annettavana
- asiakkaan ongelma
- suvaitseva
- todellinen kuuntelu
- valta-aseman välttäminen
- yhteyden hakeminen ja saaminen
- ymmärtämisen varmistaminen

KOKONAISVALTAINEN KOHTAAMINEN

- läsnäolo (aito läsnäolo), rinnalla kulkia asiakkaan palvelupolun matkalla
- luottamus, turvallisuuden tunne
- kiireettömyys
- tasavertainen kohtaaminen ja vuorovaikutus

IHMISELTÄ IHMISELLE!

- rehellisyys puolin ja toisin
- yhteistyö

VOIMAVARAKESKEISYYS

- voimavarojen esiintuominen
- onnistumisen esiin tuominen > elämänhallinta paranee

OSALLISTUMINEN

- aidosti mahdollisuus osallistua alusta alkane
- asiakkaan sitoutuminen tavoitteisiin onnistuu paremmin

MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

- laaja-alainen näkemys"

Miten ratkaisukeskeisyyden piirteet näkyvät konkreettisesti ammattilaiselle?

HYVÄKSYVÄ ILMAPIIRI

- kunnioitus
- menneisyyden ymmärtäminen ja hyväksyminen
- usko tulevaan
- ei liian virkaintoinen
- asiakkaan tasolla
- kuuntelee hyvät ja huonot asiat
- Pelisilmä
- rauhallinen ympäristö
- uskon luominen tulevaan
- usko, että jokaisessa hyvää
- toivon luominen
- Katsekontakti
- ajan antaminen
- ei saa olla ylimielinen
- lämmin kohtelu

YHDESSÄ TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN, KEINOJEN ASETTAMINEN, LÄHTÖKOHDAN SELVITTÄMINEN

- antennit pystyssä
- vastahakoinen asiakas – pienestä aloittaminen – luottamuksen synnyttäminen – tutustuminen – yhteinen tavoite - positiivinen kohtaaminen – ei tee väkisin vähitellen
- aloittaminen ilman rahallista panostusta
- palvelutarjoaman tuntemus
- alku tärkeä
- vaitiolo huomioitava
- markkinointi
- palautteen kysyminen
- työntekijän tuttuus
- yhdessä tapaaminen

OSALLISTUMINEN

- aidosti mahdollisuus osallistua alusta alkaen
->asiakkaan sitoutuminen tavoitteisiin onnistuu paremmin

ELÄMÄNHALLINTA

- perustelujen löytäminen
- priorisointi – tärkeät asiat ensin
- ei kaikkea kerralla
- asiakkaan motivointi
- voimavarojen tunnistaminen
- kokonaistilanteen palastelu
- verkoston kartoitus
- menneisyyden arvioiminen voimavarojen näkökulmasta
- tilanne-arvio
- jaksamisen huomiointi

HYVÄ VUOROVAIKUTUS

- ammatillinen ohjaus
- ammatillinen vuorovaikutus, harhat yms. suhtautuminen
- rauhallisuus, ystävällisyys
- katsekontakti
- yhteinen kieli – tulkki
- tukihenkilö
- läheisten huomiointi
- pyritään hakemaan asiakkaalle luonteva tapaamispaikka ja –aika

KOKONAISVALTAINEN KOHTAAMINEN

- aito läsnäolo
- keskittyminen, perehtyminen
- kuunteleminen
- tasavertaisuus
- rehellisyys

VOIMAVARAKESKEISYYS

- moniammattilaisuus
- voimavarojen löytäminen
- kannustaminen, motivointi
- tilannetaju

MONIAMMATILLINEN YHTEISTYÖ

- arviointi, toteutus, tavoitteellisuus

Liite 2: Ensietieto-lomake

ENSITIETO: Ikäihmisten neuvonta ja ohjaus

Pvm: ____/____/____

Täyttäjän nimi: _____

Kunta/toimipiste: _____

1. Kuka ottaa yhteyttä

☐ Ikäihminen itse, nimi: _____☐ Joku muu, kuka? (tarkemmat tiedot lomakkeen loppuun)

2. Perustiedot

a) henkilötunnus _____

b) puh ja osoite: _____

c) onko jo palveluiden piirissä (esim. omaishoito, kotihoito) ☐ kyllä ☐ ei

d) muuta/lisätiedot:

3. Yhteydenoton syy:

☐ Apua ja palveluita kotiin☐ Raha asiat ja tulevaisuuden turvaaminen☐ Asuminen☐ Ruoka ja ravitsemus☐ Henkinen hyvinvointi☐ Seura, ajanviete, harrastukset☐ Kodin turvallisuus ja apuvälineet☐ Terveys☐ Liikenne ja kuljetus☐ Kriisi☐ Liikunta☐ Muu syy: _____☐ Omaishoito

Lisätiedot:

4. Verkostot ja osallistuminen

a) Onko kodin ulkopuolisia sosiaalisia suhteita? ☐ kyllä ☐ eib) Kokeeko yksinäisyyttä? ☐ kyllä ☐ ei

Lisätiedot:

5. Toimintakyky – liikkuminen – tasapaino

a) Liikkuuko kodin ulkopuolella? ☐ kyllä ☐ ei

b) Tarvitseeko apua kodin ulkopuolisissa asioinneissa? ☐ kyllä ☐ ei

c) Tarvitseeko apua kodin askareissa? ☐ kyllä ☐ ei

☐ aterioiden valmistus

☐ siivous

☐ muu: _____

d) Tarvitseeko apua päivittäisissä toiminnoissa? ☐ kyllä ☐ ei

☐ henkilökohtainen hygienia

☐ wc-toiminnot

☐ pukeutuminen/riisuminen

☐ ruokailu

☐ muu: _____

e) Onko kaatunut tai onko pelännyt kaatumista viimeisen 3 kk aikana? ☐ kyllä ☐ ei

f) Onko apuvälineitä käytössä sisällä tai ulkona? ☐ kyllä ☐ ei

6. Mahdollisen omaishoitotilanteen tunnistaminen

a) Auttaako joku läheisesi sinua arjen toiminnoissa? ☐ kyllä ☐ ei

b) Autatko päivittäin läheistäsi arjen toiminnoissa ? ☐ kyllä ☐ ei
(jos kyllä, täytä myös alla olevat kysymykset)

Tarvitseeko läheisesi hoitoa, huolenpitoa tai valvontaa henkilökohtaisissa toiminnoissa (esim. wc-toiminnot, pukeutuminen, peseytyminen ja syöminen) ☐ kyllä ☐ ei

Tarvitseeko läheisesi päivittäin hoitoa, huolenpitoa tai valvontaa joko yhtäjaksoisesti tai vähäisin keskeytyksin? ☐ kyllä ☐ ei

Tarvitseeko läheisesi hoito, huolenpitoa tai valvontaa kodinhoidossa tai kodin ulkopuolisissa asioinneissa, kuten kaupassa käymisessä ja siivouksessa? ☐ kyllä ☐ ei

Jos kyllä, niin miltä osin? Pyydä yhteydenottajaa kuvailemaan tilanteita:

7. Terveystilan tunnistaminen

a) Miten kokee oman terveydentilansa? _____

b) Koska olet viimeksi käynyt lääkärissä, päivystyksessä, sairaalassa? _____

c) Onko vaikeuksia sairauden tai lääkehoidon hoidossa? ☐ kyllä ☐ ei

d) Huoli muistin heikkenemisestä (kysyjällä, asiakkaalla itse tai omaisella/läheisellä)
☐ kyllä ☐ ei

e) Huoli mielialan heikkenemisestä (kysyjällä, asiakkaalla itse tai omaisella/läheisellä)
☐ kyllä ☐ ei

lisätiedot:

8. Elintavat

a) Onko huolta ravitsemuksesta tai syömisestä? ☐ kyllä ☐ ei

b) Onko itse tai läheiset huolissaan päihteiden käytöstä? ☐ kyllä ☐ ei

lisätiedot:

9. Sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät tarpeet

a) Asunnon / asumisen puutteet (esim. kulkuväylät, rappuset, hissittömyys, apuvälineiden puute, puutteet LVIS järjestelmissä, ympäristön esteellisyys), millainen puute?

b) Taloudellinen tilanne haasteellinen ☐ kyllä ☐ ei

c) Onko huolta tai pelkoa turvallisuuteen liittyen? ☐ kyllä ☐ ei

lisätiedot:

Ratkaisu:

☐ Asiakas tulee autetuksi neuvonnalla ja ohjauksella

☐ Asiakas tarvitsee ohjausta lähialueella (yhteydenotto tai Lähikompassi)

Lisätiedot: esim. mitä on sovittu, soitetaanko asiakkaalle jne?

☐ Asiakas tarvitsee palvelutarpeen arvioinnin

Tunnistetaan kiireellisyys;

a) Palvelutarpeen arvioinnin kiireellisyys: ☐ heti ☐ 1-3 vrk ☐ 4-7 vrk ☐ yli 7vrk

b) Erityisosaaminen kotikäyntiä varten:

☐ omaishoito

☐ terveydenhuolto

☐ sosiaalityö

☐ kuntoutus

☐ mielenterveys- ja päihdetyö

☐ veteraaniasiat

☐ muu, mikä? _____

Muut huomiot/tärkeä tiedot

Liite 3: Huoli herää – erilaisten asiakasryhmien tunnistaminen

Asiakkaan tilanteesta tulee herätä huoli kun:

Asiakkaan ongelma ei ole selkeä tai yksiselitteinen (yhteydenottaja voi olla asiakas, omainen, ystävä, viranomainen)	Asiakkaalla on toistuvia yhteydenottoja asiakasohjaukseen	Asiakkaalla toistuvia käyntejä sosiaali- ja/ tai terveydenhuollossa tai peruutuksia ja peruuttamattomia aikoja	Epäily jostain riskistä
<p>Asiakas ei osaa, kykene ilmaisemaan ongelmaansa selkeästi ja ymmärrettävällä tavalla.</p> <p>Yhteydenoton perimmäinen syy jää epäselväksi</p> <p>Epäily mielenterveysongelmasta</p> <p>Epäily väkivallan käytöstä asiakkaan lähipiirissä</p> <p>On epäily asiakkaan kokemasta kaltoinkohtelusta</p> <p>Epäily omaishoidon tilanteen kärjistymisestä (esim. hoitajan uupuminen)</p> <p>Epäily ravitsemuksen ongelmista</p> <p>Epäily fyysisen toimintakyvyn ongelmasta</p> <p>Epäily kognition häiriöstä /muistiongelma</p> <p>Epäily käytöshäiriöstä</p> <p>Itsetuhoisen käyttäytyminen tulee puheessa esiin</p> <p>Läheisten huoli</p>	<p>Asiakas on ollut useita kertoja, toistuvasti yhteydessä palveluohjaukseen</p> <p>Yhteydenoton syitä on ollut monia / vaihtuvat ongelmat</p> <p>Asiakas on kieltäytynyt esimerkiksi palveluohjaajan kotikäynnistä</p> <p>Asiakkaan tilanne kriisiytynyt? mahd. omh tilanne</p> <p>Toistuva ”huomion hakeminen” → Mahdollinen itsetuhoisuus</p>	<p>Asiakas on käynyt toistuvasti tai useita kertoja viimeisen (6kk?1v?) aikana lääkärin tai hoitajan vastaanotolla</p> <p>Asiakkaalla on peruuttamattomia aikoja</p> <p>Asiakkaalla on peruutettuja aikoja</p> <p>Syyt käynteihin epämääräisiä/epäselviä tai koskeneet toistuvasti samoja asioita</p> <p>Asiakkaalla on ollut esim. toistuvia kotitapaturmia (kaatuminen, kompastuminen, putoaminen, palovammat)</p>	<p>Epäily taloudellisesta tilanteesta</p> <p>Ulkoinen olemus herättää epäilyn esim. päihteiden käytöstä</p> <p>Tapaturmat</p> <p>Väkivallan uhri Itsemurhariski jne</p>

Alla olevissa taulukoissa on esimerkkejä eri asiakassegmenttien erityispiirteistä ja niiden tunnistamisen apuna käytettävistä mittareista. Osaa mittareista käytetään tietyn palvelun piirissä olevan henkilön tilanteen seurannassa (esim. muistisairas, päihde ongelma)

Mahdollinen asiakasryhmä: mielenterveys- ja/ tai päihdeasiakas

<ul style="list-style-type: none"> • sekavuus • harhat • ärtyneisyys • häiriökäyttäytyminen • surullinen ilme • Itkuisuus • masentuneisuus 	<p>Mahdollinen asiakasryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mielenterveysasiakas • Päihdeasiakas <p>Mittarit arvioinnin / tunnistamisen tukena: AUDIT, GDS-15, BDI, CAGE-kysely (seulontaan)</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • ylipirteä/vauhdikas • puhumattomuus • ilmeettömyys • muistihäiriöt • hermostuneet liikkeet, pakkoliikkeet • ulkoinen olemus epäsiisti, likainen • itsetuhoisuus • eristäytyminen • väsynyt habitus • unihäiriöt • lisääntynyt päihteiden käyttö • epätavallinen väsymys • asiakkaan toiminta/luonne/käytös muuttuneet • asiakkaan oma subjektiivinen kokemus <p>Fyysiset oireet: huimaus, tasapainovaikeudet, kaatuminen ja muut tapaturmat, verenpaineen heittely, närästys, vatsavaivat</p>	<p>http://www.ept-verkosto.fi/puheeksiotontarjotin</p> <p>http://www.ept-verkosto.fi/miten-tunnistaa-ikaihmissen-liiallinen-paihteidenkaytto</p> 
--	--

Mahdollinen asiakasryhmä: muistisairaat

<ul style="list-style-type: none"> • episodisen muistin häiriöt • asiakokonaisuuksien oppiminen vaikeutunut • muutokset mielialassa ja / tai luonteessa / käytöksessä • aika ja paikkaorientaatiovaikeudet • näönvaraisen hahmottamisen ongelmat • kielellisten toimintojen heikkoudet • masennusoireet • delirium • vaikeudet suoriutua askareista sekä toiminnoista omassa tutussa toimintaympäristössä • hankaluutta suunnittelussa ja ongelmien ratkaisussa • toistuvat terveydenhuollon käynnit • ohjeiden noudattaminen vaikeaa • eristäytyminen ja erakoituminen • esineiden kadottaminen vaikeudet muistaa hiljattain tehtyjä asioita • harhat, käytöshäiriöt, impulssikontrollin häiriöt • varastamisharhat rahankäytön ongelmat • vaeltelu ja eksyminen 	<p>Mahdollinen asiakasryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muistisairaat <p>RAI Screenerin lisäksi tarvittaessa/ jos herää epäily muistin ongelmasta</p> <p>MMSE GDS-15</p> <p>Mittarit arvioinnin / tunnistamisen tukena, joita erityisosaaja (muistikoordinaattori käyttää)</p> <p>Muistisairauksien riskitesti CERAD MoCa läheiskysely / muistikysely BDI – BECK ADCS-ADL CDR GDS-FAST TmT AUDIT</p> <p>erilaiset elämänlaatumittarit DG:ssa lisäksi lab.kokeet (muistiseula), pään TT, MRI, iqvor, Pib-Pet</p>
--	---

Mahdollinen asiakasryhmä: erityisen tuen tarpeessa olevat asiakkaat

<ul style="list-style-type: none"> • asuu yksin, ei omaisia eikä lähiverkostoa • toimintakyvyn laskua, hoidon tarpeen lisääntyminen, syrjäytyneisyys, yksinäisyys • heikkotuloisuus, taloudellisen toimeentulon vaikeudet (työttömyydestä, peliriippuvuus, alhainen eläke, velkaantuneisuus) • ”heikkolahjainen” / ei diag. 	<p>Mahdollinen asiakasryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erityisen tuen tarpeessa olevat asiakkaat <p>Selvittelyn ja tunnistamisen tukena: Ensitetokysely / taustat / historia → palvelutarpeen arviointi nopealla aikataululla</p>
---	---

<ul style="list-style-type: none"> ns. "löytö" vanhuksia /persoonaa, esim. taloyhtiön ilmoitus moniongelmalliset /sairaudentunnettomuus kaltioinkohdellut ikäihmiset (väkivalta, seksuaalinen hyväksikäyttö omaisten tai jonkun muun tahon taloudellinen hyväksikäyttö, syrjintä, hoidon laiminlyönti, huono kohtelu) maahanmuuttajavanhukset (kielitalito) 	<p>Mittarit: MNA (tulee RAI Screeneristä), MMSE, AUDIT, GDS-15, BARTHEL, PaloRAI</p> <p>Lähisuhdeväkivallan suodatin- ja kartoituslomake (THL) MARAK (moniammatillinen riskiarviointi www.thl.fi/marak)</p> <p>Ikääntyneisiin liittyvän haavoittuvuuden on todettu kytkeytyvän erityisesti niukkoihin taloudellisiin resursseihin, korkeaan ikään, heikkoihin sosiaalisiin verkostoihin ja rajoittuneeseen autonomiaan.</p>
--	---

Mahdollinen asiakasryhmä: paljon palveluja tarvitsevat

<ul style="list-style-type: none"> korkea ikä asiakkaalla monia sairauksia (esim. diabetes, reuma, syöpä) heikko sosiaalinen asema, monia ongelmia (sosiaalitoimen, mielenterveystyön, päihdetyön asiakkuus, huono taloudellinen tilanne) somatisointi (kuolemanpelko, sairauden pelko, paljon tiedostamattomia ongelmia) riippuvuusongelma (lääke-, päihdepalveluista riippuvainen) yksinäiseksi itsensä kokeva, yksinasuva (ei läheisiä eikä muita ei sosiaalisia kontakteja) 	<p>Mahdollinen asiakasryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> Paljon palveluja tarvitseva <p>Terveyspalveluiden käyttöön ohjaavia tekijöitä ikäihmisillä ovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pitkäaikaissairaudet Säännöllinen hoito terveydenhuollon henkilöstön antamana Kipu Akuutit tulehdussairaudet Yleiskunnon heikkeneminen ja kaatumisten lisääntyminen ikääntyessä Psykososiaaliset tekijät <p>Lisämittarit arvioinnin / tunnistamisen tukena: MMSE, MNA, AUDIT, GDS-15, BARTHEL, kaatumisen riskin arviointi (FROP, FRAP)</p>
--	---

Mahdollinen asiakasryhmä: kriisitilanne

<ul style="list-style-type: none"> ihminen käyttää ilmauksia "luulen tulevani hulluksi", "pää ei kestä", "selviänpö tästä ikinä?", "elämä tuntuu vuoristoradalta", "jatkuuko tämä tuska aina?" somaattiset oireet; mm. unettomuus, ruokahaluttomuus, vapinaa, pahoinvointia, sydänvaivat, väsymys, lihassäryt suru, tyhjyyden tunne, ahdistus, uupumus, tapahtuman kieltäminen, syyllisyyden tunteet, vihan tunteet joustavuus ihmissuhteissa voi heiketä, ärsytyskynnys voi madaltua, huutaminen, itku, paniikki eristäytyminen omaishoitaja, läheinen tuo esiin ylläolevia ilmauksia tai hakee akuuttia lyhytaikaishoitopaikkaa hoidettavalleen, ilmaisee väsymystä, ahdistusta, pelkoa tai pyytää arviota hoidettavan terveydentilasta 	<p>Mahdollinen asiakasryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kriisitilanne, asiakkaan elämässä jokin akuutti tilanne, omaishoidon kriisi <p>Mittareita arvioinnin ja tunnistamisen tueksi: RAI-mittareista etenkin DRS, CPS ja lisäksi GDS-15</p> <p><i>Kriisitilanteen havainnointi voi olla vaikeaa, yhteydenottoja ei välttämättä itse tunnista kriisitilannetta tai halua sitä myöntää > ammatillinen intuitio ja lähestyminen tärkeää</i></p>
---	--

Mahdollinen asiakasryhmä: ravitsemuksen ongelma

<ul style="list-style-type: none"> • painolasku • painonnousu • reilu ylipaino • nautitun ruuan määrän väheneminen • yksipuolinen ravinto, soseutettu tai nestemäinen • suun ongelmat • huimaus • kaatuilu • vatsan toiminnan ongelmat • väsyneisyys • masentuneisuus • muistin ongelmaa • liikkumattomuus • liikkumisen vaikeutuminen • akuutti sairastuminen • sairaudesta toipuminen • leskeytyminen (suru) 	<p>Mahdollinen asiakasryhmä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ravitsemuksen ongelma <p>Selvittelyn ja tunnistamisen tueksi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ asiakkaan, omaisen, läheisen haastattelemine, oma näkemys, kokemus. Ravitsemuksen ongelma/ vaikeudet voi johtua jostain muusta ongelmasta, esim. suun ongelma, nielemisvaikeudet, vatsakivut ym. TUNNISTAMINEN! <p>MNA on osana RAI Screeneriä</p> <p>Ravitsemuksen tarkistuslista (Turku) Paino</p> <p>Ohjaus ja neuvonta > ruokapäiväkirja, ravitsemusterapeutin konsultaatio tai vastaanotto, laboratoriokokeet</p>
---	--



Tunnistaminen!

Asiakkaan elämäntilanteen kartoittaminen > palveluiden ja tuen tarpeen kokonaisvaltainen arviointi

Liite 4: Kotikäynnin tarkistuslista

- Ongelman, riskien kartoitus; mikä on asiakkaan kokema ongelma tai vaikeus? Kokeeko asiakas jonkin tietyn asian ongelmana? Mikä haittaa itsenäistä pärjäämistä?
Ennuste ongelmien pysyvyydestä / niihin puuttumisesta / kuntoutusmahdollisuuksista
- Asumisen olosuhteet ja turvallisuus
Huomioi viranomaisen velvollisuus ilmoittaa paloviranomaiselle paloturvallisuusriski! (Pelastuslaki 42§)

https://www.vspelastus.fi/sites/default/files/atoms/files/11-122s_ilmoitus_palovaarasta_tai_muusta_onnett_asunnossa_ilmoitusosa.pdf

<http://www.kotitapaturma.fi/ikaryhmatietoa/iakkaat/>
- Kodin turvallisuuden ja esteettömyyden arviointi
 - portaat, hissi
 - sijainti maantieteellisesti, demografiset tiedot
 - keittiö, makuuhuone
 - WC ja pesutilat
 - paloturvallisuus > tarvittaessa ilmoitus paloviranomaiselle
 - asunnon ja ympäristön turvallisuus ja mahdollisten muutostöiden selkeä tarve
- Ikääntyneiden asuminen:
http://www.ymparisto.fi/fi-FI/Asuminen/Ikaantyneiden_asuminen/Aineistopankki
 Sivustolla on asumisen esteettömyyteen ja turvallisuuteen liittyvää arviointiaineistoa, joita voi hyödyntää
- Liikkuminen ja apuvälineet
 - miten asiakas liikkuu kodissaan, jos esim. portaita
 - käytössä ja mitä apuvälineitä ja miten liikkuu niiden avulla, osaako käyttää
 - ammattilaisen arvio apuvälineiden tarpeesta; asiakkaan oma näkemys tarpeesta
- **Ravitsemustila: tehdään aina MNA seula > tarvittaessa arviointi. MUISTA OTTAA mittanauha mukaan**
- Henkilökohtainen hygienia, peseytyminen
- Ympäri vuorokautisen avun tarve (huomio! omaishoidon 2. palkkioluokan kriteereissä)
- Lääkityksen toteutus
- Muun terveydenhuollon toteutus; milloin lääkärissä, hoitajan vastaanotolla, onko säännöllisiä kontroleja
- Sairaanhoidon tarve (RAI toimii tässä hyvänä ohjaavana välineenä)
- Rokotukset; onko asiakas tietoinen milloin saanut perusrokotteet, merkinnät potilastietojärjestelmässä? -> varataan tarvittaessa aika hoitajan vastaanotolle
- Toimintakykyä haittaavat sairaudet (potilastietojärjestelmä)
- Kipu (miten asiakas kokee kivun ja sen vaikutuksen päivittäiseen elämään)
- Käytössä jo olevat palvelut
- millaista palvelua saa ja mistä ja kenen toimesta?
- Taloudellinen tilanne

- miten rahat riittävät?
 - saako etuudet joihin oikeutettu(käydään asiakkaan kanssa läpi Kelan etuudet ja tarvittaessa sos.tt konsultointi)
 - Asiakkaalle tulee kertoa myös kotitaloustyön vähennysmahdollisuudesta.
- Edunvalvontavaltuutuksen, hoitotahto on hyvä ottaa asiakkaan kanssa puheeksi; niistä infoaminen tulisi olla osa läpikäytäviä asioita

Huomioitava: Ilmoitus edunvalvonnan tarpeesta mahdollisesti olevasta henkilöstä tai asiakkaan tekemä hakemus edunvalvojan määräämiseksi

- Erityiset riskit
Jos herää epäily (tilanteen suhteen oltava herkällä ”korvalla”; tilannetta on havainnoitava ja mietittävä, miten asiat tulee ottaa puheeksi)
 - lähisuhdeväkivalta (järjestettävä asiakkaan kuuleminen ilman painostavaa osapuolta)
 - hyväksikäyttö (havainnointi)
 - itsemurhariski (asiakkaalle järjestettävä apua, erityisosaajan konsultointi)
- Päihteiden ja alkoholin käyttö
Apuna voi käyttää seuraavaan sivuston materiaalia:
<http://www.ept-verkosto.fi/puheeksiotontarjotin>

<http://www.ept-verkosto.fi/miten-tunnistaa-ikaihmissen-liiallinen-paihteidenkaytto>
- Kognitio (herkästi selvitettävä lisää, MMSE, GDS-15)
- Sosiaalinen verkosto, sosiaalinen kartta (keitä siihen kuuluu; omaiset, naapurit, ystävät, vapaaehtoiset jne. sekä kuvaus siihen kuuluvien henkilöiden roolista, mitä sosiaalista toimintaa asiakkaalla on)
- Omaiset
 - omaisten rooli
 - omaisten jaksaminen
 - mahdollisesti tarve hakea/muuttaa virallista omaishoitajuutta
 - omaishoitajan soveltuvuuden kartoittaminen (kts. alla oleva ohje)
- Jatkosta sopiminen asiakkaan kanssa: asiakkaalle jätettävä info / tiedote
 - roolit ja vastuut, infot
 - etenemisestä sopiminen / aikataulu
 - asiakassuunnitelman aloitus

Tulotiedot pyydetään asiakkaalta tai pyydetään niiden selvittämiseen (muistettava pääomatulot, vuokratulot, ulkomaan eläkkeet ym. tiedot)

Tietoa kriteereistä ja eri palvelumahdollisuuksista (avoimet palvelut / kriteerilliset palvelut)

Tietoa päätöksistä ja maksuista (laskurit mukaan)

Omaishoitajan soveltuvuuden kartoittaminen

Omaishoidon palvelutarpeen arviointia tekevä työ haastattelee omaishoitajan soveltuvuutta alla olevien teemojen ja kysymysten avulla. Mikäli asiakasohjaajalla tai herää huoli omaishoitajan soveltuvuudesta, voidaan omaishoitajalta pyytää lääkärintodistus terveydentilastaan soveltuvuudesta omaishoitajaksi.

- Millainen on mielestänne oma terveydentilanne?
- Onko omaishoitajana toimiminen mielestänne henkisesti rasittavaa?
- Onko omaishoitajana toimiminen mielestänne fyysisesti rasittavaa?
- Oletteko viime aikoina ollut huolissanne siitä, pystyttekö huolehtimaan läheisestänne?

- Jos omaishoitaja toimitte samalla palkkatyössä, niin kuinka vaikeaksi koette työn ja omaishoidon yhteensovittamisen?
- Voitteko mielestänne riittävästi tehdä tai harrastaa itselle mieluisia asioita?
- Koetteko tietojenne ja taitojenne riittävän omaishoitotyössä?
- Koetteko fyysisen toimintaympäristön (koti + lähiympäristö) tukevan toteuttamaanne omaishoitotyötä?
- Voitteko jakaa arjen iloja ja suruja jonkun läheisenne kanssa?
- Saatteko läheisiltänne tukea tai apua yleensä arkeenne liittyvissä pulmatilanteissa?
- Voitteko keskustella läheistenne kanssa omaishoitoon liittyvistä asioista?
- Tunnetteko olevanne yksin ongelmienne kanssa?

Omaishoitajan soveltuvuuden arviointi toteutetaan hoitajaa suullisesti haastatellen. Arvioinnista tietoihin kirjataan omaishoidettavan hoitoon ja huolenpitoon merkittävästi liittyvät asiat omaishoitajan soveltuvuudesta tai soveltumattomuudesta omaishoitajaksi. Tarvittaessa voidaan omaishoitajalta pyytää lääkärintodistus hakemuksen liitteeksi.

Liite 5: Asiakassuunnitelma

ASIAKASSUUNNITELMA

tehty: ____/____/20____
päivitetty: ____/____/20____

A. Asiakkaan tilanteen kartoitus

- 1) Nimi:
osoite:
puh:
- 2) Lähiomaisen nimi:
osoite:
puh:

Kirjaa ensisijainen yhteyshenkilö, jos muu kuin lähiomainen:

(ylläolevat tiedot tulevat potilastiedoista, näitä ei ilmoiteta hankkeelle!)

- 3) Palvelutarpeen arviointiin osallistuneet tahot:
- 4) Asiakassuunnitelman laadintaa osallistuvat tahot, asiakassuunnitelmasta vastaavan ammattilaisen tiedot: nimi, puh ja titteli:
- 5) Yhteenveto sellaisista tiedoista, jotka ovat suunnitelman laadinnan kannalta tärkeitä ja jotka koskevat asiakkaan nykyistä tilannetta

B. Asiakkaan voimavarat ja tuen tarve (kuvaasi asiakkaan oma, subjektiivinen kokemus/näkemys)

- 1) Asiakkaan voimavarat
- 2) Tuen ja palveluiden tarve

C. Tarvittavat palvelut ja toimenpiteet

- 1) Asiakkaalle suositellut ja myönnetty palvelut
- 2) sosiaalipalveluiden tarve ja arvio kiireellisyydestä ja kestosta
- 3) asiakkaan ja tarv. omaisen vastuu suunnitelman osalta
- 4) arvio asiakkuuden kestosta asiakkaan ja ammattilaisen näkökulmasta (mikäli sen arvioiminen on mahdollista)
- 5) eriävät mielipiteet ja käsitykset

D. Yhteistyötahot, jotka osallistuvat asiakkaan palvelutarpeiden vastaamiseen ja vastuiden jakautuminen

Palveluntuottaja(t), mihin tarpeisiin palveluilla pyritään vastaamaan, miten useasti sekä yhteystiedot

E. Tavoitteet ja arviointi

- 1) Asiakkaan ja ammattilaisen arvio tavoitteista ja välitavoitteista
- 2) miten suunnitelman toteutumista seurataan; millä keinoin ja miten usein.
- 3) miten tarpeiden arviointia toteutetaan ja miten usein

Liite 6: Jatko-ohjaus

JATKO-OHJAUS

tehty ____/____/20__

Asiakkaan nimi:

- 1) Asiakkaan vahvuudet ja voimavarat (*voimavarat, jotka edistävät ja tukevat asiakkaan hyvinvointia*)
- 2) Asiakkaan tuen tarve ja kuvaus tarvittavista palveluista (*tarpeet on kartoitettu palvelutarpeen arvioinnissa, tässä eritellään, kirjataan selkeästi ja konkreettisesti, mm. kuka tekee ja kuinka usein*)
- 3) Suunnitelmat ja toimenpiteet (*konkreettiset toimenpiteet ja suunnitelmat, joiden avulla pyritään asiakkaan voimavaroja tukemaan, erityisesti 3. sektorin palveluita hyödyntäen. Esim. jos sosiaalisten suhteiden ylläpysyminen asiakkaalle on tärkeää > kirjataan mihin kerhoon, ryhmään, toimintaan asiakas ohjataan, saatetaan sekä ja mitä kukin tekee, esim. omainen tilaa siivouspalvelun tai palveluohjaaja selvittää taksipalvelujen saantia, varaa ajan hyvinvointitarkastukseen jne.*)

Jatko-ohjauksen laatija ja yhteystiedot:

Mahdolliset liitteet ja esitteet

Omaishoidon kriisitilanteiden varautumissuunnitelma Varsinais-Suomessa

Tavoite

Äkillisiin tilanteisiin varautumisen tavoitteena on kartoittaa ja lisätä omaishoitajan tietoutta kuinka toimia ja ennaltaehkäistä omaishoidon äkillisiä muutostilanteita.

Varautumissuunnitelma täydentää omaishoitoperheelle tehtävää asiakassuunnitelmaa. Varautumissuunnitelman tavoitteena on kehittää jo olemassa olevaa toimintaa omaishoidon palveluissa, sekä yhtenäistää toimintatapoja yli kuntarajojen.

Käyttöönotto

Tiedota työyhteisöäsi kriisitilanteisiin varautumisen käyttöönotosta. Perehdy käytössä oleviin lomakkeisiin sekä suunnitelman sisältöön. Toimintamallin käyttöönotto voi vaatia kuntakohtaista pohdintaa, esimerkiksi kirjaamisen osalta eri tietojärjestelmistä johtuen tai materiaalien keruuta oman alueen palveluista ja toimijoista. Tärkeintä on yhtenäisen sisällön toteuttaminen, joka tukee omaishoitoperheen jaksamista.

Lomakkeet toimintamalliin liittyen:

- Omaishoidon kriisitilanteisiin varautumisen prosessi
- Omaishoitajakortti
- Omaishoitajan sosiaalinen verkostokartta

Liite 7:1 Omaishoidon kriisitilanteisiin varautumisen suunnitelman sisältö

OMAISHOIDON KRIISITILANTEISIIN VARAUTUMINEN

Tavoitteena:

- Varautumissuunnitelma täydentää omaishoitoperheelle tehtävää asiakassuunnitelmaa
- Kehitetään jo olemassa olevaa toimintaa vastamaan omaishoitoperheiden tarpeisiin
- Tavoite yhtenäistää käytäntöjä yli kuntarajojen
- Ennakoida ja varautua äkillisiin omaishoidon muutostilanteisiin
→ Lisätä omaishoitoperheen turvallisuudentunnetta

Sisältö:

Tieto omaishoitajuudesta kirjataan

- hoidettavan tiedot
- hoitajan tiedot

Vastuutyöntekijä on nimetty ja kirjataan suunnitelmaan

Yhteyshenkilöt ja numerot

- virka-aika, omaishoidon ohjaaja, ajankohdat
- hätätilanteissa 112
- varmistetaan, että yhteystiedot esim. valmistajaan laiterikkojen varalta
- keskustellaan kiireellisyydestä, koska soitetaan ohjaajalle ja koska muut

Omaishoitokortti

- omaishoitokortti lähetetään päätösten yhteydessä
- omaishoitokortti käydään läpi käynnillä ja/tai lähetetään ohjeistus (ohjeistus kortissa)

Keskustelu erilaisista kriisin mahdollisuuksista

- Mitä jos sairastut...
- ohjeistus siitä miten ko. tilanteessa toimitaan
- Omaishoitajan esille tuomat / mietityttävät asiat kriisitilanteista ja miten hän toivoo että asiat järjestettäisiin

Sosiaalinen verkostokartta – (*voidaan hyödyntää tarvittaessa mikäli omaishoitajalla haaste määrittellä omaa sosiaalista verkostoa*)

- käydään läpi ensimmäisellä käynnillä
- kirjataan kunnan omien käytäntöjen mukaisesti, kirjataan nimellä omaishoitajan sosiaalinen verkostokartta
- kotikäynnillä verkostokartta jätetään omaishoitajalle

Ensisijaisen tai toissijaisen yhteyshenkilön nimeäminen (omaishoitokortin mukaisesti)

- henkilö johon otetaan yhteyttä ensisijaisesti kriisitilanteissa
- omaishoitajan nimeämät yhteyshenkilöt kirjataan kunnan käytäntöjen mukaisesti
- omaishoitaja informoi henkilöä itse

Tarkistetaan onko tehty (tarvittaessa)

- hoitotahto
- edunvalvontavaltuus

Liite 7:2 Omaishoitajakortti

**Omaishoitajakortti on hoidettavan turva**

Omaishoitajakortti on tarkoitettu hoidettavan turvaksi sellaisessa tilanteessa, jossa omaishoitaja on esimerkiksi onnettomuuden tai muun äkillisen syyn vuoksi kykenemätön häntä hoitamaan.

Kun kortti löytyy omaishoitajan lompakosta, auttajat saavat tiedon hoidettavasta ja voivat ottaa yhteyttä kortissa mainittuihin henkilöihin tai tahoihin.

Varmistathan, että korttiin merkityt henkilöt tietävät, että heidät on merkitty yhteyshenkilöiksi. Lisäksi on hyvä ohjeistaa yhteyshenkilöitä, kuinka toimia, jos itse olet estynyt, sekä päivittää toimintaohjeet tarvittaessa.

Kortti on käyttövalmis, kun täytät siihen omat ja hoidettavan tiedot sekä lisäät, mihin tai kehen otetaan yhteyttä hätätilanteessa. Voit nimetä henkilöitä tai ohjata puhelut vaikkapa sosiaalipäivystykseen, kriisikeskukseen tai hätänumeroon 112.

Kortti on hyvä pitää aina mukana. Taitettuna se vie tilaa vain luottokortin verran.

**Turvaa läheisesi silloinkin,
kun olet itse estynyt.**



**Omaishoitaja-
kortti**



Olen omaishoitaja ja vastuussa henkilöstä, joka on riippuvainen antamastani avusta. Mikäli joudun onnettomuuteen tai en muuten pysty huolehtimaan hoidettavastani, ota yhteyttä kortissa mainittuihin henkilöihin.

**Trygga din närståendes situation
också då du själv är förhindrad.**



**Närstående-
vårdarkort**



Jag är närståendevårdare och ansvarig för personen som är beroende av min hjälp. Om jag råkar ut för en olycka eller av annan orsak inte kan ta hand om den vårdbehövande ber jag dig kontakta de personer som nämns på kortet.

Omaishoitajakortti on kehitetty Helsingin kaupungin ja Pääkaupunkiseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry:n Ruotsin opintomatkan tuloksena.

Närståendevårdarkortet innebär trygghet för den vårdbehövande

Närståendevårdarkortet är avsett som trygghet för den vårdbehövande i situationer där närståendevårdaren till exempel råkar ut för en olycka eller av annan plötslig orsak inte kan ta hand om den vårdbehövande.

När kortet finns i närståendevårdarens plånbok får de som hjälper information om den vårdbehövande och kan ta kontakt med de personer eller organisationer som nämns på kortet.

Du ser väl till att de personer som nämns på kortet vet att de är kontaktpersoner. Det är dessutom klokt att informera kontaktpersonerna om hur de ska agera om du själv får förhinder. Det är också bra att uppdatera råden vid behov.

Kortet är färdigt att använda när du skriver in uppgifterna om dig själv och den vårdbehövande, samt tillägger med vem eller vart man ska ta kontakt i nödsituationer. Du kan skriva in en eller flera personers namn. En annan möjlighet är att styra telefonsamtalen till socialjouren, kriscentralen eller nödnumret 112.

Det är bra att alltid ha kortet med sig. När du viker kortet i två delar tar det inte mera utrymme än ett kreditkort.

Oma nimi:	1. yhteyshenkilö / Puh. / Sukulais- tai muu suhde:
Hoidettavan nimi / Puh. / Sukulais- tai muu suhde:	2. yhteyshenkilö / Puh. / Sukulais- tai muu suhde:
Huomioitavaa:	Ellei henkilöitä tavoiteta, ota yhteyttä hätänumeroon 112.

Mitt namn:	1. kontaktperson / Tfn / Släktskap eller annan relation:
Den jag tar hand om heter / Tfn / Släktskap eller annan relation:	2. kontaktperson / Tfn / Släktskap eller annan relation:
Vänligen observera:	Om du inte får tag på någon av kontaktpersonerna ber jag dig ringa nödnumret 112.

Närståendevårdarkortet har utvecklats som resultat av en studieresa till Sverige som representanter för Helsingfors stad och Huvudstadsregionens Närståendevårdare och Vänner rf (Pääkaupunkiseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry) gjorde.

Omaishoitajan sosiaalinen verkostokartta

Tavoitteena:

Sosiaalisen verkostokartan tavoitteena on tehdä näkyväksi omaishoitajan sosiaalista verkostoa, läheisiä, perhettä, harrastuksia sekä vapaa-aikaa. Hyödynnä sosiaalisen verkostokartan täyttöä puheenottamisen välineenä, jonka tuotoksena syntyy konkreettinen kuva omaishoitajalle läheisistä henkilöistä.

Kartan avulla voi selvittää potentiaalisen tuen mahdollisuuksia ja selvittää myös, mitkä ihmissuhteet ovat asiakkaan kannalta kielteisiä. Verkostokarttaa voi käyttää apuna myös kun mietitään yhteistyötahoja, jotka tukevat omaishoitajuutta.

Ohje täyttöön:

Täytä verkostokartta yhteistyössä omaishoitajan kanssa. Kuvitelkaa omaishoitaja ympyrän keskipisteeseen. Merkitse henkilöt verkostokartan eri sektoreihin sen mukaan, kuinka läheiseksi tai etäiseksi henkilön omaishoitaja kokee. Läheinen henkilö on näin ollen lähellä ympyrän keskipistettä, ja etäinen henkilö on kaukana keskipisteestä.

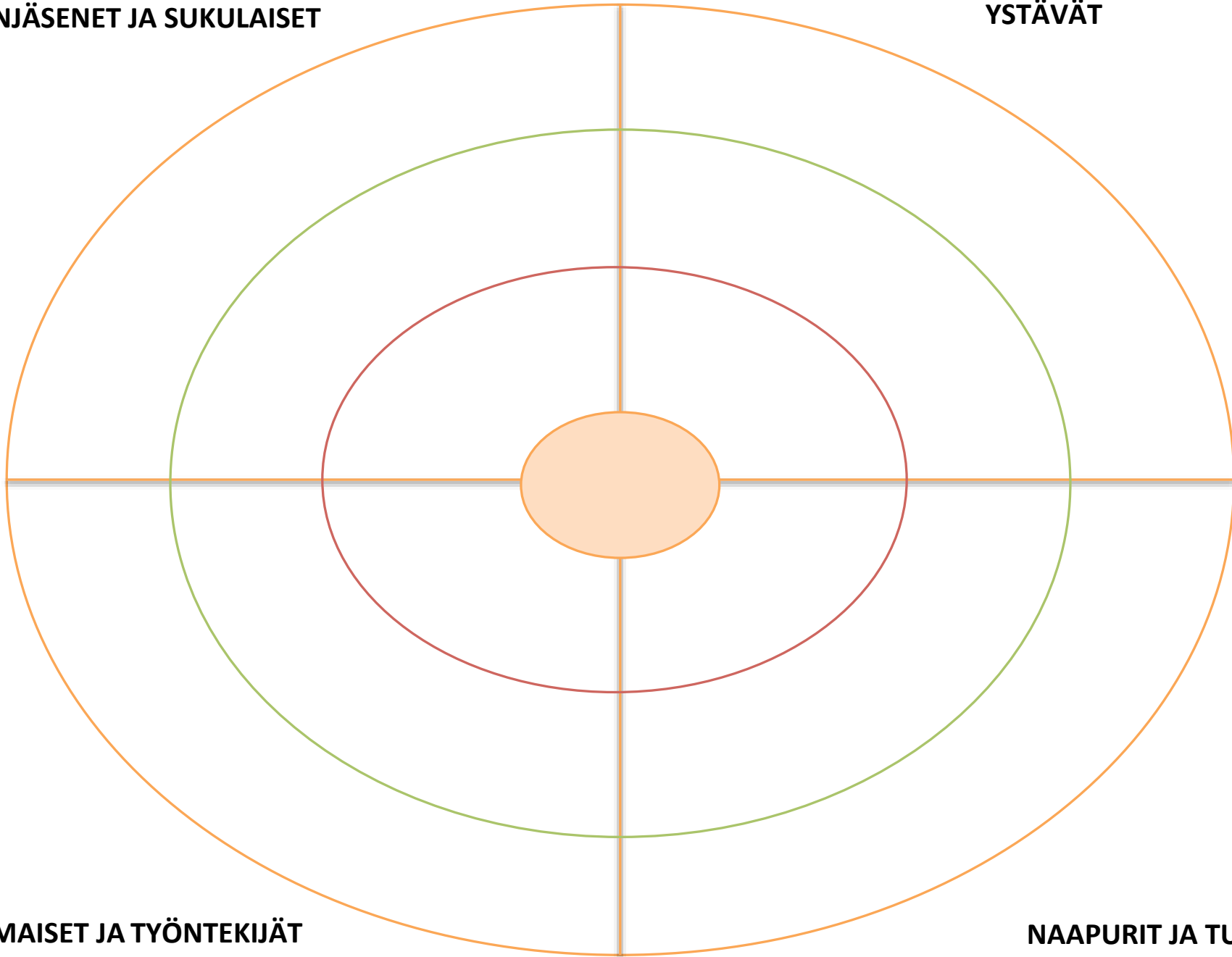
Täytetty: __.__.20__

Apukysymyksiä työntekijälle:

- Ketä ihmisiä kuuluu elämääsi / lähipiiriisi?
- Kuinka usein olet yhteydessä sukulaisiisi / ystäviisi?
- Kuinka usein tapaatte?
- Mitä teette yhdessä?
- Ketkä ovat sinulle läheisimpiä, miksi?
- Onko verkostossasi joku, jonka et haluaisi siellä olevan? Joku/ jokin joka kuluttaa voimavarojasi?
- Keneltä saat tarvittaessa apua?
- Millaista apua saat? (henkinen, taloudellinen, emotionaalinen..)
- Millaista apua tarvitset?
- Annatko apuasi jollekin toiselle?
- Onko sinulla henkilö, kehen voit luottaa?
- Tuntuuko sinusta, että sinusta välitetään?
- Jne.

PERHEENJÄSENET JA SUKULAISET

YSTÄVÄT



VIRANOMAISET JA TYÖNTEKIJÄT

NAAPURIT JA TUTTAVAT

Liite 8: Jälkihoitomalli omaishoidon päättymistilanteisiin

Toiminta omaishoidon päättymistilanteissa (jälkihoito) -malli Varsinais-Suomessa

Tavoite

Tavoitteena on ottaa käyttöön yhtenäinen tapa toimia ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, omaishoidon luopumis- tai päättymistilanteissa.

Yhtenäisen prosessin tavoitteena on välittää ja läpikäydä luopuneelle omaishoitajalle ohjauksen, hyvinvoinnin ylläpitämisen / ennaltaehkäisevyyden sekä omaishoitajuuden arvostuksen teemoja.

Käyttöönotto

Tiedota työyhteisöäsi jälkihoitomallin käyttöönotosta. Perehdy käytössä oleviin lomakkeisiin sekä toimintamallin sisältöön. KomPASSi-hankkeessa kehitetty toimintamalli omaishoidon päättymistilanteissa-malli on toteutettu maakunnallisista lähtökohdista käsin, mutta se on otettavissa käyttöön jo tämän hetken kunnissa. Toimintamallin käyttöönotto voi vaatia kuntakohtaista pohdintaa, esimerkiksi kirjaamisen osalta eri tietojärjestelmistä johtuen tai materiaalien keruuta oman alueen palveluista ja toimijoista. Tärkeintä on yhtenäisen sisällön toteuttaminen, joka tukee omaishoitoperheen jaksamista.

Lomakkeet toimintamalliin liittyen

- Yhteydenottoprosessi & Omaishoitajan kanssa läpikäytävät sisällöt/teemat
- Omaishoidon kriisitilanteiden prosessi

Ohje työntekijälle - Toimintamalli omaishoidon luopumis- / päättymistilanteisiin

Omaishoitajalla on lain mukainen velvoite ilmoittaa omaishoitosuhteessa tapahtuneista muutoksista. Tieto muutoksesta on myös mahdollista saada joissakin tapauksissa toisen ammattilaisen välittämänä.

Kun tieto omaishoidon työntekijälle luopumisesta on tullut, alkaa yhtenäinen toimintatapa. Yhteyshenkilönä luopuneelle omaishoitajalle toimii ensisijaisesti asiakkaan oma omaishoidon työntekijä. Yhtenäisen prosessin tavoitteena on välittää ja läpikäydä luopuneelle omaishoitajalle ohjauksen, hyvinvoinnin ylläpitämisen sekä omaishoitajuuden arvostamisen teemoja.

Omaishoidon työntekijä käy seuraavan sivun listan sisältöä läpi omaishoitajan kanssa, kun työntekijälle tulee tieto omaishoitajan luopumisesta omaishoidettavastaan.

Kotikäynnin tarve arvioidaan puhelimitse:

1. Kartoitetaan kotikäynnin tarve check listaa hyödyntämällä. Mikäli kotikäynnille ilmenee tarvetta, se sovitaan. Käynnin tekee joko omaishoidon ohjaaja tai mahdollisesti omaishoitajan paremmin tunteva työntekijä (esimerkiksi hyvinvointi- ja terveystarkastuksen työntekijä/psyk.sh/omaishoidon tukihenkilön).
2. työntekijä saa tiedon omaishoidon ohjaajalta kotikäynnin tarpeesta -> soittaa (0-3vrk) omaishoitajalle ja sopii kotikäyntiajan -> kotikäynti -> ohjaus- ja neuvonta -> tarvittaessa palvelutarpeen arvio
3. Mikäli kotikäynnille ei ole tarvetta tai omaishoitaja ei halua kotikäyntiä, annetaan omaishoitajalle neuvontaa ja ohjausta tarkistuslistaa hyödyntämällä
4. Mikäli omaishoitaja ei halua tai kykene käymään asioita läpi soiton aikana sovitaan uusi aika puhelinsoittoon omaishoitajan halutessa – (esim. hautajaisten jälkeen, n. 3-4 vk)
5. Kaikissa tapauksissa omaishoitajalle lähetetään päätös omaishoitajuuden päättymisestä ja infopaketti kunnan, järjestöjen ja seurakuntien järjestämästä tuesta.

Omaishoitajan kanssa läpikäytävät sisällöt / teemat:

- Osanotot luopuneelle omaishoitajalle (omaishoidettavan menehtyessä)
- Oma jaksaminen → Ohjaus mahdollisesti lääkäriin / psyk. Sh.
- Läheiset, tukiverkosto, esim. hyödyntämällä sosiaaliverkostokarttaa
- Miten kunta voi tukea – kunnan omat palvelut, es. Yleinen palveluohjaus
- Käydään läpi kuinka omaishoito päättyy virallisesti:
 - Lain mukaan
 - Päätös lopetuksesta
- Taloudelliset asiat ym.
 - Sosiaalityöntekijä → ohjaus hakemuksiin ym. liittyen
- Lähetetään postia kotiin, jos ei tehdä kk
 - Viralliset?
 - Tieto matalan kynnyksen palveluista
 - Oman alueen palveluopas tms
- Ohjaus vertaistukiryhmiin:
 - Kunnan omat omaishoidon ryhmät / tapaamiset
 - Alueen sururyhmät (huom, mahdolliset vaatimukset ryhmään, esim. 1v menetyksestä)
 - Alueen järjestötoimijat
 - Sairauskohtaiset järjestöt / yhdistykset
 - SRK
 - Muut alueen toimijat

Mikäli omaishoitajaan ei saada yhteyttä yrityksistä huolimatta, toimitetaan kirjepostina tietoa palveluista sekä päätös omaishoidon päättymisestä.

Liite 9: Yli 65 vuotiaiden omaishoitajien hyvinvointi – ja terveystarkastukset

Yli 65-vuotiaiden omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastukset Varsinais-Suomessa

Tavoite

Ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastusten kulkua ja sisältöä yhtenäistetään saman sisältöiseksi Varsinais-Suomessa.

Käyttöönotto

Tiedota työyhteisöäsi toimintamallin käyttöönotosta. Tiedota erityisesti omaishoidon työntekijöitä omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksista, jotta tieto kulkee omaishoitoperheille mahdollisuudesta tarkastukseen omaishoitajille. Perehdy käytössä lomakkeisiin ja muokkaa tarvittaessa ulkonäöllisesti oman kuntasi mukaiseksi.

Toimintamallin käyttöönotto voi vaatia kuntakohtaista pohdintaa, esimerkiksi kirjaamisen osalta eri tietojärjestelmistä johtuen tai materiaalien keruuta oman alueen palveluista ja toimijoista.

HUOM! Selvitä oman kuntasi osalta esimerkiksi tiedonsiirtoon ja kutsukäytäntöihin liittyvät toimintatavat. Kutsukäytännöt suoritetaan kunnan omalla toimintamallilla. Selvitä tarvittaessa kutsun ja suostumuslomakkeen lähettämisen suhteen oman kuntasi käytäntöjä. Palautelomakkeen suhteen toimi oman kuntasi käytäntöjen mukaan ja kerro asiakkaalle ohjeistus lomakkeen palauttamisen suhteen (mm. palautusosoite).

Lomakkeet

- Prosessi
- Kutsu
- Tarkastuksen sisältö
 - Mittariohjeistukset
 - COPE – lomake + ohjeistus ([linkki](#))
 - SPPB – mittari ([linkki](#))
 - Varmista mittarin käyttö oman kunnan fysioterapeutilta tarvittaessa
- Omaishoitajakortti
- Kirjaamisesimerkit
- Yhteenveto
- Palautelomake

Liite 9:1 Tarkastuksen sisältö

Omaishoidon hyvinvointi- ja terveystarkastuksen sisältö

▪ Kutsukäytännöt

- Tiedonsaanti omaishoitajista kunnan nykyisten toimintatapojen mukaisesti (esim. suostumuslomake, pyyntö omaishoitajalta)
- Saatekirje kotiin, jossa aika omaishoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastukseen on ilmoitettuna, COPE, suostumuslomake tarvittaessa
- Työntekijän perehtyminen omaishoitajan terveystietoihin tietojärjestelmässä

▪ Perustiedot

- Perussairaudet, lääkitykset, tehdyt toimenpiteet (joilla on merkitystä tämänhetkiseen tilanteeseen)
- Omaishoitajan oma kokemus terveydestä ja toimintakyvystä
- Omaishoidettavan toimintakyky / terveys, omaishoitajan kuvaus arjesta kotona
- Rokotukset (voimassaolo)
- Ohjaus laboratoriotulokset → tk
- Hammashuolto
- Ympäristö: turvallisuus, apuvälineet, kodin muutostyöt, asumismuoto, tyytyväisyys asuntoon

▪ Fyysinen toimintakyky

- SPPB (tasapaino, kaatumisriski) [OHJEISTUS SPPB -MITTARIIN](#)
- RR, PULSSI, PITUUS, PAINO
- IADL tarvittaessa
- Tarvittaessa ohjaus eteenpäin:
 - Virtsankarkailu - keskustellen
 - Näkö – keskustellen, tarvittaessa ohjaus eteenpäin
 - Kuulo – keskustellen, tarvittaessa ohjaus eteenpäin

▪ Psyykkinen toimintakyky

- COPE ja Kartoittavat kysymykset
- Tarvittaessa GDS-15

▪ Kognitiivinen toimintakyky

- Tarvittaessa: ohjaus / lähete esim. muistihoitajalle tai vast.

▪ Sosiaalinen toimintakyky

- Yhteydenpito sukulaisiin/tuttaviin, harrastukset, verkostot, voimavarat, selviytymiskeinot, yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteet

- **Elämäntavat**

- Ravitseminen

- Mm. ateriarytmi, proteiinin saanti, d.vit., hedelmät, marjat, vihannekset, kalan käyttö, rasvat, kuitu, suola, makeat, maitol. tuotteet

- Liikunta

- AUDIT & tarvittaessa tupakointi

- Nukkuminen, lepotauot, vapaat

- **Palveluneuvonta ja – ohjaus (tukitoimet)**

- mm. etuudet ja oikeudet, taloudellinen pärjääminen, vertaistuki, apuvälineet, yksilöllinen arjen jaksamisen tukeminen, tarvittaessa yhteydenotot / ajanvaraukset omaishoitajan puolesta, jaettavat materiaalit (esim. avustajakeskus, edunvalvontavaltuutus, hoitotahto, eläkkeensaajan hoitotuki, lomat, kurssit)

- **Yhteenveto asiakkaalle**

- Yhteenveto ja suunnitelma omaishoitajalle jatkoon

- Ohjeistus omaishoidon hyvinvointi- ja terveystarkastuksiin ohjautuminen

- **→ Uusi tarkastus toteutetaan 2v välein / tarvittaessa / pyydettyäessä aiemmin**

KUTSU

Arvoisa omaishoitaja,

kutsun teidät maksuttomaan hyvinvointi- ja terveystarkastukseen

Oman kunnan/ kaupungin omaishoidon tuki tarjoaa lakiin perustuvaa omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksia. Hyvinvointi- ja terveystarkastuksen tavoitteena on, auttaa omaishoitajaa tekemään omaa terveyttä ja hyvinvointia edistäviä valintoja sekä auttaa tunnistamaan kuormittumisen riskitekijöitä. Tarkoituksena on lisätä omaishoitajan ja omaishoitoperheen hyvinvointia. Hyvinvointi- ja terveystarkastukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Asiakasmaksulain mukaan hyvinvointi- ja terveystarkastus on teille maksuton.

Olen varannut teille ajan vastaanotolleni

Jos kyseinen aika ei sovi ja haluatte varata uuden ajan tai teillä on jotain kysyttävää liittyen vastaanottoon, minut tavoittaa puhelinnumerosta

Aikaa tarkastukseen kannattaa varata 1 ½h

Vastaanotto osoitteessa:

Ohessa on esitäytettävä omaishoitajien hyvinvointikysely (COPE), jonka pyydän ottamaan mukaan vastaanotolle täytettynä, siltä osin kun se on mahdollista. Kysymykset koskevat sitä, missä määrin olette kokeneet asioita viimeisen kuukauden aikana. Kysely toimii apuna terveytenne ja toimintakykynne kartoittamisessa. Lomake käydään vastaanotolla läpi ja asioista keskustellaan täysin luottamuksellisesti.

Tervetuloa!

Ystävällisin terveisin

COPE

Omaishoitajan / läheistään avustavan henkilön tuen tarpeen arviointilomake

Omaishoitajan / läheistään avustavan tiedot

Ikä: _____	
Arvioi, kuinka monta tuntia viikossa käytät hoitamiseen ja avustamiseen: _____	
Yleinen terveydentilasi:	<input type="checkbox"/> Erittäin hyvä <input type="checkbox"/> Hyvä <input type="checkbox"/> Kohtalainen <input type="checkbox"/> Huono <input type="checkbox"/> Erittäin huono
Hoitamani/avustamani henkilö on minulle	<input type="checkbox"/> Puoliso/kumppani <input type="checkbox"/> Sisarus <input type="checkbox"/> Äiti/isä <input type="checkbox"/> Lapsi <input type="checkbox"/> Anoppi/appi <input type="checkbox"/> Muu perheenjäsen <input type="checkbox"/> Ystävä/naapuri
Sukupuolesi:	<input type="checkbox"/> Mies <input type="checkbox"/> Nainen
Työtilanteesi:	<input type="checkbox"/> Työssä päätoimisesti <input type="checkbox"/> Työssä osa-aikaisesti <input type="checkbox"/> Eläkkeellä <input type="checkbox"/> Työtön <input type="checkbox"/> Päätoiminen opiskelija
Missä sinä ja hoitamasi/avustamasi henkilö asutte?	<input type="checkbox"/> Samassa taloudessa <input type="checkbox"/> Eri taloudessa, mutta samassa rakennuksessa <input type="checkbox"/> Kävelymatkan etäisyydellä <input type="checkbox"/> 10 minuutin auto-, bussi- tai junamatkan etäisyydellä <input type="checkbox"/> 30 minuutin auto-, bussi- tai junamatkan etäisyydellä <input type="checkbox"/> 1 tunnin auto-, bussi- tai junamatkan etäisyydellä <input type="checkbox"/> Yli tunnin auto-, bussi- tai junamatkan etäisyydellä

Omaishoitajan / läheistään avustavan tuen tarpeen arviointi

1. Tunnetko pärjääväsi hyvin omaishoitajana/avustajana?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan
2. Pidätkö omaishoitoa/avustamista liian vaativana?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan
3. Vaikeuttaako omaishoitajana toimiminen/avustaminen omien ystävyysuhteittesi ylläpitoa?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan 1 <input type="checkbox"/> Ei koske minua
4. Vaikeuttaako omaishoito/avustaminen kielteisesti omaan fyysiseen terveydentilaasi?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan
5. Vaikeuttaako omaishoito/avustaminen sinun ja perheenjäsentesi suhteita?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan 1 <input type="checkbox"/> Ei koske minua
6. Aiheuttaako omaishoitajuus/avustaminen sinulle taloudellisia vaikeuksia?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan
7. Tunnetko olevasi ansassa roolissasi omaishoitajana/avustajana?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan
8. Tunnetko saavasi hyvin tukea ystäviltäsi ja/tai naapureiltasi?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan 1 <input type="checkbox"/> Ei koske minua

9. Tuntuuko omaishoito/avustaminen sinusta vaivan arvoiselta?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan
10. Tunnetko saavasi hyvin tukea perheeltäsi?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan 1 <input type="checkbox"/> Ei koske minua
11. Onko sinulla hyvä suhde hoitamaasi/avustamaasi henkilöön?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan
12. Tunnetko saavasi hyvin tukea terveys- ja sosiaalipalveluista? (esimerkiksi julkinen, yksityinen, vapaaehtoinen)	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan 1 <input type="checkbox"/> Ei koske minua
13. Tuntuuko sinusta siltä, että ihmiset yleisesti arvostavat läheisellesi antamaasi hoitoa/apua?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan
14. Vaikuttaako omaishoito/avustaminen kielteisesti omaan tunne-elämääsi?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan
15. Tunnetko yleisesti ottaen saavasi hyvin tukea roolissasi omaishoitajana /avustajana?	4 <input type="checkbox"/> Aina 3 <input type="checkbox"/> Usein 2 <input type="checkbox"/> Joskus 1 <input type="checkbox"/> Ei koskaan
Onko jotakin muuta, mitä haluaisit kertoa meille?	

Liite 9:4 COPE ohjeistus mittarin käyttöön

COPEn käyttöohje iäkkäitä henkilöitä tai puolisoaan hoitavien omaishoitajien arvioinnissa

COPE-indeksi on suunniteltu auttamaan omaishoitajia ja heidän kanssaan työskenteleviä ammattilaisia arvioimaan omaishoidon kuormittavuutta ja omaishoitajan tuen tarvetta. Tarkoitus on yhdessä löytää ja sopia asianmukaisimmat avun ja tuen muodot. Omaishoitajalla tarkoitetaan tässä henkilöä, joka hoitaa/avustaa sairauden, vamman tai muun erityisen hoivan tarpeen takia omaistaan tai läheistään tämän kotona asumisen mahdollistamiseksi.

COPE-indeksi on kehitetty ensi vaiheen seulontavälineeksi ja tarkoitettu käytettäväksi silloin, kun arvioidaan omaishoitajien tuen tarvetta. Sitä suositellaan käytettäväksi erityisesti seuraavalla kahdella tavalla:

- A) Keskustelun tukena. COPE-indeksin avulla voidaan edistää omaishoitajan ja terveys- tai sosiaalialan ammattilaisen vuoropuhelua omaisen hoitamiseen liittyvistä tärkeistä asioista. Omaishoitaja vastaa viiteentoista COPE-indeksin kysymykseen, joiden perusteella saadaan käsitys omaishoitosuhteesta. Lisäksi on hyvä kysyä avustavan läheisen taustatietoja, joista selviävät omaisen hoitamiseen liittyvät olosuhteet. Tämän pohjalta käyty omaishoitajan ja ammattilaisen välinen keskustelu saattaa tuoda esiin lisäselvityksen tarpeen.
- B) Arvioinnin välineenä. COPE-indeksi koostuu kolmesta osa-alueesta: kielteinen vaikutus, myönteinen merkitys ja tuen laatu. Sen avulla voidaan saada täsmällistä tietoa siitä, miten omaishoitaja itse kokee tilanteensa, ja varmistaa, onko hänellä tarpeita joillain osa-alueilla. Tämä tapahtuu laskemalla omaishoitajan vastauksista summapisteet.

Kielteinen vaikutus -osa-alueen kysymykset ovat seuraavat:

2. Pidätkö omaishoitoa/avustamista liian vaativana?
3. Vaikeuttaako omaishoitajana toimiminen/avustaminen omien ystävyssuhteittesi ylläpitoa?
4. Vaikuttaako omaishoito/avustaminen kielteisesti omaan fyysiseen terveydentilaasi?
5. Vaikeuttaako omaishoito/avustaminen sinun ja perheenjäsentesi suhteita?
6. Aiheuttaako omaishoitajuus/avustaminen sinulle taloudellisia vaikeuksia?
7. Tunnetko olevasi ansassa roolissasi omaishoitajana/avustajana?
14. Vaikuttaako omaishoito/avustaminen kielteisesti omaan tunne-elämääsi?

Myönteinen merkitys -osa-alueen kysymykset ovat seuraavat:

1. Tunnetko pärjääväsi hyvin omaishoitajana/avustajana?
9. Tuntuuko omaishoito/avustaminen sinusta vaivan arvoiselta?
11. Onko sinulla hyvä suhde hoitamaasi/avustamaasi henkilöön?
13. Tuntuuko sinusta siltä, että ihmiset yleisesti arvostavat läheisellesi antamaasi hoitoa/apua?

Tuen laatu -osa-alueen kysymykset ovat seuraavat:

- 8. Tunnetko saavasi hyvin tukea ystäviltäsi ja/tai naapureiltasi?
- 10. Tunnetko saavasi hyvin tukea perheeltäsi?
- 12. Tunnetko saavasi hyvin tukea terveys- ja sosiaalipalveluista?
- 15. Tunnetko yleisesti ottaen saavasi hyvin tukea roolissasi omaishoitajana/avustajana?

Kunkin osa-alueen vastaukset voidaan laskea yhteen seuraavan pisteytysjärjestelmän mukaan:

Aina = 4 Usein = 3 Joskus = 2 Ei koskaan = 1 Ei koske minua = 1.

Suuri pistemäärä (17 pistettä tai enemmän) Kielteinen vaikutus -osa-alueella voi merkitä sitä, että omaishoitaja on roolissaan yllirasittunut ja hänen tilanteensa tulisi arvioida tarkemmin keinojen löytämiseksi, jotta rasituksen määrää voitaisiin vähentää. 13–16 pistettä merkitsee kohtalaista rasitusta omaishoidosta, mikä pitkittyessään voi johtaa yllirasitukseen. Tilanteessa on hyvä arvioida ennalta ehkäiseviä toimia, kuten omaishoitajan omaa terveyttä ja hyvinvointia tukevia toimia. Vähemmän pisteitä (12 tai vähemmän) saaneilla rasitus on yleisesti ottaen kohtuullista tai vähäistä. Tästä huolimatta yksittäisissä asioissa rasitus voi olla huomattavaa. Esimerkiksi työikäisillä omaishoitajilla sellainen voi olla taloudellinen rasite, mikäli he ovat vähentäneet palkkatyötä tai fyysinen rasite, mikäli avustaminen on fyysisesti raskasta.

Pieni pistemäärä (11 pistettä tai vähemmän) Myönteinen merkitys -osa-alueella voi merkitä sitä, että omaishoitaja saa roolistaan vain vähän tyydytystä tai hän voi kokea taitonsa riittämättömänä omaishoitajana ja hänen tilanteensa tulisi arvioida tarkemmin. Pieni pistemäärä (8 pistettä tai vähemmän) Tuen laatu -osa-alueella voi kertoa siitä, että omaishoitaja ei tunne saavansa riittävästi tukea tai tuki ei ole kohdennettu tarpeen mukaisesti.

On tärkeää ottaa huomioon jokaisesta osa-alueesta saatu pistemäärä, jotta voidaan saada kokonaiskäsitys omaishoitajan tarpeista. Jos omaishoitaja saa suuren pistemäärän Kielteinen vaikutus -osa-alueella, keskitason pistemäärän Tuen laatu -osa-alueella ja suuren pistemäärän Myönteinen merkitys -osa-alueella, hänen tarpeensa saattavat olla hyvin erilaisia kuin omaishoitajalla, jonka vastaavat pistemäärät ovat suuri, suuri ja pieni. Edellinen omaishoitaja saattaa olla yllirasittunut, mutta saanut silti roolistaan tyydytystä ja voi olla hyvinkin halukas jatkamaan omaishoitajana, jos hänen kokemaansa rasitusta kyetään vähentämään. Jälkimmäinen omaishoitaja taas tuntee saavansa hyvin tukea mutta voi olla yllirasittunut ja tuntea saavansa vähän tyydytystä. Hänen olisi mahdollisesti opittava erityistaitoja tai -keinoja saadakseen työstään tyydytystä ja tunteakseen sen vähemmän rasittavana, tai olisi harkittava, millaisilla tukimuodoilla hänen rooliaan voidaan helpottaa.

Osa-alueista saatujen pistemäärien lisäksi COPE-lomakkeella (omaishoitajan tiedot) saadaan tärkeää taustatietoa omaishoitajan tilanteesta. Näiden tietojen perusteella tulisi olla mahdollista tehdä ensiarvio omaishoitajan yksilöllisistä tarpeista ja siitä, pitäisikö omaishoitajan tilanteen arviointia täydentää.

Osa-alueiden pistemäärille tässä käyttöohjeessa annetut raja-arvot perustuvat suomalaisten omaishoidon tukea saavien iäkästä henkilöä tai puolisoaan hoitavien (n = 949) kyselytutkimukseen (julkaisussa Tillman ym. 2014), jossa sekä suuren pistemäärän saaneita että pienen pistemäärän

saaneita oli kumpiakin noin 30 % vastanneista. Yksittäinen pistemäärä ei kuitenkaan jaa omaishoitajia rasittuneisiin ja ei rasittuneisiin, omaishoitajan roolista tyydytystä saaviin ja ei-saaviin tai niihin, jotka kokevat tai eivät koe saavansa riittävästi tukea roolissaan.

Englannissa tehdyn alustavan tutkimuksen (McKee) mukaan alle 15 % omaishoitajista sai Kielteinen vaikutus -osa-alueella pistemäärän 16 tai enemmän, Myönteinen merkitys -osa-alueella alle 15 % omaishoitajista sai pistemäärän 10 tai vähemmän ja Tuen laatu -osa-alueella alle 15 % omaishoitajista sai pistemäärän 6 tai vähemmän. Englantilainen tutkimus erosi olennaisesti suomalaisesta siten, että suomalaisessa tutkimuksessa kohdejoukkona oli omaishoidon tukea saavat ja he antoivat apua vuorokaudessa huomattavasti enemmän kuin omaishoitajat englantilaisessa tutkimuksessa.

Jos omaishoitaja saa 17 pistettä tai enemmän Kielteinen vaikutus -osa-alueella, 11 pistettä tai vähemmän Myönteinen merkitys -osa-alueella ja näiden lisäksi vielä 8 pistettä tai vähemmän Tuen laatu -osa-alueella, pitää omaishoitajan ja hoidettavan läheisen tilanne arvioida pikaisesti tarkemmin. Suomenkielisen version Myönteinen merkitys -osa-alueen kysymyksistä yksi on kuvannut enemmän tuen laatua kuin myönteistä merkitystä (Juntunen ym. 2015). Tähän COPE-indeksin versioon ko. kysymystä on selkiytetty. On kuitenkin suositeltavaa, että Myönteinen merkitys -osa-alueen vastauksia tarkastellaan myös kysymyskohtaisesti.

Lisätietoja:

Kevin McKee, Senior Lecturer, Sheffield Institute for Studies on Ageing, University of Sheffield, Samuel Fox House, Northern General Hospital, Sheffield S5 7AU, k.j.mckee@sheffield.ac.uk.

Juntunen K. Salminen A-L. Tillman P. Törmäkallio T. Nikander R. The reliability and validity of COPE index used to screen for negative impact, positive value and quality of support among different age groups. Käsikirjoitus 2015.

Tillman P, Kalliomaa-Puha L, Mikkola H, toim. Rakas mutta raskas työ. Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia. Helsinki: Kela, Työpapereita 69, 2014.

Lisäohjeistusta COPE-lomakkeeseen, mm. lomakkeet eri kielillä:

<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/28272>

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/165/>

Liite 9:5 Yhteenveto omaishoitajalle

Kunnan logo tähän

Yhteenveto omaishoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastuksesta

(täytetään vastaanotolla, annetaan mukaan omaishoitajalle)

Päivämäärä: ____ . ____ . 20____

Nimi:

Fyysiset mittaustulokset:

Paino ____ kg

Pituus ____ cm

Verenpaine/pulssi: _____

Tavoitteet ja niiden seuranta:

(omaishoitajan omat tavoitteet jaksamisen ylläpitämiseksi / parantamiseksi)

Jatkosuunnitelma: (mahdolliset ajanvaraukset, yhdessä sovitut asiat, ohjaukset ja suositukset)

Terveystarkastuksen tekijä: _____

Liite 9:6 palaute hyvinvointitarkastuksesta

Palaute omaishoitajien hyvinvointi- ja terveystarkastuksesta

Kiitos osallistumisestanne omaishoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastukseen. Keräämme palautetta palvelun kehittämiseksi. Käsitlemme palautteet nimettöminä.

Sukupuoli

☐ mies

☐ nainen

Ikä

☐ 65-74 -vuotias

☐ 75-84 -vuotias

☐ Yli 84 -vuotias

Kuinka kauan olette toimineet omaishoitajana?

☐ Alle 1 vuotta

☐ 1-3 vuotta

☐ 4-6v.

☐ 7-9 vuotta

☐ 10- vuotta

Oletko käynyt aikaisemmin omaishoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastuksessa

☐ Kyllä, tämä oli ____ käyntini.

☐ En, tämä oli ensimmäinen käyntini

Miten toivoisitte saavanne kutsun jatkossa hyvinvointitarkastukseen:

☐ Puhelimitse

☐ Kirjeitse

☐ Sähköpostilla

☐ Muu, miten _____

Kuinka usein toivotte omaishoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastuksia tehtävän?

☐ 1v. välein

☐ 2v. välein

☐ 3v. välein

☐ Harvemmin

☐ Tarvittaessa

Koittako omaishoitajan hyvinvointi- ja terveystarkastuksen hyödyllisenä?

☐ kyllä

☐ en

Saitteko mielestänne hyvinvointi- ja terveystarkastuskäynnillä apua, ohjeita, tietoa tai voimavaroja omaan:

Jaksamiseen	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
Terveystilaan	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
Omaishoitotilanteeseen	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei

Arvioi seuraavia käyntiänne koskevia väittämiä asteikolla 1-4.

	1=Täysin eri mieltä	2=Jokseenkin eri mieltä	3=Jokseenkin samaa mieltä	4=Täysin samaa mieltä
<i>Käynti oli onnistunut</i>				
<i>Tulin kuulluksi tapaamisen aikana</i>				
<i>Voin suositella hyvinvointi ja terveystarkastuksia muille</i>				

Miten tai mistä saatte tukea omaishoitajana?

Miten toivoisitte kunnan / kaupungin teitä konkreettisesti tukevan?

Minkä kouluarvosanan annan hyvinvointi- ja terveystarkastuksista kokonaisuutena?

<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

Kiitos palautteestanne!

Liite 9:7 Kirjaamisesimerkki

RAISIONTERVEYSKESKUS

Sivunumero 1

KOTISAIRAANHOITO

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

KSH

Henkilötunnus - Potilaan nimi	Nimen muutokset
120254-A020	Viikari
Testi Annukka	

24.10.2017 10:02 IKane SH Laakkonen Aija**Käyntisyys A98 Terveysten ylläpito / Sairausten ennaltaehkäisy**

Asiakas tulee sovitusti hyvinvointi- ja terveystarkastukseen/ asiakas ei tule.

Anamneesi

Asiakkaan perussairaudet ja terveydentila

Nykytila

Asiakkaan oma arvio terveydestään ja jaksamisestaan. Milloin käynyt viimeksi lääkärillä ja hammashoidossa.

Omaishoitajuus tilanne, kuinka kauan toiminut omaishoitajana, hoidettavan hoitoisuus, tukitoimet, asumismuoto

Toimintakyky Fyysinen toimintakyky

Asiakkaan fyysinen toimintakyky, liikkuminen sisällä ja ulkona, apuvälineet, kaatumistaipumus

Psyykinen toimintakyky

Mieliala, muisti, yksinäisyys

Sosiaalinen toimintakyky

Harrastukset, sosiaaliset kontaktit, tukiverkko

Terveysteen vaikuttavat tekijät Liikunta

Liikuntatottumukset, liikuntaharrastukset, onko mahdollisuus lähteä liikuntaharrastukseen hoidettavan vuoksi

Päihteet ja tupakointi

Tupakointi, alkoholin käyttö, tarvittaessa audit

Ravitsemus

Ruokahalu, ruokavalion monipuolisuus, ruokarytmi, painonmuutokset, nesteidensaanti

Uni

Kysytään asiakkaan unirytmistä, unenlaatu, mahdollinen lääkitys, joutuuko heräämään yöllä hoidettavan vuoksi

Aistitoiminnot

Näkö

Kuulo

Lääkitys

kysytään rokotukset

tarkistetaan kotilääkitys, milloin lääkäri viimeksi ottanut kantaa lääkitykseen

Mittarit

COPE-> kirjataan auki

SPPB-> kirjataan auki

tarvittaessa MMSE, GDS, audit

(RR, pulssi, pituus ja paino merkitään RR-lehdelle)

Ongelmat

Kirjataan käynnillä esiinnoituneet ongelmat esim. jaksamiseen liittyvät ongelmat, tukiverkon puute....

Suunnitelma

Kirjataan jatkosuunnitelma, annettu neuvonta ja ohjaus

Kirjataan asiakkaan omat tavoitteet ja sitoutuminen hyvinvointiaan edistäviin toimenpiteisiin.