



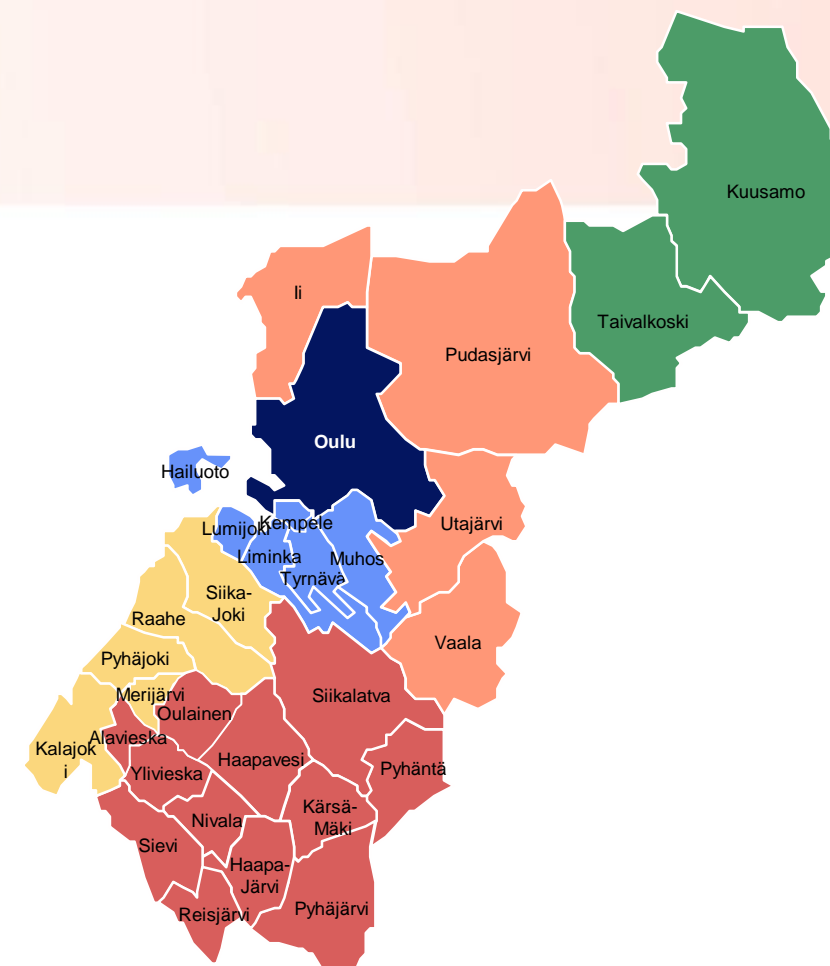
Pohde

Pohjois-Pohjanmaan
hyvinvointialue



Ikäihmisten palveluiden asiakas- ja palveluohjaus

Toimintamallikuvaus



Sini Vuoti, projektisuunnittelija

Iina Aro, projektisuunnittelija

Ikä on POP-hanke, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue POHDE

MATERIAALIN SISÄLTÖ

Asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin kuvaus

- Perustehtävän ja tavoitteiden määrittely
- Asiakkaan ohjautuminen
- Tärkeimmät asiakassegmentit
- Riskiasiakkaat
- Erityisen tuen tarpeen määrittely ja tunnistaminen
- Asiakas- ja palveluohjauksen prosessi ja sen vaiheet
- Palveluohjauksen ydinpalvelut
- Yhteydenottokanavat
- Työvälineet
- Kumppanit
- Roolit ja vastuut
- Jatkokehittämistarpeet
- Linkit ja lähteet



Ikäihmisen hyvä arki ja elämä Pohjois-Pohjanmaalla:

Mitkä asiat vaikuttavat hyvinvointiini?

Ajatukset
tulevaisuudesta

Oppiminen ja
kasvu ihmisenä

Suhteet toisiin ihmisiin
ja mahdollisuus
osallistua
ja vaikuttaa

Asuminen,
ympäristö ja
luonto

Turvallisuus

Työ ja valmiudet
työelämään

Arjen
raha-asiat

Mielen
hyvinvointi ja
mahdollisuus elää
omannäköistä
elämää

Fyysinen
terveys

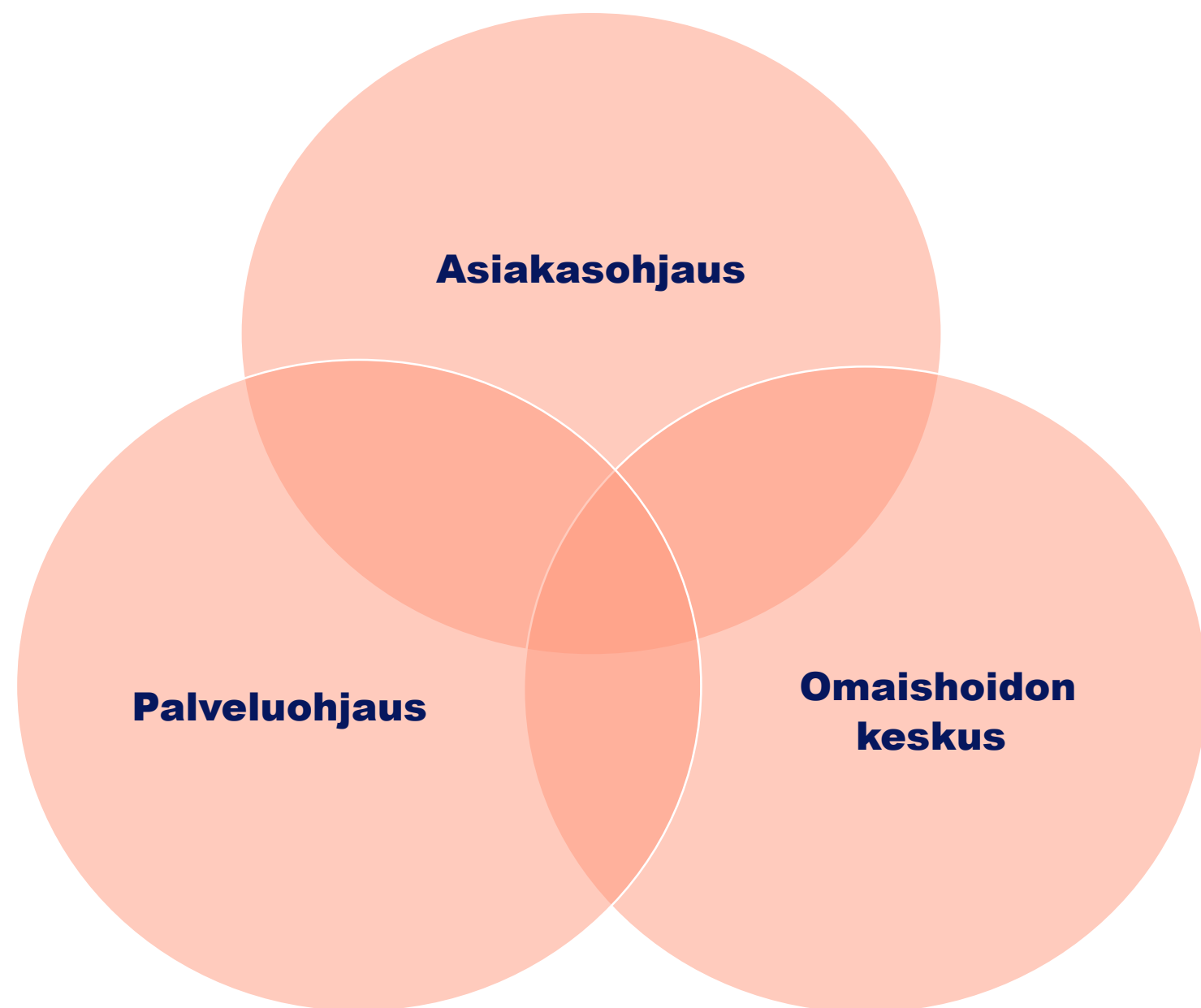
Ruoka, liikunta,
lepo ja
muut elintavat

Kulttuurihyvinvointi
ja harrastukset

**Tavoite: Koen, että minulla on
hyvä arki ja mielekäs elämä
– nyt ja tulevaisuudessa**

**Hyvinvointini on kokonaisuus,
joka muuttuu läpi elämän.
Toivon, että ymmärrät
ja kohtaat minut ihmisenä
etkä yksittäisen tarpeeni kautta.**

Asiakas- ja palveluohjaus



Asiakas- ja palveluohjauksen palvelukuvaus määrittää sen perustehtävät

Tavoite

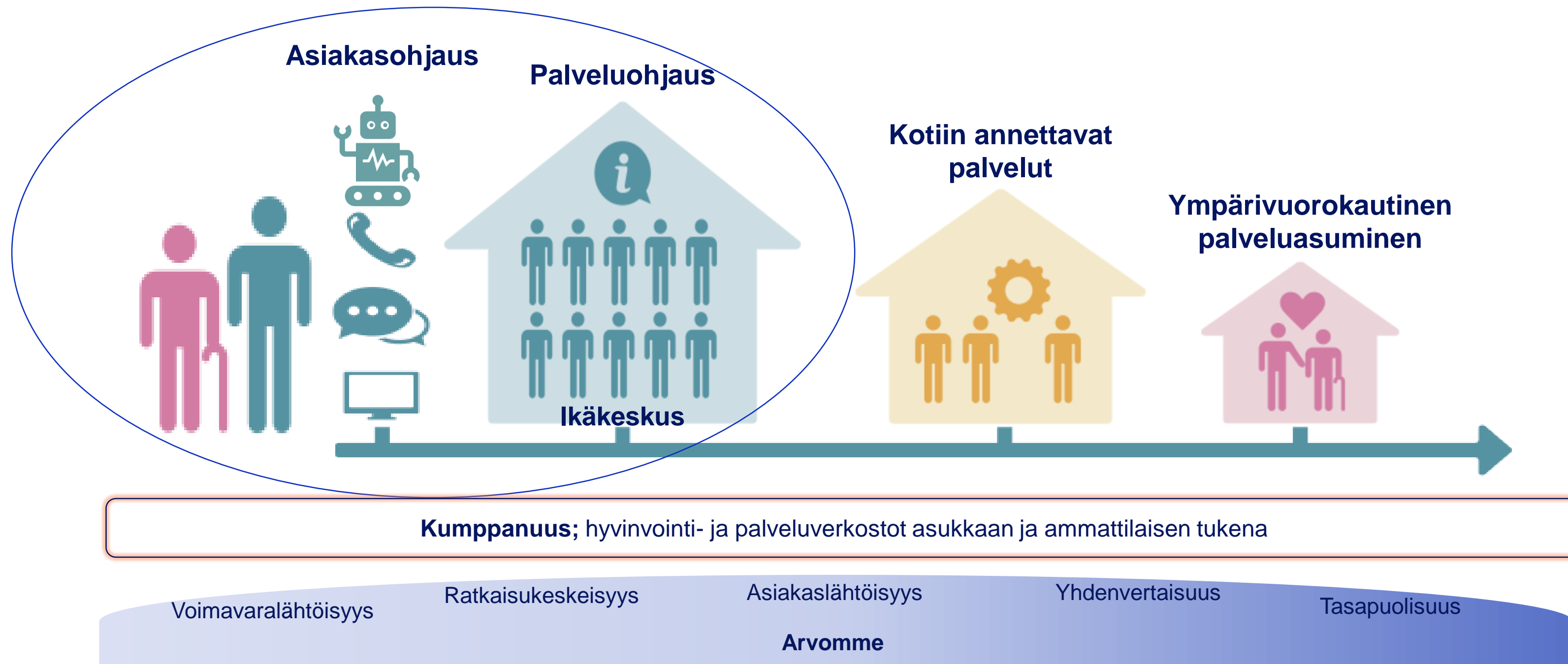
- Tavoitteena on siirtää painopiste ennaltaehkäisevään ja hyvinvointia edistävään suuntaan, vähentää säännöllisten palvelujen tarvetta sekä siirtää raskaisiin palveluihin siirtymistä
- Yhdenvertainen ja laadukas, matalan kynnyksen asiakas- ja palveluohjaus asuinpaikasta riippumatta koko hyvinvointialueella
- Asiakas saa tarpeenmukaiset ja oikea-aikaiset palvelut sekä tuen samasta paikasta

Palvelukuvaus

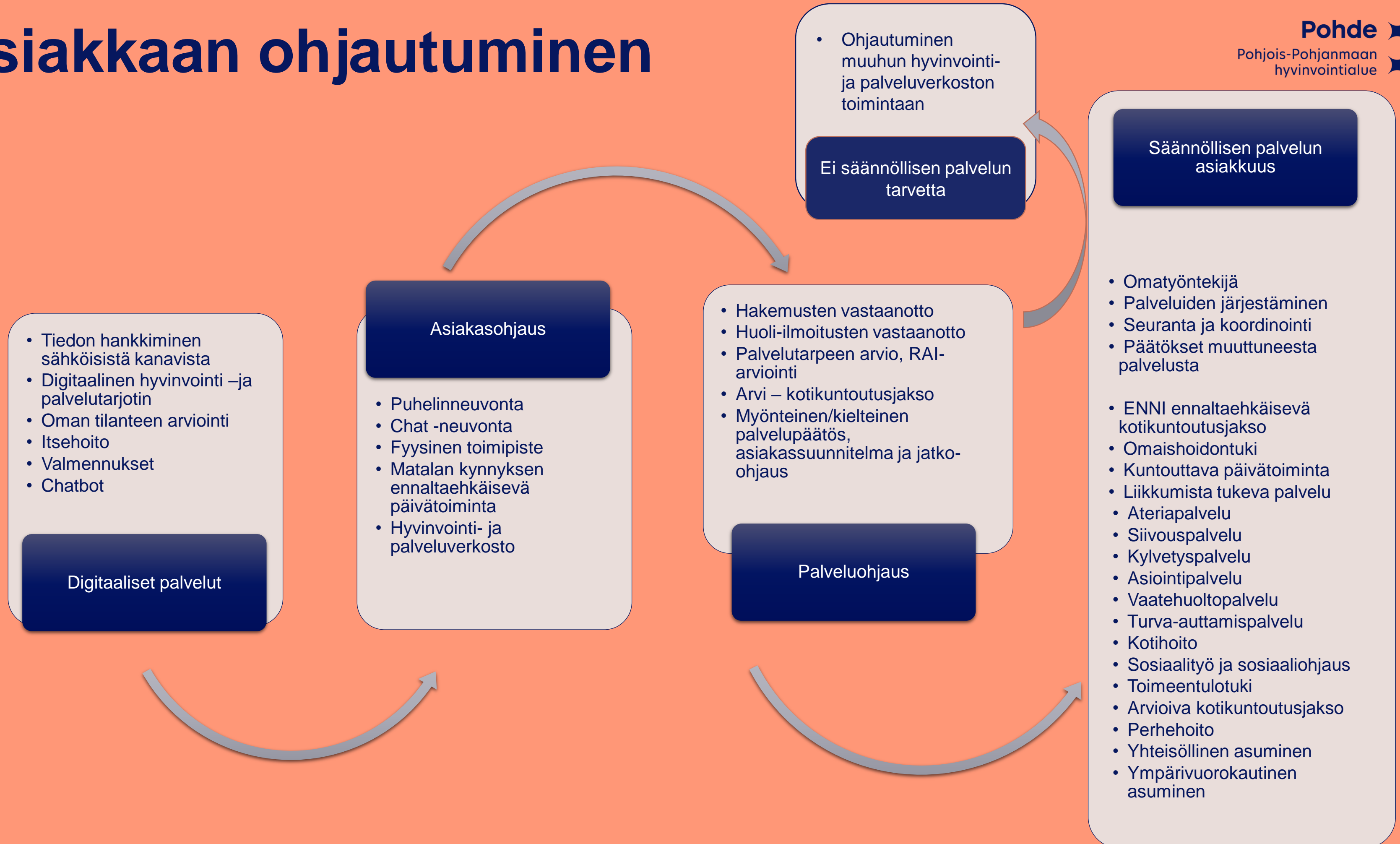
- Tehtävänä on hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukeva asiakas- ja palveluohjaus ennen säännöllisiä palveluja. Palveluohjauksessa tuetaan asiakkaan itsehoitoa ja varhaisen tuen saamista sekä pyritään tunnistamaan riskiasiakkuuksia.
- Asiakas- ja palveluohjauksessa työskentelee moniammatillinen tiimi, joka voi koostua mm. seuraavista ammattilaisista: sairaanhoitaja, geronomi, sosionomi, sosiaalityöntekijä, fysio- ja toimintaterapeutti.
- Palveluohjauksessa tehdään yhdessä asiakkaan ja verkoston kanssa laaja-alainen palvelutarpeen arvio, jossa huomioidaan asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja voimavarat sekä vahvistetaan osallisuutta ja omasta terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtimista. Asiakkaiden toimintakykyä ja voimavaroja tarkastellaan monipuolisesti ja luotettavasti RAI (Resident Assessment Instrument) -järjestelmän avulla.
- Palvelutarpeen selvittämisen perusteella asiakkaan kanssa mietitään yhdessä hänen tarvitsemansa palvelut ja tuki (esim. omaiset, kolmas sektori, yksityiset ja julkiset palvelut) sekä järjestetään tarvittavat palvelut eli laaditaan asiakassuunnitelma ja tehdään viranhaltijapäätökset.
- Asiakas- ja palveluohjauksen vaikuttavuutta ja prosessin laatua seurataan eri menetelmiä hyödyntäen.

Yhtenäinen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamalli

Tavoitteena on tukea ja helpottaa ikääntyneiden elämää omassa asuin- ja kotiympäristössä sekä sujuvoittaa palvelujen tarkoituksenmukaista kohdentumista keskitetyn koordinoinnin avulla



Asiakkaan ohjautuminen



Asiakas- ja palveluohjauksen asiakassegmentit

ASIAKAS



Eläköitynyt kotona asuva henkilö. Hänellä ei ole säännöllistä tuen tarvetta. Toimintakyky on hyvä, mutta työelämän jälkeen arjen sisällöt ovat vähentyneet. Tuen tarve ei ole iso, mutta on olemassa riskejä esimerkiksi yksinäisyys tai masennus, jonka vuoksi on tarve matalan kynnyksen toimintaan sosiaalisten kontaktien ylläpitämiseksi. Asiakas on aktiivinen toimija ja perus digiosaaminen on työelämän aikaan saamana. Tavoitteena on osallisuus ja aktiivinen arki.

Ikääntyvä kotona asuva henkilö. Hänellä ei ole vielä säännöllistä tuen tarvetta. Toimintakyky on varsin hyvä. Tuen tarve ei ole iso, mutta on jo olemassa riskejä, kuten kaatumiset ja heikko lihaskunto. Tarvitsee tukea toimintakyvyn ylläpitoon. Tarve on myös saada arkeen sisältöjä ja ohjausta sopivien toimintojen tai harrastusten pariin. Asiakas on aktiivinen toimija. Perus digiosaaminen on työelämän tai oman kiinnostuksen aikaansaama. Tavoitteena toimintakyvyn ylläpitäminen ja vanhuuteen varautuminen.

Ikääntynyt kotona asuva henkilö. Hänellä on alkavaa tuen tarvetta kotona asumisen turvaamiseksi. Toimintakyky on heikentynyt. Tuen tarve on lievää tai se on alkanut äkillisesti esimerkiksi sairastumisen seurauksena. Tarvitsee tukea kotona asumisen sujumiseen ja arjen turvaamiseen. Asiakkaan omaisilla on rajalliset mahdollisuudet tukea asiakkaan kotona asumista tai asiakkaan läheinen toimii auttajana. Tavoitteena on kotona asumisen tukeminen.

lääkällä henkilöllä on runsas säännöllinen tuen tarve ja toimintakyky on alentunut merkittävästi. Tarvitsee tukea kotona asumisen mahdollistamiseksi, ohjausta ja palveluita toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Itsenäisiä digitaitoja ei ole tai toimintakyky on heikentynyt. Tavoitteena on kotona asumisen tukeminen.

Puolesta-asioija kaipaa tietoa palveluista, joita läheisellä on mahdollista saada tai haluaa tehdä huoli-ilmoituksen.

Ammattilainen yhteisasiakkuudet, huoli-ilmoitukset.

Keskeiset asiakasryhmät

Yli 65-vuotiaat tuen tarpeessa olevat;

- Riskiasiakkaat
- Asiakkaat, joita kohtaa äkillinen elämänmuutos
- Erityistä tukea tarvitsevat asiakkaat
- Muistisairaat
- Omaishoitoperheet
- Mielensterveysasiakkaat
- Päihdeasiakkaat
- Monipalveluasiakkaat

Riskiasiakkaat:

Yli 65-vuotiaat ikääntyvät/ikäntyneet, joilla on tunnistettu toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskitekijöitä. Tunnistamalla riskiryhmiä voidaan kohdentaa matalan kynnyksen ennaltaehkäiseviä tukitoimia ja palveluja tarkoituksenmukaisemmin riskitekijöiden vähentämiseksi, ja estää tai vähentää palvelujen tarvetta.

Toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskitekijöitä

- ✓ Koettu yksinäisyys (palveluiden ulkopuolella olevat, pitkäaikaisen harrastuksen pois jäänti, arkuus, ulkopuolisuuden kokemus, tuttavaverkoston harventuminen)
- ✓ Mielialan lasku, mielenterveyshäiriöt, kuten masennus
- ✓ Omaishoitajuus ja pitkään jatkuneen omaishoitosuhteen päättyminen
- ✓ Runsas päihteidenkäyttö
- ✓ Muistin heikkeneminen, muistihäiriöt
- ✓ Runsas sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö ja erilaiset siirtymät, esim. sairaalasta kotiutumistilanteet
- ✓ Elämäntilanteen suuret muutokset (sairastuminen, leskeytyminen, läheisen menetys, asuin- ja lähiympäristön muuttuminen tai ympäristön liikuntaesteet ja turvattomuus)
- ✓ Pienituloisuus
- ✓ Aistitoimintojen heikkeneminen
- ✓ Alttius kaatumisille
- ✓ Ulkona liikkumisen väheneminen ja liikkumisen ongelmat
- ✓ Ravitsemustilan poikkeamat, laihtuminen
- ✓ Kaltoinkohtelu, lähisuhdeväkivalta tai sen uhka
- ✓ Erilaiset pitkäaikaissairaudet ja niihin liittyvä monilääkitys

Erityisen tuen tarpeen arvio	Kyllä - Ei - En osaa sanoa
Onko asiakas kokenut kaltoinkohtelua* tai onko kyseessä kaltoinkohteluepäily?	
Onko asiakkaalla taloudellisia haasteita?	
Onko asiakas asunnoton tai onko asiakas vaarassa joutua asunnottomaksi?	
Onko asiakkaalla useita haastavia tuen tarpeita*?	
Puuttuuko asiakkaalta läheisverkosto?	
Onko asiakkaalla erityisiä vaikeuksia hakea tai saada tarvitsemiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja?	

Ohje, vastaa yllä olevaan taulukkoon asiakkaan todellisen nykytilanteen mukaisesti

1. Mikäli vastaat johonkin kysymykseen kyllä, arvioi onko palveluohjaajan antama tuki asiakkaalle riittävää. Selvitä ja kirjaa asiakkaan tilanne palvelutarpeen arvioon mahdollisimman kattavasti.

Mikäli kyseessä on kaltoinkohtelu tai epäily kaltoinkohtelusta, siirry suoraan kohtaan 3.

2. Mikäli arvioit, että palveluohjaajan tuki ei ole riittävää, arvioi onko moniammatillisen työryhmän tuki riittävää (esimerkiksi työparityö toisen ammattilaisen kanssa).

3. Mikäli se ei riitä, konsultoi sosiaalityöntekijää asiakkaan tuen tarpeesta. Työparityö sosiaalityöntekijän kanssa tai sosiaalityön asiakkuus.

***Kaltoinkohtelu:** Ikäihmisiin kohdistuvalla kaltoinkohtelulla tarkoitetaan luottamuksellisessa suhteessa tapahtuvaa tekoa tai tekemättä jättämistä, joka vaarantaa ikääntyneen hyvinvoinnin, turvallisuuden tai terveyden. Yleensä kaltoinkohtelulla tarkoitetaan yli 65-vuotiaisiin kohdistuvaa fyysistä ja/tai psyykkistä väkivaltaa, seksuaalista hyväksikäyttöä, taloudellista hyväksikäyttöä, hoidon ja avun laiminlyömistä tai muuta oikeuksien rajoittamista, loukkaamista ja ikäihmisen ihmisarvoa alentavaa kohtelua. Kaltoinkohtelu voi olla parisuhde-, perhe- tai lähisuhdeväkivaltaa, jolloin se tapahtuu läheisessä ihmissuhteessa. Se voi ilmetä myös hoitosuhteessa huonona ja epäeettisenä kohteluna. Kaltoinkohtelu voi olla myös rakenteellista, jolloin ikääntynyt kohtaa yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän taholta esimerkiksi ikäsyryntää tai palveluiden epäämistä.

***Haastavat tuen tarpeet:** Useat tuen tarpeet johtuvat jostakin muusta kuin ikääntymisen tuomista haasteista, kuten elämänhallinnan haasteet, monimutkaisia ongelmia/päällekkäisiä haasteita elämässä, mielenterveys-/päihde-/peliongelmia, läheisverkoston puute, hoidosta kieltäytyminen niin, että on vaaraksi itselleen tai läheisille.

Kuva: Erityisen tuen tarpeen arvio –lomake, joka sisältää:

- Erityisen tuen tarpeen tunnistamiseen liittyviä kysymyksiä
- Toimintaohjeita työntekijälle
- Tarkempia määritelmiä erityisen tuen tarpeen tilanteista

Huomioita erityisen tuen tarpeen määrittelyyn ja tunnistamiseen

- Erityisen tuen tarpeessa olevien asiakkaiden tilanne on **selvitettävä kattavasti ja kirjattava tarkasti**
- Erityisen tuen tarve on usein *tilannesidonnaista* –ei pysyvää
- Erityisen tuen tarve voi syntyä missä tahansa palveluketjun vaiheessa, myös jo ikäihmisten palvelujen piirissä olevilla (esim. yhteisöllinen asuminen tai ympärivuorokautinen palveluasuminen) voi olla erityisen tuen tarve
- Sosiaalityöntekijäkonsultaatiot mahdollisimman matalalla kynnyksellä varhaisen tunnistamisen ja tuen mahdollistamiseksi

Yhdellä yhteydenotolla neuvonnasta arviointiin (kiireetön tilanne)

Ensivaiheen neuvonta ja asiakasohjaus



Tiedon etsiminen

Asiakas tai puolesta-asioija tunnistaa arjen tilanteen, jossa tarvitaan tietoa. Etsivät tietoa eri kanavista/tietolähteistä.

Omatoimiset ratkaisut

Yhteydenotto

Asiakas tai puolesta-asioija tarvitsee neuvontaa ja ohjausta arjen tilanteeseen. Ottavat yhteyttä matalan kynnyksen neuvontaan ja ohjaukseen eri yhteydenottokanavien kautta.



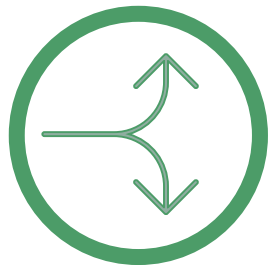
Neuvonta ja ohjaus

Asiakas tai puolesta-asioija saavat ensivaiheen neuvontaa ja ohjausta muun muassa hyvinvointi- ja palveluverkoston toimintoista ja palveluista. Jos ensivaiheen neuvonta ja ohjaus eivät ole riittäviä arjen tilanteeseen, asiakasohjaus tekee ensiarvion ja asiakas ohjataan tarkempaan palvelutarpeen arviointiin ikäkeskuksen tai omaishoidon keskuksen palveluohjaukseen. Asiakas voidaan ohjata asiakasohjauksesta myös muiden ammattilaisten tai palveluiden piiriin.



Asiakasohjauksen päättyminen

Asiakasohjaus päättyy kun asiakkaalla ei ole enää sellaisia tuentarpeita mihin hän tarvitsee asiakasohjausta tai ENNI-ennaltaehkäisevää kuntoutusjaksoa.



Palveluohjaus



Sosiaalihuollon asiakkuus alkaa vireilletulosta

Yhteydenotto

Asiakas ohjautuu palveluohjaukseen yhteydenoton perusteella asiakasohjauksesta, muusta yksiköstä tai hakemuksella tai huoli-ilmoituksella. Ammattilainen tekee arvion tuen tarpeen kiireellisyydestä ja on asiakkaaseen yhteydessä sekä sopii palvelutarpeen arviointiajan.



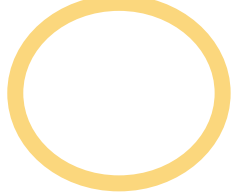
Palvelutarpeen arviointi

Palveluohjaaja laatii iäkkäiden palvelun palvelutarpeen arvion sekä RAI-arvioinnin yhdessä asiakkaan ja hänen läheisensä sekä tarpeen mukaan muun verkoston kanssa. Asiakas saa hyvinvointia ja terveyttä edistäviin palveluihin liittyvää ohjausta



Asiakkuuden suunnittelu

Laaditaan palvelutarpeen arvioinnin mukainen asiakassuunnitelma, jossa määritellään asiakkaan yksilöllisen tilanteen ja tarpeen mukainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus hyvinvointi- ja palveluverkostoja hyödyntäen. Asiakkaan ja hänen läheisensä kanssa neuvotellaan sopivasta kokonaisuudesta.



Palveluiden järjestäminen

Palveluohjaaja tekee palvelutarpeen arviointiin perustuen palvelupäätökset

Myönteinen; informoi asiakasta tulosidonnaisista maksuista ja tarpeen mukaan asiakasmaksun alentamisesta ja perimättä jättämisestä ja a) Oulu; **järjestää palvelut TAI b)** muut alueet; **ohjaa tuotantoon järjestettäväksi.** Huom. palveluohjauksen ydinpalvelut

Kielteinen; jatko-ohjaus

Säännöllisen palvelun asiakkuus

Ponjois-Ponjanmaan

Palvelun toteutus



Omatyöntekijän nimeäminen

Jos asiakkaan palvelutarve on pitkäaikainen, asiakkaalle nimetään **omatyöntekijä**. Erityisen tuen tarpeessa olevalle asiakkaalle nimetään sosiaalityöntekijä ja muille palveluohjaaja omatyöntekijäksi.

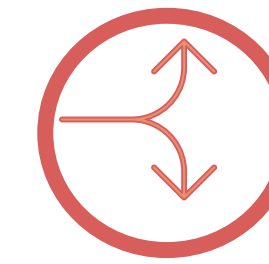


Palveluiden koordinointi ja seuranta

Palveluohjaaja tekee palvelutarpeenarvion ja päivittää asiakassuunnitelman jo palvelun piirissä olevalle asiakkaalle, jos asiakkaan tilanne muuttuu olennaisesti tai hän tarvitsee uutta palvelua. Palvelun tuottaja tekee yhteistyötä palveluohjauksen kanssa asiakkaan tilanteessa tapahtuviin olennaisiin muutoksiin liittyen

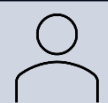
Asiakasvastaava huolehtii oman palvelutuotannon kotihoidon asiakkaan suunnitelman ajantasaisuudesta ja vastuuyksikköpäällikkö tekee palvelupäätökset vähäisesti muuttuneesta kotihoidon palvelusta.

Palveluohjaaja huolehtii tukipalveluasiakkaiden ja yksityisen kotihoidon asiakkaan suunnitelman päivityksestä sekä palvelupäätöksestä.



Asiakkuuden päättyminen

Sosiaalihuollon asiakkuus päättyy, kun asiakkaalla ei ole enää sellaisia tuentarpeita mihin hän tarvitsee sosiaalihuollon mukaisia palveluita. Mikäli asiakkaan tilanne muuttuu, arviointiprosessi alkaa alusta.



Asiakas

Asiakas tai puolesta-asioija, joka tarvitsee arjen tueksi neuvontaa, ohjausta ja palveluja



Asiakasohjaus

Neuvoo ja ohjaa asiakasta, tekee ensiarvion sekä ohjaa tarvittaessa asiakkaan tarkempaan palvelutarpeen arviointiin



Palveluohjaaja

Laatii palvelutarpeen arvioinnin ja RAI:n yhdessä asiakkaan ja asiakkaan läheisen kanssa, tekee palvelupäätökset ja tarvittaessa järjestää palvelut tai ohjaa tuotantoon järjestettäväksi



Moniammatillinen tiimi

Ryhmä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia esimerkiksi geronomi, sosionomi, sairaanhoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja sosiaalityöntekijä



Hyvinvointi- ja palveluverkosto

Omaiset ja läheiset, järjestö-, yhdistys- ja vapaaehtoistoimijat, seurakunta, Kela, yksityiset toimijat, kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimijat, muut sote-ammattilaiset, hyvinvointialueen oma palvelutuotanto



Omatyöntekijä

Asiakkaalle nimetty työntekijä ja moniammatillisen tiimin jäsen. Vastaa asiakkaan palvelukokonaisuudesta, ja toimii verkoston koordinoijana asiakkaan asioissa.



Neuvonta ja ohjaus

Ensivaiheen neuvonta ja ohjaus

Ohjaaminen hyvinvointi- ja palveluverkoston toimintoihin tai palveluihin:

- Suun terveydenhuolto
- Digitaalinen sotekeskus tai Omaolon terveystarkastukset
- Kela
- Seurakunnat
- Järjestö-, yhdistys- ja vapaaehtoistoimijat
- Digi- ja väestötietovirasto
- Kunnan palvelut esim. asumisen ja korjausrakentamisen neuvonta, elintapaohjaus ja avoimet liikuntaryhmät
- Yksityiset palvelut

Konsultointi muihin asiakasryhmiin ja ammattilaisiin:

- Vammaispalvelujen ensiarviotiimi
- Terveystieteiden eri ammattilaiset
- Muistiasiakkaan polku
- Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan polku
- Ikäneuvola
- Palveluohjaus
- Gerontologinen sosiaalityö

Erityistä tukea tarvitsevien henkilöiden sosiaalihuollon neuvontaan ja ohjaukseen on kiinnitettävä erityistä huomiota (Sosiaalihuoltolaki 6 §).

Jos ensivaiheen neuvonta ja ohjaus eivät ole riittäviä

Ensiarvio ja jatkosuunnitelma

Asiakasohjaaja kirjaa antamansa ohjauksen ja neuvonnan asiakas- ja potilastietojärjestelmään

- **Tekee ensiarvion ja jatkosuunnitelman**

Ensiarvion perusteella

- ✓ Ohjataan matalankynnyksen päivätoimintaan
- ✓ Ohjataan ENNI – ennaltaehkäisevään kotikuntoutukseen
- ✓ Antaa palveluihin hakemuksen sekä vastaanottaa hakemuksen - avaa vireillepanon ja ohjaa yhteydenoton tai hakemuksen alueen palveluohjaajalle.
- ✓ Arvio tuen tarpeen kiireellisyydestä
- ✓ Ohjaa palveluohjaukseen palvelutarpeen arviointiin (sähköisen ajanvarauksen avulla aikojen antaminen muille ammattilaisille oman yksikön sisällä ja ulkopuolella etukäteen sovitulla tavalla)
- ✓ Ohjataan muun palvelualojen ammattilaiselle

Asiakasohjauksen päättymisen

Asiakasohjaus päättyy kun asiakkaalla ei ole enää sellaisia tuentarpeita mihin hän tarvitsee asiakasohjausta tai ENNI-ennaltaehkäisevää kuntoutusjaksoa.

Kiireellisen tuen tarve

- Kun asiakas- ja palveluohjaukseen tulee tieto sosiaalihuollon tarpeessa olevasta henkilöstä, kiireellisen avun tarve on arvioitava **välittömästi**.
- Sosiaalisen tuen tarve tulee saada selvitettyksi viipymättä siten, ettei henkilön **oikeus välttämättömään huolenpitoon ja toimeentuloon vaarannu**.

→ Mikäli tuen tarve on kiireellinen, edetään yhteydenotosta suoraan palveluiden järjestämiseen ja päätöksentekoon, palvelutarpeen arviointi alkaa ensimmäisestä yhteydenotosta ja tehdään valmiiksi myöhemmin.

Kiireellisen sosiaalipalvelun tarpeessa voi olla esimerkiksi

- Sairaalasta kotiutuva henkilö (lähtökohtaisesti aina kiireellinen ja priorisoitava)
- Päihteiden käytön johdosta nopeasti hoitoa tarvitseva henkilö,
- Henkilö, jonka kunto äkillisesti heikkenee
- Lähisuhde- ja perheväkivaltaa kokenut henkilö
- Taloudellista tukea tarvitseva henkilö (välttämätön toimeentulo)

Asumisen ennakointi ja asuinolojen selvitys osana asiakas- ja palveluohjausta

Asumisen ennakointi;

- ✓ Ennakoivaa ohjausta ja neuvontaa asumiseen liittyvissä kysymyksissä
- ✓ Ennakointiin liittyy oman asunnon ja sen lähiympäristön turvallisuuden arviointi hyvissä ajoin ennen toimintakyvyn heikentymistä
- ✓ Asuminen on tärkeä ottaa puheeksi ensivaiheen ohjauksessa ja neuvonnassa sekä osana palvelutarpeen arviointia
- ✓ Asumiseen ja asumisen ratkaisuihin liittyvät asukkaan toimintakyky, ympäristön esteettömyys, palvelujen saatavuus, taloudellinen hyvinvointi, läheisverkosto ja sosiaaliset suhteet.

→ Palveluohjauksen RAI-osittaisarviointi sisältää kotiympäristön arviointiin liittyviä kysymyksiä. RAI-arvioinnin ohella asuin- ja kotiympäristön tarkastelussa voi olla tarpeen tilanteen mukaan hyödyntää myös muita lomakkeita tai tarkistuslistoja.

Asuinympäristön tarkastelussa hyödynnettäviä tarkistuslistoja ammattilaisten ja asiakkaiden käyttöön

Ensivaiheessa:

[Vanhustyön keskusliiton kodin turvallisuuden tarkistuslista](#)

Perusteellisempaa arviota edellyttävät:

[Kotitapaturman kodin turvallisuuden tarkistuslista](#)

[Kodinturvaopas2018/04/Kodin-turvallisuuden-tarkistuslista.pdf](#)

[Invalidiliiton esteettömän asumisen tarkistuslista](#)

[IKINÄ -ympäristön tarkastuslista](#)

Testaa miten hyvin asuntosi vastaa tulevia tarpeitasi

[Asumisen pikatesti - AsumisenApu](#)

Korjausneuvonta

[Vanhustyön keskusliitto](#)

Vanhustyön keskusliiton korjausneuvoja Jari Mustonen (Pohjois-Pohjanmaa), puh. 040 516 6738, jari.mustonen@vtkl.fi:

Avustukset

[ARAn korjausavustukset](#)

Kaupunkien ja kuntien omat hissi- ja esteettömyysavustukset

Muuta lisätietoa

Esteetön koti ja ympäristö

https://innokyla.fi/sites/default/files/2022-12/EsteetonKoti_Graafi_.pdf

Palveluohjauksen ydinpalvelut

- **Ydinpalvelulla** tarkoitetaan niitä palveluja, joissa palveluohjaaja vastaa palvelutarpeen selvittämisestä.
- **Palvelutarpeen selvittäminen** voidaan tehdä palvelusta riippuen palveluohjaajan tekemänä, palveluohjaajan ja toisen ammattilaisen yhteistyönä tai moniammatillista tiimiä hyödyntäen, jonka osana palveluohjaaja on.
- **Viranhaltijapäätöksien teko** kuuluu palveluohjaajalle suurimmassa osassa ydinpalveluita. Huom. Käytännöissä alueellisia eroja, jotka poikkeavat vielä tavoitetilasta

Tukipalvelut

- Siivouspalvelu
- Kylvetyspalvelu
- Asiointipalvelu
- Vaatehuoltopalvelu
- Ateriapalvelu
- Kuntouttava päivätoiminta

- Liikkumista tukevat palvelut (Sosiaalihoitolain mukainen kuljetuspalvelu)
- Turva-auttamispalvelu
- ENNI ennaltaehkäisevä kotikuntoutus

Kun tunnistetaan säännöllisen kotihoidon tarve;

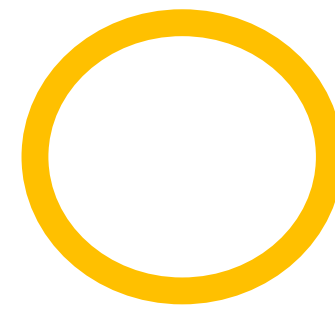
- Moniammatillinen arvioiva kotikuntoutus → **Huom. Arvioiva kotikuntoutus on osa palvelutarpeen arviointia!**
- Arvioiva kotikuntoutus yksikössä

- Tilapäinen ja säännöllinen kotihoito

- Omaishoidontuki

Asumispalvelut

- Lyhytaikainen palveluasuminen
- Perhehoito
- Yhteisöllinen asuminen
- Ympäri vuorokautinen palveluasuminen



Palveluohjauksen ohjaus- ja neuvontavastuu

Ohjaus ja neuvonta myös muiden palvelujen ja toimintojen osalta on olennaista hyvinvoinnin edistämiseksi ja kotona asumisen tukemiseksi

Ohjaaminen hyvinvointi- ja palveluverkoston toimintoihin tai palveluihin:

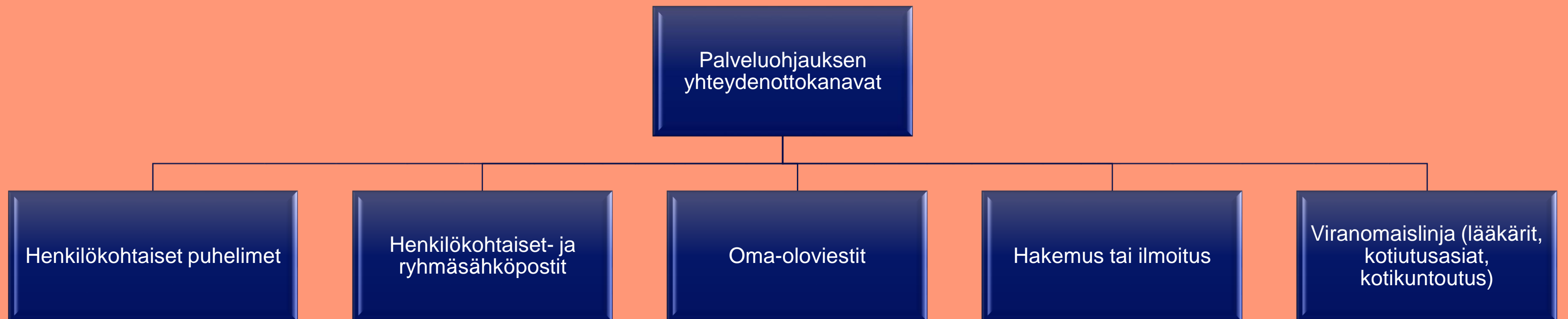
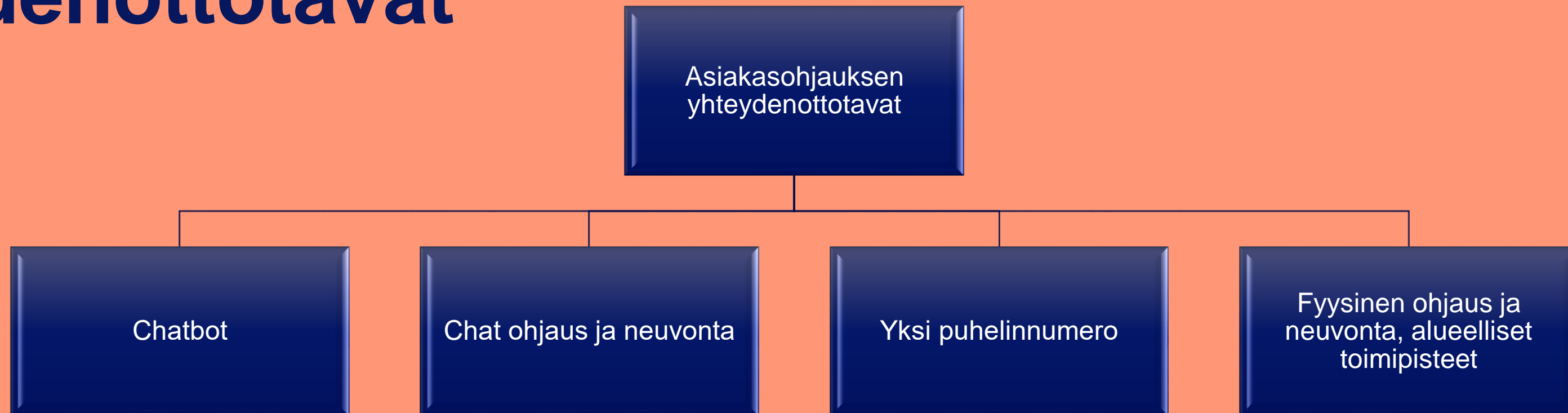
- Suun terveydenhuolto
- Digitaalinen sotekeskus tai Omaolon terveystarkastukset
- Kela
- Seurakunnat
- Järjestö-, yhdistys- ja vapaaehtoistoimijat
- Digi- ja väestötietovirasto
- Verohallinto
- Kunnan palvelut esim. asumisen ja korjausrakentamisen neuvonta, elintapaohjaus ja avoimet liikuntaryhmät
- Yksityiset palvelut

- Matalan kynnyksen ennaltaehkäisevä päivätoiminta
- ENNI –ennaltaehkäisevä kotikuntoutus

Konsultointi ja ohjaaminen:

- Vammaispalvelujen ensiarviotiimi (esim. vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu)
- Terveystieteiden eri ammattilaiset
- Muistikoordinaattorit (muistiasiakkaan polku)
- Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan polku
- Ikäneuvola
- Gerontologinen sosiaalityö (mahdollinen erityisen tuen tarve)

Yhteydenottotavat





Asiakas- ja palveluohjauksen työkalut

Käytettävissä olevat työkalut tällä hetkellä

Asiakkaan itsepalvelut

Hyvinvointialueen ja kuntien internet-sivut, sähköisen neuvonnan ja asiointin alusta, Omaolo, lahella.fi. –verkkosivut, paikallislehdet

Asiakasohjauksen ja neuvonnan työkalut

Hyvinvointi- ja palveluverkosto (koottu rannikon osalta), materiaalipankki, ikäihmisten palveluiden käsikirja, asiakassegmentit, erilaiset tarkistuslistat, erityisen tuen tarpeen arvio –lomake, asiakas- ja potilasjärjestelmät, toiminnanohjausjärjestelmä

Palveluohjauksen työkalut

RAI-arviointi, asiakas- palveluohjauksen toimintamallikuvaus, hyvinvointi- ja palveluverkosto, materiaalipankki, ikäihmisten palveluiden käsikirja, valmiit tarkistuslistat, palveluiden soveltamisohjeet ja myöntämisen perusteet, delegointisääntö, erityisen tuen tarpeen arvio –lomake, palveluprosessikuvaukset, asiakassegmentit, tsekkauslista- arvioiva kotikuntoutus- ja arvioiva kuntoutusjakso, mini-interventio ja puheeksiotto

Työkalujen kehittämistarpeet

Tarkistuslistat asiakkaiden erityistarpeiden tunnistamiseksi, koko hyvinvointialueen kattavat hyvinvointi- ja palveluverkostot, jatkossa RAI-työkalun hyödyntäminen arvioitava?, sidosryhmäkonsultaatiot

Tarkistuslistat asiakkaiden erityistarpeiden tunnistamiseksi, koko hyvinvointialueen kattavat hyvinvointi- ja palveluverkostot, kriisiasiakkaan polku

Lomakepankki

- Läkäreiden palveluiden hakemukset
- Vammaispalveluhakemukset
- Veteraanilomakkeet
- Tulotietolomakkeet
- Lupalomake tietojen käsittelyyn
- PTA ja suunnitelma pohja
- Myönnettäviin palveluihin liittyvät lomakkeet
- MNA –lomake
- GDS 15 masennusseula
- Päihdeongelman arviointilomake
- Taloudellinen hyvinvointi lomake
- Kaatumisriskin arvio
- +65 alkoholimittari
- Läheisverkostokartta
- Asunnon tarkistuslista
- Voimavarakartoitus
- Kelan lomakkeet
 - Asumistuki
 - Hoitotuki
- Traficom liikkumisesteisen pysäköintitunnuksen ja verovapautuksen hakemislomake
- ARA:n lomakkeet
- Vuokra-asuntohakemukset
- Palveluesitteet
- Hinnastot
- Kriteerit
- Kolmannen sektorin esitteet
- Siivouspalveluyrittäjistä listaus
- Ystäväpalvelu
- Liikuntaluotsit
- Yleinen ikäihmisten palveluopas

Moniammatillinen tiimi palveluohjauksessa

Hyödynnetään asiakkaan tilanteen ja tarpeenmukaisia ammattilaisia

Tiivis yhteistyö –
moniammatillinen tiimi
palveluohjauksessa

Psykiatrinen sairaanhoitaja

Farmaseutti

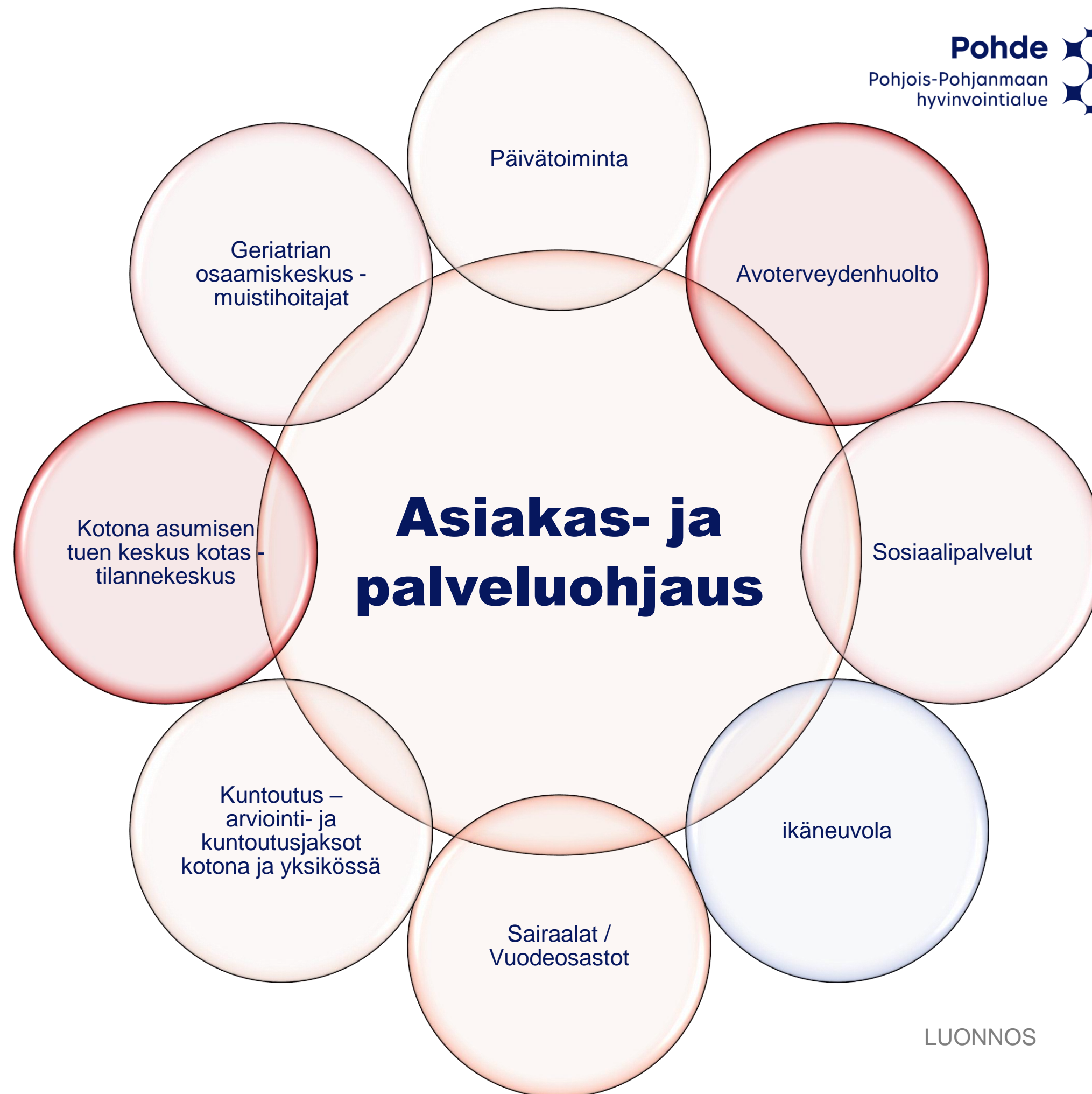
Gerontologinen sosiaalityöntekijä

Fysio- ja/tai toimintaterapeutti

Sairaanhoitaja ja/tai terveydenhoitaja

Geronomi ja/tai sosionomi

Kumppanit



Ammattilaisten roolit ja vastuut

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöstöstä

- <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150817>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista

- <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980#L3P15>

Sosiaalihuoltolaki

- <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301#L2P6>



Palveluohjaajan ydintehtävät



Ohjaus- ja neuvontavastuu

PALVELUTARPEEN SELVITTÄMINEN

- Asiakkaan **elämäntilanteen ja kokonaisvaltaisen palvelutarpeen selvittäminen RAI-arviointivälinettä hyödyntäen** kotikäynnillä (mikäli tilanne ei ole ratkaistavissa neuvonnalla)
- Moniammatillinen yhteistyö ja verkoston hyödyntäminen palvelutarpeen selvittämisessä sekä asiakassuunnitelman laatimisessa
- Tarvittaessa arvioivan kotikuntoutusjakson käynnistäminen

ASIAKASSUUNNITELMAN JA PÄÄTÖKSENTEKO

- **Neuvonta ja ohjaaminen** asiakkaan oman tukiverkoston ja kevyempien hyvinvointi –ja palveluverkoston toimintojen sekä palvelujen hyödyntämiseksi
- Asiakassuunnitelman laatiminen asiakkaan osallisuutta, voimavaroja ja valinnan mahdollisuuksia vahvistaen
- Sosiaalihuoltolain mukaisten viranhaltijapäätösten valmistelu ja/tai tekeminen
- Palvelujen järjestäminen tai ohjaaminen tuotantoon järjestettäväksi, tiedonsiirto palvelutuotantoon ja asiakassuunnitelman toteutumisen varmistaminen

PALVELUJEN SEURANTA JA KOORDINOINTI

- **Tarvittaessa omatyöntekijänä toimiminen**, asiakkaan tilanteen seuranta ja muutokset palveluihin
- Asiakkaan palvelukokonaisuuden koordinointi ja seuranta

Gerontologisen sosiaalialan työ



SOSIAALITYÖNTEKIJÄ

- Ylempi korkeakoulututkinto, johon sisältyy tai jonka lisäksi on suoritettu pääaineopinnot tai pääainetta vastaavat yliopistolliset opinnot sosiaalityössä (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/22015 7 ja 12 §)
- Sosiaalityö sosiaalipalveluna (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 15 §)
- Erityistä tukea tarvitsevien palvelutarpeen arviointi
- Omatyöntekijänä toimiminen erityistä tukea tarvitseville asiakkaille. Sosiaalityöntekijä vastaa erityistä tukea tarvitsevien iäkkäiden omatyöntekijän nimeämisestä
- Sosiaalityöntekijä vastaa alueensa (ikäkeskus, asiakasohjaus, omaishoidon keskus) ikäihmisten sosiaalityön konsultoinnista. Sosiaalityöntekijä vastaa muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden viranomaisyhteistyöstä sekä vastaa kiireelliseen sosiaalihuollon tarpeeseen
- Sosiaalityöntekijä vastaa sosiaalityön palvelusta ja sen tuottamisesta. Sosiaalityöntekijä vastaa päätöksenteosta Pohteen ikäihmisten palvelujen toimialueen delegointi- ja toimintasäännön mukaisesti
- Sosiaalityöntekijä vastaa erityistä tukea tarvitsevien asiakassuunnitelmasta ja sen toteutumisen sekä vaikuttavuuden seurannasta

Suosituksset yhtenäisen asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin käyttöönoton jatkamiselle;

- ❖ Kartoitetaan muutostarpeet suhteessa yhtenäiseen toimintamalliin ja tehdään alueelliset osatavoitteisiin pohjaavat jalkauttamissuunnitelmat kohti yhtenäistä mallia alueelliset erityispiirteet huomioiden → Pohdittavaksi esim. sparraajien hyödyntäminen arjen työssä palveluohjaajien tukena
- ❖ Säännöllisesti kokoontuvaa Pohteen ikäihmisten palvelujen asiakas- ja palveluohjauksen henkilöstöä yhdistävää yhteistyöryhmää on suositeltavaa jatkaa yhtenäisten käytäntöjen ja toimintamallien varmistamiseksi → **Sovittava koordinoitivastuusta ja koollekutsujasta**
- ❖ Asiakas- ja palveluohjaajien osaamistarpeisiin vastaaminen; lisää infoja kriteereistä, erityisryhmien palvelupolkuihin perehtyminen, RAI-koulutukset, asiakkaiden taloudellinen toimeentulo/raha-asiat, omavalvonta ja sosiaalihuoltolain mukainen epäkohtailmoitus
- ❖ Palveluohjauksen palveluohjaajien toimien muuttaminen viroiksi, viranhaltijapäätösten tekemisen mahdollistaminen kaikille palveluohjaajille toimintamallin mukaisesti
- ❖ Ikäihmisten palveluiden käsikirjan osalta sovittava päivittämisvastuista, esim. vastuuyksikköjen välillä kiertävä vastuu puolivuositain
- ❖ Työnohjauksen mahdollistaminen palveluohjaustiimeille

Nostot ja huomiot toimintamallin soveltamiseen;

- ✓ Erityisen tuen tarpeen tunnistamisessa konsultoidaan sosiaalityöntekijää matalalla kynnyksellä
- ✓ Arvioidaan asiakkaan elämäntilannetta ja toimintakykyä sekä tarpeita laaja-alaisesti, vaikka arviointi käynnistyisikin yksittäisen palvelun hakemisesta
- ✓ Yksi ja sama työntekijä palveluohjauksessa huolehtii ja koordinoi asiakkaan palvelutarpeen arviointiprosessin yhteydenotosta arviointiin ja päätöksentekoon sekä mahdollinen omatyöntekijäisyys → Varmistetaan asiakaslähtöisyys ja asiakkaan edun toteutumista
- ✓ Konsultoidaan ja kootaan palvelutarpeen arviointiprosessiin asiakkaan yksilöllisiä tarpeita vastaava moniammatillinen tiimi (esim. fysio-/ tai toimintaterapeutti, sairaanhoitaja tai sosiaalityöntekijä) → Yhdessä sovitut yhteistyömallit
- ✓ Alueille arvioitavaksi onko tarkoituksenmukaista keskittää joidenkin rajattujen palvelujen arviointeja/päätöksentekoa yksittäisille palveluohjaajille nykyiseen tapaan, ja jos on, niin minkä palvelujen osalta → Suositellaan, että palveluohjaajien ”jaottelusta” sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluohjaajiin luovutaan
- ✓ Asiakas- ja palveluohjauksen ohjaus- ja neuvontavastuuseen kuuluu myös keskustelu tuesta ja palveluista, joita voi hankkia omakustanteisesti
- ✓ Otetaan RAI-arviointitieto käyttöön myös tiimitasolla ja tarkastellaan yhdessä asiakastason tietoa ja vertailutietoa

Linkit Innokylän erityisen tuen tarpeen materiaaleihin:

Erityisen tuen tarpeen arvio -lomake;

https://innokyla.fi/sites/default/files/2023-09/Erityisen%20tuen%20tarpeen%20arvio%20-lomake%20p%C3%A4iv.150923_1.pdf

Ohjeistusta työntekijälle -erityisen tuen tarpeessa olevat ikäihmiset;

https://innokyla.fi/sites/default/files/2023-11/Ohjeistusta%20ty%C3%B6ntekij%C3%A4lle_erityisen%20tuen%20tarve_0.pdf

Lähteet

Koivisto, Juha, Liukko, Eeva, Tiirinki, Hanna & Lyytikäinen, Merja. 2020. Palvelukokonaisuuksien ja –ketjujen määrittelyn, ohjauksen ja seurannan käsikirja. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Luettavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/140708/URN_ISBN_978-952-343-581-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Koivisto, Juha & Tiirinki, Hanna. 2020. Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys -ja työvoimapalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2020:38. Luettavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162382/VNTEAS_2020_38.pdf

Liukko, Eeva. 2019. ”Erityistä tukea tarvitseva henkilö palvelujärjestelmässä”. Luettavissa: <https://koskeverkko.fi/wp-content/uploads/2020/02/Eeva-Liukko-PAKUseminaari-181119- Jyv%C3%A4skyl%C3%A4.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. 2020. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2020–2023: Tavoitteena ikäystävällinen Suomi. Luettavissa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/162455/STM_2020_29_J.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Luettavissa: [ISBN_978-952-00-3415-3.pdf \(valtioneuvosto.fi\)](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100000/URN_ISBN_978-952-00-3415-3.pdf)



Kehittäjä

Ilina Aro

Projektisuunnittelija, YTM, sosiaalityöntekijä

