



Kärkihanke

KEHITETÄÄN IKÄIHMISTEN KOTIHOITOA JA VAHVISTE- TAAAN KAIKENIKÄISTEN OMAISHOITOA 2016–2018

Hakujulistus 6.5.2016

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	6.5.2016
Tekijät	Toimeksiantaja
-	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimitilimen asettamispäivä
	-

Muiston nimi

Kärkihanke: KEHITETÄÄN IKÄIHMISTEN KOTIHOITOA JA VAHVISTETAAN
KAIKENIKÄISTEN OMAISHOITOA 2016–2018

Tiivistelmä

■ Tässä julkaisussa kuvataan kärkihankkeen Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa vuosien 2016–2018 aikana rahoitettavien kokeilujen kriteereitä, haku-prosessia sekä kokeilujen sisältöä.

Asiasanat

Ikääntyneet, kotihoito, omaishoito, perhehoito, kokeilut, valtionavustus

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2016:32

Muut tiedot
www.stm.fi

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)
ISBN 978-952-00-3816-8
URN:ISBN:978-952-00-3816-8
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3816-8>

Kokonaissivumäärä
33

Kieli
Suomi



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

SISÄLLYS

1	Valtionavustusten haku.....	4
2	I&O kärkihankkeen valtionavustukset.....	6
	Liite 1. Muutosagentit maakuntiin ja yhteensovitettu palvelukokonaisuus.....	8
	Liite 2. Kokeilu 1: Keskitetty alueellinen asiakas/palveluohjauksen toimintamalli	10
	Liite 3. Kokeilu 2: Toimiva kotihoito.....	17
	Liite 4. Kokeilu 3: Asumisen ja palvelun yhdistäminen	20
	Liite 5. Kokeilu 4: Omaishoitoon liittyvät kokeilut	24

1 VALTIONAVUSTUSTEN HAKU

Valtionavustusten hakeminen:

Kärkihankkeen rahoitus:	30 miljoonaa euroa
Kokeiluihin kohdennettava rahoitus:	19 miljoonaa euroa
Muutosagentit:	5 miljoonaa euroa

Kokeilujen hakukriteerit:

1. Relevanssikriteeri: kokeilu tai toiminnan käynnistäminen kohdentuu selkeästi hakujulistuksessa määritellylle alueelle
2. Kokokriteeri: kokeilu tai toiminnan käynnistäminen tapahtuu riittävän suurella alueella (vähintään yhden maakunnan kaikki tai useimmat kunnat osallistuvat)
3. Monitoimijaisuuskriteeri: alueella kokeilua toteuttavat yhteistyössä kunnat/kuntayhtymät, järjestöt, yritykset, seurakunnat tai muut toimijat

Valtionavustuksen¹ osuus hakijoille:

1. Kunnat, kuntayhtymät, KELA 70–80 %
2. Yksityiset yritykset² ja palveluntuottajat sekä järjestöt, enintään 60 %.
3. Hakukonsortion vastuullinen hakija voi olla myös muu kuin kunta.
4. Hakuun osallistuvan omarahoitusosuutena hyväksytään myös hakijoiden henkilöstön oma työ.

Hakuaikataulu:

1. Ajalla 10.5.–31.8.2016 hakijat työstävät omia hankesuunnitelmiaan
2. Hakijoille järjestetään tuki- ja verkostoitumisseminaarit
16.5.2016 klo 12–15 Kansallismuseon auditorio
30.5.2016 klo 12–15 Kansallismuseon auditorio
3. Hakuaika päättyy 31.8.2016 klo 16:15.
4. 1.9.2016–30.9.2016 STM tekee päätökset
5. 1.10.2016 → Kokeilut maakunnissa alkavat

¹ Kärkihankkeita koskevan asetuksen määrittelyistä riippuen, asetus voimaan kesällä 2016.

² Yksityisten yritysten mahdollisuus osallistua ratkeaa valtion lisäbudjetin käsittelyssä.
STM: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa -kärkihankke 2016–2018

Hankesuunnitelma:

Hakulomake, jonka liitteenä on hankesuunnitelma sekä budjetti on toimitettava sähköisessä muodossa viimeistään 31.8.2016 kello 16:15. Hankesuunnitelmassa on oltava yhtymäkohdat I&O kärkihankkeen jo mallinnettuihin teemoihin, ilmentävä kuinka toiminta toteutetaan maakunnallisena yhteistyönä, konsortioon osallistujat ja heidän sitoumuksensa sekä konsortion vetäjä. Suunnitelmassa on oltava kuvaus lähtötilanteesta, siitä kuinka toimintamallit toteutetaan sekä niistä toimenpiteistä, joilla varmistetaan toimintamallien juurtuminen osaksi normaalia toimintaa hankkeen aikana ja sen jälkeen. Hakuohjeistusta täydennetään valtioneuvostusta koskevan asetuksen sekä hakijoille järjestettävien seminaarien yhteydessä esille nousevien kysymyksien perusteella. Täydentyvä hakuohjeistus ja hakulomake löytyy osoitteesta <http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>.

2 I&O KÄRKIHANKKEEN VALTIONAVUSTUKSET

Muutosagentti jokaiseen maakuntaan – ei erillistä hakua

Jokaiseen maakuntaan muodostetaan kärkihankkeen aikana iäkkäiden yhteensovitettu alueellinen palvelukokonaisuus, jossa kotihoito on aina ensisijaista. Kokonaisuuden määrittämisestä ja hyväksymisprosessista vastaa muutosagentti (*Liite 1*). Alueellisen kokonaisuuden pohjana voidaan hyödyntää hyviksi arvioituja ja/tai kehitteillä olevia alueellisia malleja (esim. EKSO-TE, Kainuu, Siunsote, Keski-Suomen malli).

Käyttöönottoavustus myönnetään kärkihankkeen ajaksi jokaiseen maakuntaan, poikkeuksena Uusimaa, jossa pääkaupunkiseudun kunnat (Helsinki, Espoo, Vantaa ja Kauniainen) saavat yhden muutosagentin ja muu Uusimaa saa toisen muutosagentin, yhteensä 18 + 1 muutosagenttia.

Käyttöönottoavustuksen maksamista varten maakuntien kuntia pyydetään valitsemaan keskuudestaan työnantajana toimiva taho, joka ilmoitetaan STM:n kirjaamoon ja aloittamaan muutosagentin rekrytoinnin. Ilmoittautumista koskeva kysely lisätään kärkihankkeen sivustolle. Muutosagentin palkka (tietyissä rajoissa) korvataan 100 %:sti ja jokainen muutosagentti saa tietyn summan / vuosi toimintamenoihin.

Kokeilut kohdentuvat I&O hankesuunnitelman³ mukaisesti seuraaviin kokonaisuuksiin, joihin voi hakea valtionavustusta

Toimenpide 1: Ikäihmisten kotihoidon kehittämiseen liittyvät kokeilut

Hankerahoituksella toteutetaan vähintään maakunnan tasoisia kokeiluja, joiden täytyy asettua sisällöltään johonkin liitteissä 2–5 kuvattuun toimintamalliin ja sen kriteereihin.

1. Keskitetty alueellinen asiakas-/palveluohjaus -toimintamalli (tästä eteenpäin KAAPPO; ks. *liite 2*)
2. Toimiva kotihoito -toimintamalli (*Liite 3*)
3. Asumiseen ja palvelun yhdistämiseen liittyvät kokeilut (*Liite 4*)

Toimenpide 2: Omaishoitokokeilut

Tämä kokonaisuus sisältää pääosin toimiviksi osoittautuneiden mallien juurruttamiskokeilua (*Liite 5*)

1. vammaisten lasten omaishoito (ei käytettävissä mallia, kehitettävä)
2. mielenterveys- ja päihdekuntoutujien omaisten ja omaishoitajien tukeminen (*Liite 6*)
3. muistisairaana iäkkään omaishoito yhteistyönä -malli (*Liite 7*)
4. omais- ja perhehoidonkeskusten perustaminen niille alueille, joissa kokeiluja 1–3 toteutetaan.

³ Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa – Kärkihankkeen suunnitelma; saatavilla:
http://stm.fi/documents/1271139/1996957/IO_Hankesuunnitelma_25022016.pdf/a6b13b79-8a54-468a-938a-87fee3edf98c

STM: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa -kärkihankke 2016–2018

Toimenpide 3. Kokeilujen, muutosagenttitoiminnan ja kärkihankkeen arviointi

Rahoitusta voi hakea maakunnallisten kokeilujen, muutosagenttitoiminnan arviointiin

1. ennen - jälkeen asetelmat, kokeilujen prosessien arviointi, mahdollisesti koe-kontrolli asetelma
2. käyttöönottojen ja kokeilujen toteuttamisaikainen arviointi ja arviointiasetelmat (2016–2018)

sekä koko I&O -kärkihankkeen ulkoiseen arviointiin.



Kuvio 1. Kärkihankkekokonaisuus.

LIITE 1. MUUTOSAGENTIT MAAKUNTIIN JA YHTEENSOVITETTU PALVELUKOKONAISUUS

Yhteensovitettu iäkkäiden palvelukokonaisuus

Maakunnallisessa yhteensovitetussa palvelukokonaisuudessa tarkoituksena on luoda verkostomainen yhteistyömalli SOTE-uudistuksen valmistelijoiden, maakunnan kuntien ja kuntayhtymien, julkisten ja yksityisten palvelun tuottajien, järjestöjen, seurakuntien, muiden alueella työskentelevien tahojen sekä vanhusneuvostojen kanssa. Tarkastelussa keskeisellä sijalla ovat myös iäkkäiden asiakkaiden hoito- ja palveluketjut. Palvelukokonaisuuden toiminnallisena tavoitteena on lisätä avointa yhteistyötä ikäihmisten kotona asumisen sekä omais- ja perhehoidon mahdollistamiseksi. Alueellisista palvelukokonaisuuksista hyviä ja toimivia esimerkkejä on EKSOTEssa, Kainuussa, Siunotessa ja Keski-Suomessa. Työn vaikuttavuutta arvioidaan väestön ja iäkkäiden luottamuksena ikäihmisten asumisen ja elämisen mahdollisuuksiin maakunnassa.

Muutosagentti

STM:n aloitteesta jokaiseen maakuntaan palkataan kärkihankkeen ajaksi muutosagentti, poikkeuksena Uusimaa, jossa maakunta saa yhden agentin ja pääkaupunkiseutu oman muutosagentin, yhteensä 18+1. Muutosagentin palkkaamiseen kärkihanke myöntää 100 %:n käyttöönottoavustuksen. Maakunnan kunnat ja kuntayhtymät valitsevat keskuudestaan työntekijänä toimivan tahon ja valitsevat maakunnan alueelta henkilön, jolla on mandaatti toimia alueella, hyvä ikäihmisten palvelujen osaaminen ja kehittämisintoa. Muutosagentti verkostoi omalla alueellaan toimivat tahot yhteen ja yhteiseen keskusteluun ja suunnitteluun ikäihmisten palvelukokonaisuudesta maakunnan alueella. Muutosagentin tulee olla yhteistyökyinen ja ratkaisukeskeinen, uskoa itse muutokseen ja omata sekä kykyä että keinoja viedä muutosta ja kehitystä eteenpäin.

Muutosagentin tehtävänä on mm.

1. alueellisen iäkkäiden yhteensovitettujen palvelukokonaisuuden rakentaminen ja juurruttaminen
2. muutoksen johtaminen
3. innostaa ja motivoida kaikkia maakunnan toimijoita muutokseen
4. ohjata tietoon perustuvaa muutosta hallitsemalla alueellinen tietoperusta ja ymmärtämällä alueen historiallinen kehitys
5. tukea I&O kärkihankkeen kokeiluja alueilla, joissa niitä on.

Muutosagentin työn tuloksena on kirjallinen ja alueen toimijoiden hyväksymä toimintasuunnitelma iäkkäiden elämisen ja palveluiden yhdistämisestä maakunnassa sisältäen toimintasuunnitelman toteutumisen seurannan (vrt. VanPal 980/2012, 5§).

Muutosagenttien tuki

Muutosagentteja tuetaan muutoksessa, koulutetaan ja verkostoidaan keskenään (THL, STM, muut toimijat, mahdollisesti kilpailutus muutoksesta) sekä kannustetaan yhteistyöhön SOTE-muutoksen kanssa (maakunnalliset SOTE-projektit ja niiden muutosjohtajat yhteistyökumppaneita). Muutosagenttien henkilökohtaisesta ja tiimivalmennuksesta huolehditaan kohdennetulla ohjauksella koko hankeajan ja heidän toimintaansa arvioidaan ja seurataan.

Maakunnallisen toiminnan käynnistämiseksi järjestetään maakuntakerrokset (STM ja THL) kaikkiin maakuntiin kesä-joulukuussa 2016. Jokaiselle maakunnalle tuotetaan omat alueprofiilit tilastoista ja käytettävissä olevista tutkimustiedoista (THL). Maakunnista kierroksille toivotaan osallistujiksi kuntien, palveluntuottajien ja sairaaloiden edustajia, ja muita ikääntymiseen liittyviä toimijoita ml. vanhusneuvostot, järjestöt sekä valtakunnallisia ja maakunnallisia toimijoita.

Kärkihankkeessa kootaan olemassa olevien verkostojen verkostoa tiedonvälityksen ja yhteistyön tueksi. Lisäksi perustetaan muutosagenttien verkosto ja tukiverkosto, sekä kokeilujen tukiverkostot.

LIITE 2. KOKEILU 1: KESKITETTY ALUEELLINEN ASIAKAS/PALVELUOHJAUKSEN TOIMINTAMALLI

Kokeiluissa keskitetyn alueellisen asiakas-/palveluohjauksen (jatkossa KAAPO) toimintamallin kehittämiseksi haetaan avointa alue- ja toimijayhteistyötä iäkkäiden ihmisten kotona asumisen tukemiseksi ja arjessa selviytymisen parantamiseksi:

1. Kokeilu toteutetaan yhden maakunnan alueella ja siihen osallistuu maakunnan kaikki tai useimmat kunnat.
2. Toimintamalli on monitoimijainen, sisältäen maakunnan alueella toimivia yksityisiä ja julkisia toimijoita sekä järjestöjä.

KAAPO kokeilun tavoite

Luoda asiakas- ja palveluohjauksen rakennetta ja sisältöä kehittävä toimintamalli, joka

1. vahvistaa väestön luottamusta avun ja palvelujen saatavuuteen,
2. tukee ikäihmisten kotona asumista ja arjessa selviytymistä tarjoamalla neuvoa, ohjausta ja palveluja tunnistettuun tarpeeseen,
3. ohjaa asiakkaan tarvittavien palvelujen ääreen, ja
4. edistää iäkkäiden henkilöiden osallisuutta ja vaikutusmahdollisuuksia palveluprosesseihin, joilla avun- ja palvelujen tarpeisiin vastataan.

KAAPO määritelmä

KAAPO on keskeinen osa maakunnan/itsehallintoalueen ikääntyneiden palvelujärjestelmää. Se on apua tarvitsevan iäkkään henkilön neuvontapiste sekä palvelujen järjestäjä, koordinoija ja asiakkaan palvelupolkujen seuraaja, ml. omaishoito, joka toimii yhteistyössä alueen eri tahojen ammattilaisten ja viranomaisten kanssa. Iäkkäiden palvelutarpeet käsitellään KAAPON kautta: vaikka palvelutarve olisi syntynyt muualla (esimerkiksi sairaalassa tai terveyskeskuslääkärin vastaanotolla), KAAPOLla on silti koordinaattorooli.

Asiakas-/palveluohjauksen perustoiminnot ja rakenne

Neuvontaosio

- Tehtäviä: välittää tietoa eri etuuksista ja palveluista (ml. omatoiminen tiedonetsintä ja tilanteen itsearvointi), tilanteen selvittelyä, jatko-ohjausta
- Päätöksenteko: ohjataanko asiakas muualle vai jatketaanko palveluohjaukseen
- Tiedonkulkua: ei tunnistautumista eikä dokumentointia, ellei jatku palvelu-ohjauksena (tai kevyt tunnistauminen?)
- Seurataan: mm. ikä, sukupuoli, kontaktien lkm, odotusaika yhteydenpääntiin, yhteydenoton syy, mihin ohjattu, sivuston ja itsearviointilomakkeen latauskerrat

Palveluohjausosio

- Tehtäviä: palvelutarpeen arviointia (kotikäynnillä), erityisosaamisen konsultointia, palvelusuunnitelman laadintaa, palveluiden järjestämistä, kotiutumisen koordinoointia

- Päätöksenteko (ja/tai vireillepano): palveluista, maksuista, omaishoitosopimuksista, palvelukoordinaattorin nimeämisestä, omatyöntekijän nimeämisestä?
- Tiedonkulkua: asiakkuussuhteen syntyminen, tietojen kirjaaminen yhteiseen palvelusuunnitelmaan, yhteinen (yhteensopiva) tietojärjestelmä eri tahojen kesken
- Seurataan: mm. aika palvelutarpeen arvioinnista palveluiden käynnistymiseen, palvelupäätökseen kuluva aika, omaishoitosopimusten lkm, kielteisten päätösten lkm, uusien asiakkuuksien lkm

Palvelujen koordinointi ja seuranta -osio

- Tehtäviä: palvelukokonaisuuksien koordinointia, palvelujen toteutumisen seuranta ja laadun valvontaa, palvelutarpeen uudelleen arviointia, erityisosaamisen konsultointia
- Päätöksenteko: palvelutarpeen uudelleen arvioinnista, palveluiden jatkamisesta, muuttamisesta, keskeyttämisestä ja päättämisestä, asiakkuuden päättämisestä
- Tiedonkulkua: palvelun tuottajat kirjaavat tiedot yhteiseen palvelusuunnitelmaan, yhteinen (yhteensopiva) tietojärjestelmä
- Seurataan: mm. palvelujen toteutuminen, tavoitteiden saavuttaminen, päivystyspkl- ja sairaalakäyntien lkm, asiakkuuksien päättymisten lkm

Asiakas- ja palveluohjauksen toimintamallin keskeiset elementit

Järjestämisvastuu: Maakunta / alue

Kohderyhmä

- KAAPOon voivat ottaa yhteyttä kaikki kansalaiset
- Ikääntyneiden palvelujen ammattilaiset ja viranomaiset

Asiakas

- Matala kynnyks ja yhden luokun periaate eli yksi kontakti riittää prosessin käynnistämiseen: palvelutarpeen tunnistamisesta aina ongelman ratkaisuun asti
- Saavutettavuus 24/7 (päivystys, sosiaalipäivystys tai joku muu vaihtoehto)
- Yhdenvertaisuus: yhtenäiset ”kriteerit” / periaatteet palvelujen myöntämiselle ja asiakasmaksuille
- Helppous: asiointi sujuvaa ja asiakaslähtöistä; monia yhteydenottokanavia, sähköisiä palveluita, eri palveluiden vertailumahdollisuus
- Tavoitteellisuus: asiakkaan itselleen asettamat tavoitteet ohjaavat toimintaa; asiakkaan tarpeet ja toiveet ovat etusijalla
- Tiedonkulkua: hoidon ja palvelujen jatkuvuuden kannalta oleellinen tieto kulkee palvelun järjestäjän ja palvelutuottajien välillä sujuvasti, avuntarvitsija ei toimi ”tiedonvälittäjänä”. Tavoitteena on, että asiakas kertoisi tietyn tiedon vain kerran.

Organisaatio

- **Vastuunottaminen**
 - palvelutarpeen arvioinnista ja prosessin käynnistämisestä
 - palvelusuunnitelman laatimisesta ja toteutuksen seurannasta
 - asiakkaan palvelukokonaisuudesta (julkinen, yksityinen, 3.sektori)
 - palvelujen laadun valvonnasta
- **Tiedonkulu ja dokumentointi:** yhteinen palvelusuunnitelma, yhteensopivat tietojärjestelmät
- **Yhdenvertaisuus:** asiakassegmentointi, yhtenäiset arviointimenetelmät

- **Ammatillinen osaaminen:** monipuolisen ammatillisen osaamisen arvostaminen ja kehittäminen;
 - osaamisen jakaminen ja erityisosaamisen saaminen
 - sovitut pelisäännöt ja konsultaatiokäytännöt; sähköinen konsultaatio, etä-palvelut
- **Monituottajuus** palveluiden toteuttamisessa
- **Koordinaatirooli:** avuntarvitsija tulee ja lähtee palvelujen piiriin KAAPOn kautta (esim. terveyskeskuslääkäriltä tai sairaalasta KAAPOn; KAAPosta kotihoitoon tai päivystyspoliklinikalle); palvelukartan ylläpito, koska tietty palvelu alkaa ja koska loppuu; kuka on palvelujen piirissä.

Yhteydenotto

- Yhteydenottaja iäkäs itse, läheinen, naapuri tms., ammattilainen tai viranomainen
- Puhelimitse (yksi numero, takaisinsoittomahdollisuus), sähköisesti ja/tai tulemalla paikan päälle
- Verkkosivujen kautta omatoiminen tiedonetsintä:
 - verkkosivuilta löytyvät mm. yhteystiedot, palveluhakemisto, palvelukuva-ukset, palvelujen saannin kriteerit, hinnasto, hinta- ja laatuvertailumahdol-lisuus, ”palvelutarpeen itsearviointi” – lomake

Kriittisiä tekijöitä ja yleisiä kipukohtia palveluohjauksessa

- Palveluhakemiston olemassaolo: KAAPO ei voi toimia ilman toimivaa listausta maa-kunnassa toimivista palveluntuottajista
 - palveluntuottajien laatukriteerit määritelty
 - palveluntuottajien mahdollisuus pystyä lisäämään/muuttamaan tietonsa helposti hakemistoon
 - KAAPOn täytyy saada tieto myös esim. vapaista huoneista palveluasun-noissa tai erilaisissa ryhmissä olevista vapaista paikoista
- tiedonkulku palveluntuottajien ja KAAPOn välillä
 - sovittava, mitä tietoja dokumentoidaan, koska ja mihin
 - sähköinen järjestelmä, johon palveluntuottajat pystyvät helposti kirjaa-maan tietoja (esim. kotikäynnit, viestivihkoa vastaavat tiedot ym.).
 - edellytys, että pääsynhallinta toimii: oikeat henkilöt pääsevät käsiksi tie-toihin, mutta ei kukaan ylimääräinen
- palveluntuottajien koordinointi tarvitsee järjestelmän, esim. palvelun käyttäjän kalen-teri, johon pääsevät avun tarvitsija, palveluntuottajat, KAAPO ja omaiset

Asiakkuus

KAAPOn asiakkaita ovat sekä varsinaiset avuntarvitsijat, mutta myös omaishoitajille syntyy asiakkuus: hekin käyttävät palveluita omaishoitajan roolissa (esim. terveystarkastukset, lo-mat). KAAPOn asiakkuus voi syntyä apua tarvitsevan henkilön omasta yhteydenotosta tai läheisen, ammattilaisen tai viranomaisen havaitsemasta avuntarpeesta (esim. terveyskeskus-lääkäri, terveydenhoitaja, sairaalan kotiutushoitaja, poliisi).

Määrittelyä edellyttävät:

- Asiakkuuden muodostuminen, siirtyminen ja päättyminen, tunnistaminen: koska?
 - jo neuvontavaiheessa vai vasta sitten, kun päätetään arvioida tarkemmin avun tarvetta?

- onko avuntarpeen tunnistamisessa apuna seulakysymykset koskien esim. yksinasumista, läheisapua, toimintakykyä, vai perustuuko arvio työntekijän ammattitaitoon ja harkintaan?
- kuinka toimitaan, jos soittaja on joku muu kuin avuntarvitsija?
- tietojen kirjaaminen, missä vaiheessa mitäkin tietoa dokumentoidaan ja mihin?
- siirtyykö asiakkuus jossakin vaiheessa muualle, esimerkiksi kotihoitoon?
- kuinka asiakkuus toimii muiden sote-toimijoiden kanssa, esimerkiksi sairaalasta KAAPON
- päättääkö KAAPO asiakkuuden, kun palvelujen tarve loppuu?

KAAPO-prosessi

Toiminnan seuranta: kuinka seurataan asiakkaan voinnin ja palvelutarpeen muutoksia tai sitä, että kaikki sovitut palvelut tuotetaan sovitusti ja asetetut tavoitteet saavutetaan?

KAAPO-prosessin toimijat

Palveluohjaajat

- Koulutus: sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia, joilla on soveltuva ammattikorkeakoulututkinto tai opistotasoinen tutkinto.
- Muut edellytykset: vankka käytännön kokemus, toimintaympäristön ja tarvittavan lainsäädännön tuntemus sekä tarvittaessa lisä/täydennyskoulutusta. Palveluohjaajilla voi olla myös tiettyä erityisosaamista esimerkiksi omaishoidon asioista.
- Palvelukoordinaattori, joka voidaan nimetä (sosiaalilain säädännön perusteella?) paljon erilaista apua ja tukea tarvitseville asiakkaille.
 - määriteltävä, kuka on paljon apua ja tukea tarvitseva asiakas?

Erityisosaajat

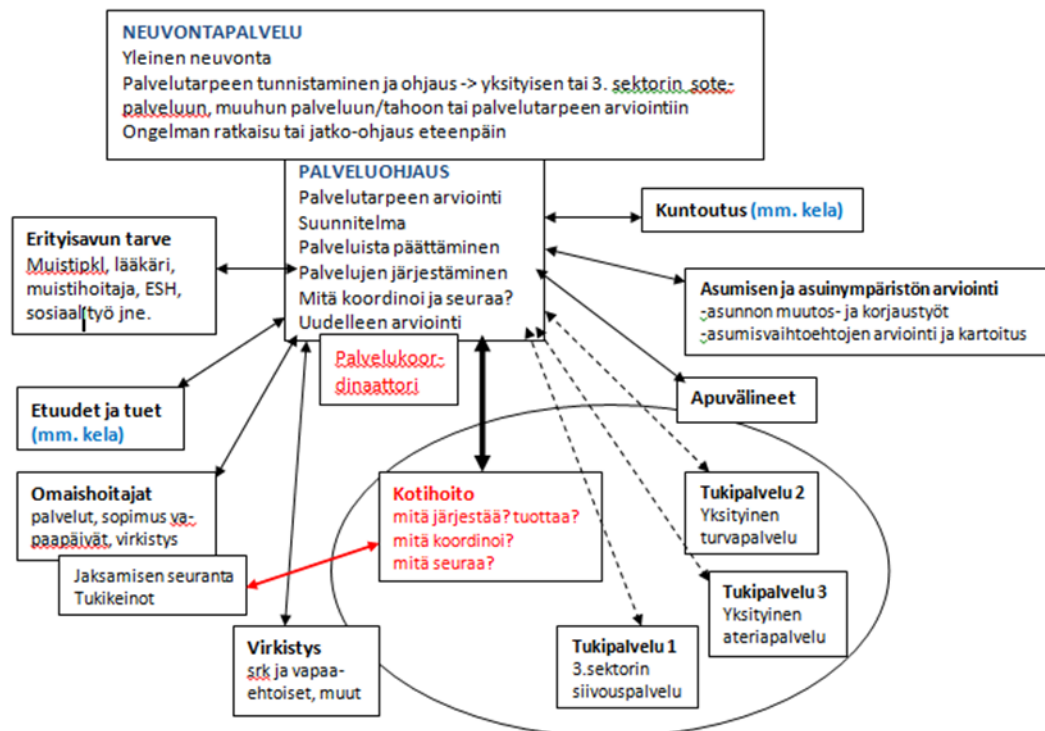
- Asiakas- ja palveluohjausyksikön tukena on erityisosaamista kuten sosiaalityötä, gerontologista osaamista sekä muistisairauksiin, kuntoutumiseen, mielenterveys- ja päihde, apuvälineisiin, kodinmuutostöihin ja (gero)teknologiaan, asumiseen (eri asu- mismuotoihin, ympärivuorokautinen hoiva) sekä omaishoitoon ja –hoitajuuteen sekä perhehoitoon liittyvää asiantuntemusta.
- erityisosaaminen voi sijoittua samaan palvelupisteeseen asiakas- ja palveluohjausyksikön KAAPON kanssa tai ”jalkautettuna” lähialueelle (liikkuvat palvelut, etäkonsultaatiot)
- sovitut konsultointikäytännöt eri tahojen kesken

Yhteistyökumppanit ja sidosryhmät

- Sairaaloiden (kotiutuminen), avoterveydenhuollon ja sosiaalitoimen henkilöstö
- Palvelutuottajien henkilöstö (julkinen, yksityinen, 3.sektori)
- Maakunnan toimijat (mm. viranomaiset, posti), vapaaehtoiset
- Avuntarvitsijat ja läheiset

Palvelutuottajien tai avunantajien keskuudesta voidaan nimetä asiakkaalle omatyöntekijä, joka vastaa avuntarvitsijan päivittäisen tilanteen seuraamisesta kokonaisvaltaisesti ja ilmoittaa tilanteen muuttumisesta palveluohjaukseen. Omatyöntekijä määräytyy asiakkaan palvelutarpeen mukaan ja voi vaihtua palvelutarpeen muuttuessa. Omatyöntekijänä voi toimia esimerkiksi omainen, kotisairaanhoidtaja, sosionomi, geronomi, fysioterapeutti, muistihoitaja tai muu avuntarvitsijan tilannetta tunteva palveluntuottajan työntekijä.

Taulukko 11. KAAPO käsitteitä ja sanasto	
Asiakassuhde	Asiakassuhde syntyy, kun tunnistetaan, palvelujen tarvitsija
Asiakkuus	Asiakkuus syntyy, kun KAAPOon otetaan yhteyttä
Yhteydenotto	KAAPOon voi ottaa yhteyttä puhelimitse, sähköisesti tai käymällä paikan päällä. Yhteyden voi ottaa palvelujen tarvitsija tai muu potentiaalisen avuntarvitsijan tilannetta tunteva taho (mm. läheinen, tuttava, sosiaali- ja terveydenhuollon toimija, viranomainen).
Neuvonta	Sisältää yleistä hyvinvointiin ja terveyttä edistäviin palveluihin sekä sosiaaliturvaan liittyvää neuvontaa. Neuvontavaiheessa yhteydenottaja voidaan ohjata tarkempaan palvelutarpeen selvittelyyn (ks. palveluohjaus) tai muiden palvelujen piiriin (esim. kunnan järjestämät liikuntapalvelut, vapaaehtoisten tai yksityisten tarjoamat palvelut)
Palveluohjaus	Palveluohjaus on prosessi, jonka tehtävänä on selvittää avuntarvitsijan yksilölliset palvelutarpeet ja niiden kanssa parhaiten yhteensopivat palvelut. Tämä tehdään yhdessä asiakkaan ja/tai läheisten kanssa.
Palvelutarpeen arviointi	Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa. Palvelutarpeiden selvittämisestä vastaa työntekijä, jolla on laaja-alaista asiantuntemusta sekä tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista annetussa laissa (272/2005) tai terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu kelpoisuus. Palvelutarpe arvioidaan luotettavia ja monipuolisia menetelmiä käyttäen. (Vanhuspalvelulaki)
Palvelusuunnitelma	Palvelusuunnitelmassa määritellään iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvion perusteella, millainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus tarvitaan hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä hänen hyvän hoitonsa turvaamiseksi. Iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa on neuvoteltava vaihtoehtoja kokonaisuuden muodostamiseksi. Iäkkään henkilön näkemykset vaihtoehtoja on kirjattava suunnitelmaan. Palvelusuunnitelma on tarkistettava, jos henkilön palvelutarpeessa tai olosuhteissa tapahtuu muutoksia sekä muutoinkin (Vanhuspalvelulaki)
Palvelukoordinaattori	Paljon erilaista apua ja tukea tarvitsevalle henkilölle voidaan nimetä palvelukoordinaattori, joka järjestää, koordinoi ja seuraa palvelukokonaisuutta.
Omatyöntekijä	Avuntarvitsijalle nimetty ”omatyöntekijä”, joka vastaa avuntarvitsijan päivittäisen tilanteen seuraamisesta kokonaisvaltaisesti. Omatyöntekijä määrätty palvelutarpeen mukaan ja voi vaihtua palvelutarpeen muuttuessa. Omatyöntekijänä voi toimia esimerkiksi omainen, kotisairaanhoidtaja, sosionomi, geronomi, fysioterapeutti, muistihoidtaja tai muu avuntarvitsijan tilannetta tunteva palveluntuottajan työntekijä.



Kuvio 1. Keskitetyn asiakas-/palveluohjauksen rakenne ja toiminnot.

Lisätietoa:

Australiassa on siirretty keskitettyyn asiakas-/palveluohjaukseen vuonna 2015, ja heidän kansallinen toimintansa on hyvin samankaltainen edellä esitetyn KAAPO mallin kanssa. Lisätietoa seuraavasta osoitteesta: <http://www.myagedcare.gov.au/>

TAMPERE

Patronen M, Hämäläinen J, Sola J, Leisio J, Koistinen T, Holja T. Palvelutori Ohjaus- ja neuvontapalvelu ikäihmisille. Sitran selvityksiä 82, 2015, http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksia82_uud_p.pdf

Kotitorin sivusto: <http://www.tampereenkotitori.fi/>

Kotitorin esite: <http://www.tampereenkotitori.fi/esite20022014>

LAHTI ja HEINOLA

Asiakasohjausyksikkö Siiri -sivusto:

<https://www.lahti.fi/palvelut/vanhuspalvelut/asiakasohjausyksikk%C3%B6-siiri>

Neuvontapalvelu Palvelusantra -sivusto: <http://www.palvelusantra.info/>

KASTE STM.fi/kaste IKÄPALO –HANKE: Kohtaa & Innosta Käsikirja tavoitteellisen neuvonnan ja palveluohjauksen mallin suunnitteluun ja käyttöönottoon.

<http://docplayer.fi/447759-Kohtaa-innosta-kasikirja-tavoitteellisen-neuvonnan-ja-palveluohjauksen-mallin-suunnitteluun-ja-kayttoonottoon-ikapalo-hanke-kohtaa-innosta.html>

EKSOTE

Palveluohjaus ja neuvonta -sivusto: <http://www.eksote.fi/sosiaalipalvelut/palveluohjaus-ja-neuvonta/Sivut/default.aspx>

STM: Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa -kärkihanke 2016–2018

Iso Apu palvelukeskus –sivusto

http://www.hyvis.fi/etelakarjala/fi/seniori_ ja_ ikaihmiset/iso%20apu%20-palvelukeskus/Sivut/default.aspx

Viitikko T, Hiltunen-Hahtola: Kotona kokonainen elämä – Ikäihmisten palvelujen kehittämisohjelma Etelä-Suomessa 2013-2015. Eksoten osakokonaisuus, loppuraportti 15.12.2015.

<https://www.innokyla.fi/documents/306104/0/Liite+6+Eksoten+loppuraportti.pdf/e8f3fd9e-da73-4095-aff7-f5b95a44bdbc>

Tarja Viitikon esitys: Terveyttä ja hyvinvointia yhdessä! Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden Risto ja Kotona kokonainen elämä, Palvelutarpeen arviointi työpaja, 1.4.2014.

<https://www.innokyla.fi/documents/349836/0/Tarja+Viitikon+esitys+2.4.2014.pdf/bf7c41b3-3ba5-40d1-a807-ead506f5dedc>

Etelä-Suomen ikäihmisten palvelujen kehittämisohjelma Kotona kokonainen elämä 2013-2015. Loppuraportti 2015. KASTE stm.fi/kaste

https://www.innokyla.fi/documents/306104/0/Loppuraportti_valmis.pdf/bc564b63-b5a2-4502-b985-4e7f3d66dbc5

Porvoo

Palveluohjaus –sivusto:

<http://www.porvoo.fi/fi/palvelut/kohderyhmat/ikaihmiset/palveluohjaus>

Muuta

Palveluohjauksen käsikirja, artikkelikokoelma taustoista ja käytännöistä. Kanta-Hämeen Pitsi-hanke 2011-2013, Väli-Suomen Ikäkaste – Äldre kaste II –hanke 2011-2013.

LIITE 3. KOKEILU 2: TOIMIVA KOTIHOITO

Toimiva kotihoito - toimintamalli

Toimiva kotihoito toimintamalli hakee avointa yhteistyötä kotona asumisen mahdollistamiseksi:

1. Yhden maakunnan kaikki tai useimmat kunnat osallistuvat
2. Monitoimijainen toimintamalli sisältäen yksityisiä ja julkisia toimijoita sekä järjestöjä ym.

Kotihoito kokeilun tavoite

Luoda konkreettinen kotihoidon sisältöä kehittävä toimintamalli, joka turvaa ikäihmisen kotona asumisen sairaana ja toimintakykyrajoitteisena. Kotihoidon toimintamallin tavoitteena on lisätä asiakkaan ja hänen omaisensa turvallisuuden tunnetta ja luottamusta iäkkään omaan selviytymiseen kotona.

Toimivan kotihoidon peruselementit

Toimiva kotihoito muodostuu neljästä pääperiaatteesta: kotihoitoa on tarjolla vuorokauden ympäri, kotihoidon henkilöstö on osallisena oman työnsä kehittämisessä, sekä kuntouttava että akuuttitilanteiden toimintamalli on kehitetty ja käytössä.

Kotihoitoa on saatavilla 24/7.

- kotihoidon palvelua on tarvittaessa saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina
- toiminnanohjaus

Kotihoidon henkilöstö osallistuu oman työnsä ja kotihoidon johtamisen kehittämiseen

- henkilöstöä osallistavat johtamisen mallit ovat käytössä (lean)
- kehitetään kotihoidon seurantamenetelmiä ja johdetaan vaikuttavia prosesseja
- lähijohtajien roolin korostaminen
- työvuorojen joustavat muotoilut (esim. 10-12 tunnin vuorot, vrt. Helsingin kokeilu)
- yhden hengen käynnit vai kahden eri ammattiryhmän käynnit asiakkaalla
- työtekniikat ja työterveys- ja työturvallisuus kotiooloissa
- moniammatilliset tiimit kotihoidon tukena
- hallinnollisen työn, hoitovälineiden ym. logistiikka
- yhteistyön tavat muiden toimijoiden kanssa, iäkkäiden asiakkaiden yksinäisyyden lievittäminen
- koulutus ja neuvonta, verkostoituminen

Kuntouttavat toimintamallit on otettu laajasti käyttöön

- tehostettu kuntoutus sairaalahoidon jälkeen, vrt. EKSOTEn kotikuntoutus
- erityinen kuntoutustiimi
- fysioterapia ja kuntoutushenkilöstökonsultaatiot ja yhteiskäynnit, koulutus
- yhteistyö muiden kuntoutumistoimijoiden kanssa alueella
- Kela, veteraanien kotihoito, yksityinen kotihoito, ym.
- Kotouttaja sosiaalisen kuntoutuksen edistäjänä (vrt. EKSOTE arjen olohuone)

Akuuttitilanteiden toimintamalli määritelty ja käytössä

- lääkärikonsultaatio oltava mahdollista ja saatavilla 24/7
- yhteiset tietojärjestelmät
- kotihoidon vertaistukipuhelin
- ensihoitoyhteistyö
- sairaalayhteistyö - kotiinottovalmius
- sosiaalipäivystys - terveydenhuollon päivystys yhteistyö
- yhteys asiakas-/palveluohjaukseen 24/7?
- turvallisuusyhteistyö (Palo- ja pelastuslaitos)
- päivystys- ja sairaalakäynnit - hoitoketjujen seuranta
- kotisairaala, saattohoito
- päihde- ja mielenterveysasiakkaat (onko akuuttia vai jatkuvaa?) (2-hengen käynnit?)

Läpileikkaavat periaatteet kotihoidon kokeilussa (hankesuunnitelmassa otettava huomioon 1 tai useampi)

1. Palvelutarpeen arviointi - seuranta - päätökset (ellei KAAPPO toimi kokeilualueella)
 - a. yhteiset arviointimenetelmät
 - b. asiakkuuden tunnistamisen, jatkamisen ja päättämisen menetelmät
 - c. kuntoutumisen mahdollisuuden tunnistaminen
 - d. ravitsemustila
2. Teknologiset ratkaisut
 - a. ml. toiminnanohjaus ellei ole keskitetyn asiakas-/palveluohjauksen vastuulla
 - b. geroteknologia
 - c. etsinnän tuki, turva ym. seurantarannekkeet
 - d. internet yhteys kotihoitoon
 - e. yhteiset tietojärjestelmät maakunnassa
 - f. omaishoidon tuen tekniikka (etäomaishoito)
 - g. muistisairaana kotona asumista tukevat tekniset ratkaisut
 - h. kehittämistyötä tarvitaan, käyttöönottokoulutus
3. Lääkityskäytännöt (apteekin lääkejakelu, farmaseuttipalvelu, osaaminen, lääkehaittojen tunnistaminen, työpaikkakoulutus)
 - a. kokonaislääkityksen arvioinnin toimintamalli (esim. Fimea, UEF)
 - b. apteekin annosjakelu
 - c. farmaseutin konsultaatio monilääkkeisillä
 - d. lääkkeiden kotiinkuljetus (Suomen posti ym).
 - e. yhteistyön muodot ja koulutus
4. Ravitsemuskäytännöt
 - a. iäkkään ravitsemuksen uusin tieto
 - b. ravitsemusterapeutin konsultaatiot, ravintoterapeutin arviot ateriapalvelujen tilauksista ja ravitsemuksen sisällöstä
 - c. yhteistyö ja koulutus

5. Saattohoito
 - a. kotona asuminen mahdollisimman pitkään
 - b. saattohoidon erikoisryhmä
 - c. saattohoidon koulutus ja kuolevan kohtaaminen
 - d. tiedonkulku
 - e. työpaikkakoulutus

6. Asiakkaiden asumis- ja auttamisympäristöt (muutosagentti, KAAPO, kunnat)
 - a. yhteistyö YM:n IkäASKEn kanssa, muistikylät, perhehoitokylät
 - b. yhteistyö VTKL:n korjausneuvonta
 - c. yhteistyö Leader-toiminta, kylätalkkarit tuomassa kotiapua takaisin



Kuvio 1. Toimiva kotihoito ja valinnaiset läpileikkaavat teemat.

LIITE 4. KOKEILU 3: ASUMISEN JA PALVELUN YHDISTÄMINEN

Taustaa asumisen ja hoivan/palvelujen integroinnista

Asumisen, hoivan ja palvelujen toimivaksi yhteensovittamiseksi tarvitaan uudenlaisia ratkaisuja perinteisen tehostetun palveluasumisen lisäksi. Esimerkkejä tästä ovat palvelukorttelit, muistisairaiden kylät ja perhehoitokylä. Palvelukortteliin kuuluu erilaisia asumismuotoja, kuten yhteisöasumista, tavallista senioriasumista ja palveluasumista. Erilaisissa taajamissa/kunnissa tarvitaan niihin ja väestön tarpeisiin sopivia konsepteja, joissa on asuminen ja palvelutarjonta yhteensovitetaan.

Ikäystävällisessä ympäristössä kansalaiset voivat ikääntyä tutuilla asuinalueilla säilyttäen osallisuutensa. Toimiva asuminen ja riittävät palvelut ovat paikoillaan vanhenemisen (ageing in place) edellytyksiä. Palvelualueilla on tavallisia asuntoja, senioritaloja, asumisyhteisöjä ja palveluasumista sekä asumiseen ja hoivaan liittyviä palveluja sekä muita hyvinvointia ja terveyttä edistäviä palveluja. Ikäystävällinen asuinalue ja palvelualue muodostuvat kunnan, järjestöjen ja yritysten yhteistoimintana sekä vapaaehtoistoiminnan verkottamiselle. Asuinalueita kehitetään kokonaisuutena.

Kokeilujen tavoitteet ja kriteerit

Kärkihankkeen asumista koskevassa kokeilussa kohteena voivat olla sekä asuinalueen taso että erilaiset hoivan yhdistävät asumisratkaisut tai osa/jokin näistä. Tavoitteena ovat saada aikaan ikääntyvän väestön tarpeisiin vastaavia toimintamalleja ja asumiskonsepteja erilaisissa kunnissa ja maakunnissa. Kokeilussa rahoitetaan kehittämistyötä, mutta ei rakennusinvestointeja. Kokeilut eivät välttämättä edellytä maakunnan laajuista toimijajoukkoa. Kokeiluun osallistuvat voivat olla eri maakunnista.

Läpileikkaavat periaatteet asumisen kokeilujen toimintamalleissa

1. kuntien välinen yhteistyö esim. seudullinen yhteistyö tai ko. teeman kehittämisestä kiinnostuneiden useiden kuntien yhteistyö
2. kokeiluun osallistuvilta toimijoilta edellytetään vahvaa sitoutumista yhteistyöhön
3. uudenlaisten ratkaisujen ja toimintatapojen kokonaisvaltainen mallintaminen, esimerkiksi rakennusten ja niihin liittyvien toimintojen suunnittelu suhteessa olemassa olevaan rakennuskantaan ja toimintaan
4. kunnan eri hallintokuntien ja toimijoiden (järjestöt, yritykset ja vapaaehtoissektori) yhteistyön vahvistaminen
5. ikääntyneiden aktiivinen osallistuminen mallien konseptointiin (esim. kunnan vanhusneuvosto, asukasraadit)
6. kokeilu pohjaa olemassa olevaan paikkaan (asuinalue, rakennus ja/tai hanke)
7. toteuttamistavan innovatiivisuus: kansainvälisten esimerkkien ja tutkimustiedon hyödyntäminen.

Kokeilun sisällölliset pääteemat

Kokeilussa on kaksi pääteemaa: Ikäystävällinen asuinalue/palvelualue ja Asumisen ja hoivan yhdistävät uudet ratkaisut. Kokeilussa voidaan valita jompikumpi teema tai molemmat, jolloin jälkimmäisestä valitaan relevantti ratkaisu kehitettäväksi.

Ikäystävällinen asuinalueen/palvelualueen kehittäminen

Kehittämisen periaatteet

- WHO:n ikäystävällisen kaupungin teemat ja kriteerit (ympäristö ja julkiset rakennukset, liikenne, asuminen, osallistuminen, arvostus ja osallisuus, yhteiskunnallinen osallistuminen ja työelämä, tiedonvälitys ja sosiaali- ja terveys-palvelut)
- asuinalueiden ikäystävällisyyden keinot kunnan strategioissa ja toimeenpanosuunnitelmissa
- asumisen ja elinympäristön toimivuus, vanhus-, lähi- ja muiden palvelujen saatavuuden edistäminen
- julkisten rakennusten hyödyntäminen ikääntyneiden kannalta
- eri toimijoiden resurssien hyödyntäminen ja kumppanuuskäytännöt
- yhteisöllisyyden, vapaaehtoistoiminnan ja sukupolvien yhteenkuuluvuuden vahvistaminen.

Asumisen ja hoivan yhdistävien uusien ratkaisujen kehittäminen

A. Palvelu/hybridikortteli

Kehittämisen periaatteet

- hyvä saavutettavuus ja keskeinen sijainti, palvelujen läheisyys, integroituminen laajemmin asuinympäristöön ja lähiyhteisön toimintaan
- eri asumisvaihtoehtojen vastaavuus kunnan ikääntyneiden tarpeisiin, asumisen mahdollistaminen elämän loppuun asti
- uustuotanto, peruskorjauskohde tai niiden yhdistelmä, ARA-rahoituksella toteutettava osa
- toiminnan ja tarpeiden yhteensovittaminen, henkilöstön asiakaslähtöiset toimintatavat
- toiminnan taloudellisen kestävyuden turvaaminen
- kunnan, yksityisen ja järjestösektorin toiminnan verkottaminen
- yhteistilojen laaja hyödyntäminen ja yhteisöllisyyden vahvistamisen eri keinot.

B. Muistikylä

Kehittämisen periaatteet

- sijainti ja koko vastaa tarpeisiin ja tukee normaalisuutta, uustuotanto tai peruskorjauskohde tai niiden yhdistelmä
- tilojen toteutus ja ulkoympäristö tukevat muistisairasta
- integroitu toimintapa ja toimintakulttuurin kehittäminen: tavallinen elämä ja yksilöllisten tarpeiden huomiointi sekä työntekijöiden ja asukkaiden tasavertainen kohtaaminen
- hyvinvoinnin ja toimintakyvyn tukeminen monipuolisen toiminnan kautta
- asuinpienryhmät tarpeiden ja ”elämänhistorian” mukaan
- teknologian hyödyntäminen.

C. Perhehoitokylä

Kehittämisen periaatteet

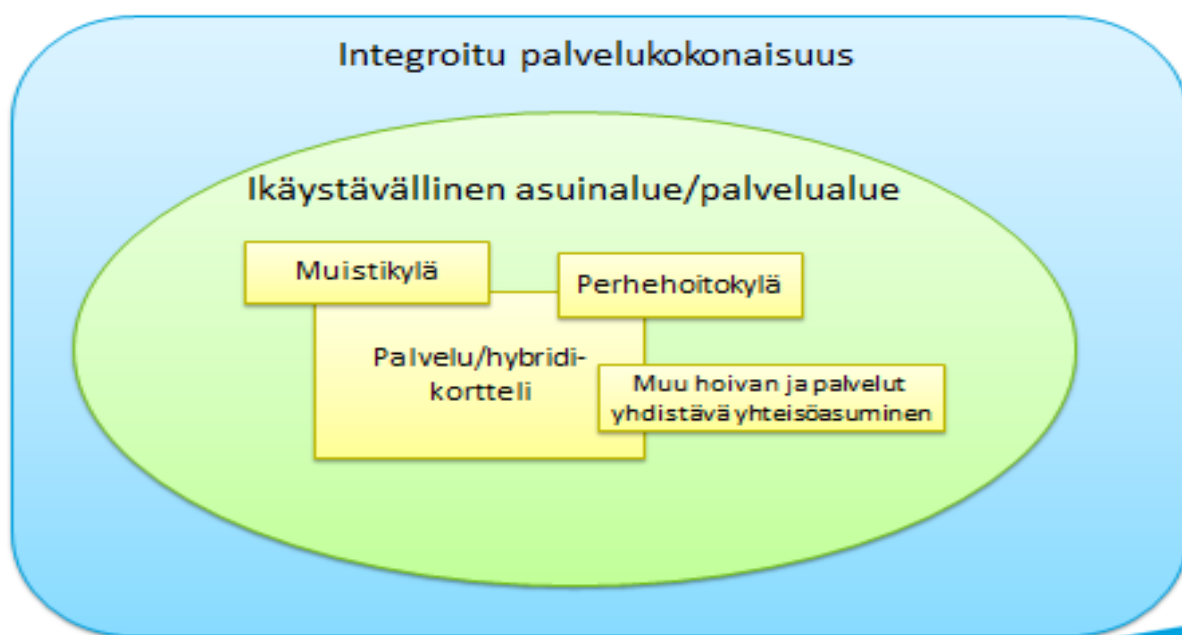
- sopiva asiakasryhmämäärittely ja ratkaisun liittyminen palvelurakenteeseen
- kohteen sijainti ja koko taajamassa tukee integroitumista lähiyhteisöön
- fyysiset tilat (henkilökohtaiset ja yhteiset) ja tilojen joustavuus tukevat hyvinvointia
- toimintatavat tukevat asukkaiden aktiivisuutta ja hyvinvointia, vapaaehtoistoiminnan hyödyntäminen.

D. Palvelun ja hoivan yhdistävä muu yhteisöasuminen

Kehittämisen periaatteet

- asumisen hallintamuoto alueen tarpeiden mukaan (omistus-, asumisoikeus-, vuokra- tai osaomistusasuminen)
- kohteen sijainti, koko ja toteutus tukee integroitumista lähiyhteisöön
- tulevien asukkaiden/kohderyhmän osallistuminen kohteen suunnitteluun ja toteutukseen sekä palvelujen ja hoivan suunnitteluun
- tilojen joustavuus tukee palvelujen ja tuen tarjontaa.

Asumisen kokeilut



Kuvio 1. Asumisen ja palveluiden kokonaisuus alueella.

Lisätietoja:

Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma 2013–2017

<http://www.ymparisto.fi/ikaantyneidenasuminen>

Hynynen, Raija (toim.) Palvelualueen ja ikäystävällisen asuinalueen kehittäminen. Ympäristöministeriön raportteja 5/2015

Tuokkola, Kati, Nieminen, Jarmo ja Konttajärvi, Tiina. Kotoa muiden seuraan – Asuinalue- ja talokohtaisten yhteistilojen ja -toiminnan arviointi ikääntyneiden näkökulmasta. Ympäristöministeriön raportteja 14/2016.

WHO. Global Age-Friendly Cities. A Guide. 2007.

Välikangas, Katariina. Yhteisöllisyyttä, laatua ja vaihtoehtoja. Ikääntyneiden välimuotoisen asumisen ratkaisuja Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa ja Hollannissa. Suomen ympäristö 13/2009.

LIITE 5. KOKEILU 4: OMAISHOITON LIITTYVÄT KOKEILUT

Omaishoidon toimintamallit

I&O -kärkihankkeen omaishoidon toimintamallien juurruttamisessa ja vammaisten lasten omaishoidon toimintamallin kehittämisessä haetaan avointa yhteistyötä omaishoidon tukemiseksi ja kehittämiseksi. Tavoitteena on saada aiemmin kokeiltujen toimintamallin juurtuminen uusille alueille ja vammaisten lasten omaishoidon toimintamallin kehittyminen. Toimintamallien toteuttajat sisältävät julkisten toimijoiden lisäksi järjestöjä ym. toimijoita.

Omaishoidon toimintamallien juurruttamisen ja kehittämisen tavoite

Juurrutetaan ja luodaan konkreettisia omaishoitoa vahvistavia toimintamalleja, jotka turvaavat iäkkäiden, mielenterveys- ja päihdekuntoutujien ja vammaisten lasten laadukkaan hoidon ja huolenpidon kotona omaisen tuella sekä tukevat omaishoitajia heidän tehtävässään. Tavoitteena on myös lisätä kaikenikäisten tuettua omaishoitoa ja iäkkäiden perhehoitoa (joka tukee osaltaan myös omaishoitoa).

Omaishoidon tukemista kehittävien toimintamallien juurruttaminen ja luominen

Juurrutetaan ja luodaan omaishoidon toimintamalleja, joissa on useita läpileikkaavia teemoja (A) ja kolme toimintamallikokeilua (B)

A. Läpileikkaavat periaatteet omaishoidon toimintamalleissa

1. Hoidettavan ja hoitajan palvelutarpeen arviointi, palvelujen suunnittelu ja seuranta
 - a. yhteiset monipuoliset (fyysinen, psyykinen, kognitiivinen, sosiaalinen) toimintakyvyn ja palvelutarpeen (ml. asumisen ympäristöt) arviointimenetelmät (hyödyntäen TOIMIA-tietokannan mittareita ja suosituksia tai muita soveltuvia ja yleisessä käytössä olevia laajoja ja luotettavia mittareita)
 - b. yhteisten omaishoidon tuen myöntämiskriteerien kehittäminen
 - c. yhteiset läheisverkoston kartoittamisen (SHL 43 §), omaishoitotilanteen tunnistamisen, omaishoidon jatkamisen ja päättämisen menetelmät
 - d. Kaapo (jos alueella) tekee palvelu- ja hoitosuunnitelman, palvelupäätökset ja palvelu- ja hoitosuunnitelman tarkistukset iäkkäille henkilöille. Alueella voidaan sopia että Kaapo vastaa em. tehtävistä myös mielenterveys- ja päihdekuntoutujien osalta
 - e. hoidettavien eri ikäryhmien erityistarpeiden huomioiminen
2. Valmennus ja lisäkoulutus/työnohjaus
 - a. valmennus omaisille ja omaishoitajuudesta kiinnostuneille, valmennus ennen omaishoitajaksi ryhtymistä, valmennus ja koulutus/työnohjaus omaishoitajuuden aikana, valmennus iäkkäiden perhehoitajille
 - b. sähköinen etävalmennus yhtenä vaihtoehtoisena tapana toteuttaa valmennus ja lisäkoulutus

3. Hyvinvointi- ja terveystarkastukset ja hoitajien ja hoidettavien kuntoutus
 - a. omaishoitoon liittyviin erityiskysymyksiin perehtyneen terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä tarkastus
 - b. omaishoitajan jaksamisen arviointi mm. Cope-indeksin avulla ja palvelutarpeen arviointi
 - c. COPE-indeksi on saatavilla verkossa:
<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/28272>
 - d. kuntoutumisen mahdollisuuksien tunnistaminen
 - e. sähköinen terveystarkastus seulontamenetelmänä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemään tarkastukseen (yhtenä vaihtoehtona hyvinvointi- ja terveystarkastuksen toteuttamiseen)
 - f. tarvittaessa ohjaus kunnan tai Kelan kuntoutukseen
 - g. tehostettu kuntoutus ja toimintakykyä edistävän omaishoidon ohjaus sairaalasta omaishoitoon paluun yhteydessä
 - h. tarkastusten tilastointi, seuranta, arviointi

4. Vapaiden sijaistukset
 - a. monipuoliset vaihtoehdot, joihin sisältyy iäkkäiden perhehoito
 - b. Kaapo (jos alueella), digitaaliset ratkaisut (esim. tieto tarjolla olevista palveluntuottajista ko. aikana ja sijaistuksen omatoiminen varaus)
 - c. joustavat vapaan jaksotukset (kunnan ja hoitajan sopimukset)

5. Omais- ja perhehoidon keskus
 - a. neuvonta ja työnohjaus omaisistaan huolehtiville sekä kaikenikäisten omaishoitajille ja perhehoitajille
 - b. yhteistyö- ja työnjako Kaapon kanssa (jos Kaapo on alueella)
 - c. omais- ja perhehoitajien ja sijaisten rekrytointi
 - d. omais- ja perhehoitajien valmennuksen järjestäminen (myös muille kuin omaishoidon tuen piirissä oleville) yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa
 - e. omais- ja perhehoidon tukimuotojen kehittäminen yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa
 - f. verkostoituminen ja yhteistyö kuntien, Kelan, alueen omais- ja perhehoidon järjestöjen, vapaaehtoisten, seurakuntien, yritysten ja muiden työpaikkojen sekä hoitajien ja hoidettavien kanssa
 - g. omais- ja perhehoitoon liittyvä koulutus sote-henkilöstölle ja työnantajille
 - h. yhteistyö alueen lasten ja nuorten palvelujen kanssa (LAPE-Kärkihanke).

B. Juurrutettavissa malleissa on kolme sisällöllistä toimintamallia, joita haetaan.

Alueella voidaan kokeilla yhtä tai useampaa toimintamallia. Toimintamallin tai -mallien kokeilun tueksi edellytetään, että alueelle perustetaan omais- ja perhehoidon keskus.

1. Muistisairaahan henkilön omaishoito yhteistyönä -toimintamalli (Vanhustyön Keskusliiton malli)

http://www.vtkl.fi/document/1/1898/5efafa1/Omaishoito_yhteistyona_lakkaiden_dementiaperheiden_tukimallin.pdf (Liite 6))

 - omaishoitoperheen yksilöllisten tuen tarpeiden tunnistaminen
 - tukitoimet perhekohtaisesti räätälöityjä
 - Kaapo (jos alueella) tai muu omaishoidosta vastaava toimintayksikkö nimeää asiakkaan ja omaishoitajan palveluja koordinoivan muistikoordinaattorin

(pätevyys määritellään, ks. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/kehitamme.php?udpview=verkosto&lang=fi>)

 - koordinaattori - geriatri työpari omaishoitoperheen tukena
 - toimintaan oma erillinen budjetti, jonka käytöstä koordinaattori ja hänen geriatrityöparinsa vastaavat
 - koordinaattorilla kokonaistyöaika (ellei alueella Kaapoa)
 - omaishoitajien tavoitteellinen vertaisryhmä ammattilaisen vetämänä yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa
 - samaan aikaan muistisairaille oma ryhmä
 - kuljetusten järjestäminen vertaisryhmään osallistumisen mahdollistamiseksi
 - erityisosaamista vaativa dementia kuntoutus

2. Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien omaisten ja omaishoidon tukemisen toimintamalli (FinFamin toimintamallit (Liite 2)). Toimintamalliin sisältyy mielenterveys-päihdekuntoutujan omaisen tunnistaminen ja tukeminen hyödyntäen FinFamin kehitettäviä toimintamalleja
 - **ETSIVÄ OMAISTYÖ** – projektissa (2012–2015) kehitetyt mielenterveysomaisen tunnistamisen menetelmät
 - **VIOLA** – Voimaa ikääntyneen omaisen liikkumiseen ja arkeen - malli
 - **HUOMIOI OMAISET** – malli omaisen tuen tarpeen arviointiin
 - **PROSPECT** – vertaistukiryhmätoiminnan malli
 - **AUTTAVA OMAINEN** – malli vertaistukeen ja omaisneuvontaan
 - Lisäksi kuntoutujalle nimetään Sosiaalihuoltolain mukainen **omatyöntekijä**.

3. Vammaisten lasten omaishoito
 - luodaan uusi innovatiivinen malli
 - koko omaishoitoperheen tarpeiden huomioiminen
 - tiedon välittäminen omaishoidon ja ansiotyön yhteensovittamisen joustoista
 - omaishoidon ja ansiotyön yhteensovittamismahdollisuuksien tukeminen
 - työpaikkojen johdon ja esimiesten omaishoitotietoisuuden lisääminen
 - mallin koordinointi alueen lapsi- ja perhepalvelujen kanssa

Taulukko 1. I&O -kärkihanke: Omaishoidon kokeiltavat mallit ja kriteerit

Taulukko 1. I&O-kärkihanke: Omaishoidon kokeiltavat mallit ja kriteerit			
Omais- ja perhehoidon keskus kokeilujen tukena	Muistisairaana omaishoito yhteistyönä (VTKL:n malli)	Mielenterveys- ja päihdekuntoutujan omaiset ja omaishoito (FinFamin malli)	Vammaisten lasten omaishoito
Tukee kaikkia omaisistaan huolehtivia ja perhehoitajia	Vähintään keskivaikeaa dementiaa ja hoitava omainen	Etsi ja tunnista omainen: yhdessä asuva ja etäomainen	(Voi tarjota uudenlaista mallia)
Tukee alueen omais- ja perhehoidon toimijoiden yhteistyötä	Koordinaattori - geriatri työpari: koordinaattorilla oma budjetti ja kokonaistyöaika	Omaisien tunnistamiseen malleja: Viola, Etsivä omaistyö, Ota huoli puheeksi	Uusi innovatiivinen malli
Perhe- ja omaishoitajien rekrytointi	Perhe - koordinaattori - geriatri - vertaisryhmä	Huomioi aina myös omainen SOTE-palveluissa	Mallin koordinointi osaksi alueen lapsi- ja perhepalveluita?
Tiedonvälitys SOTE-ammattilaisille, omais- ja perhehoitajille ja muille kiinnostuneille	Vertaisryhmät: omaishoitajille ammattilaisen vetämänä, samaan aikaan muistisairaille oma ryhmä, kulljetukset	Mielenterveysasiakkaan toimintakyvyn monipuolinen arviointi: avun ja palvelutarpeen tunnistaminen	
Omais- ja perhehoitajien valmennuksen kehittäminen	Mittaukset ja seuranta: muistisairaille, omasille, kustannukset ja palvelujen käyttö	Omaisten tuki: valmennus, vertaisryhmät (PROSPECT), mini-interventio, vertaisryhmät	
Omaishoitajien vapaiden sijaistusmallien kehittäminen			
Hyvinvointi- ja terveystarkastusten kehittäminen yhteistyössä SOTE-toimijoiden kanssa			
Kuntoutuksen mallien kehittäminen yhteistyössä SOTE-toimijoiden ja Kelan kanssa sekä tiedon välittäminen kuntoutusmahdollisuuksista			

Hakemuksessa pohdittava omaishoidon toimintamallien yhdyspinnat omais- ja perhehoidon ja alueella mahdollisesti kokeiltavan keskitetyn alueellisen asiakas-/palveluohjauksen (Kaapo) tai maakunnassa jo toimivan keskitetyn palveluohjauksen välillä. Yhdyspinnat kuvattava hankehakemukseen.

Kaapon rooli:

- tietoa ja neuvontaa omaisille ja omaishoitajille (ohjaus omais- ja perhekeskuksen palveluihin)
- asiakkuuden aloittaminen - seuranta - päättäminen: palvelutarpeen arviointi, hoito- ja palvelusuunnitelmat hoidettavalle ja tarvittaessa hoitajalle, päätökset omaishoidon tuesta ja perhehoidosta, sopimukset omaishoidon tuesta ja perhehoidosta
- kriteerit: kuka oikeutettu omaishoidon tukeen ja perhehoitoon
- omaishoitoa tukevien palvelujen aloitus - seuranta - päättäminen
- päätökset palvelukoordinaattorista, koordinaattori-geriatri-työparista ja omatyöntekijästä

Liite 6.



Vanhustyön keskusliitto
CENTRALFÖRBUNDET FÖR DE GAMLAS VÄL RY



Omaishoito yhteistyönä

Vanhustyön keskusliiton [Omaishoito yhteistyönä](#) -tutkimus (2006) osoitti, että muistisairaiden ihmisten pitkäaikaiseen hoitopaikkaan siirtymistä on mahdollista lykätä ja puolisoaan hoitavien henkilöiden hyvinvointia voidaan parantaa. Perhekohtaisesti räätälöity laadukas tuki on myös kustannusvaikuttavaa.

Vähintään keskivaikea muistisairaus ja hoitava omainen

Koordinaattori - geriatri työpari:

- oma **budjetti** (saatettiin hankkia palveluja joustavasti ohi kunnallisen palvelujärjestelmän)
- koordinaattorilla **kokonaistyöaika**
- omaishoitoperheen **yksilöllisten tuen tarpeiden tunnistaminen**
- palveluiden ja tukimuotojen **räätälöinti**
- koordinaattorin tunnettava paikallisen **palvelujärjestelmän kokonaisuus**

Perhe - koordinaattori - geriatri - vertaisryhmä

- omaishoitajien **vertaisryhmä** ammattilaisen vetämänä
- samaan aikaan muistisairaille oma ryhmä
- **kuljetukset**

Mittaukset ja seuranta

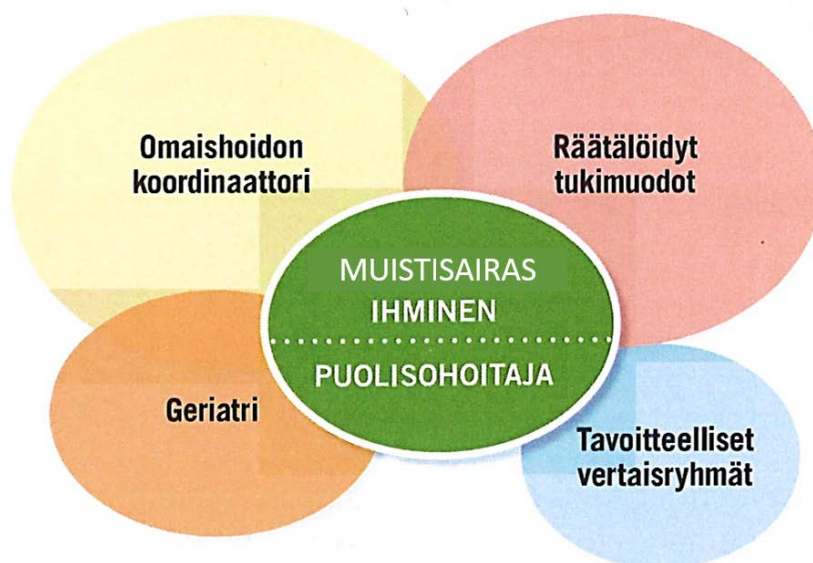
- muistisairaille
- omaisille
- **kustannukset**
- **palvelujen käyttö**

Mallin siirrettävyyden edellytykset: työnohjaus, kokonaistyöaika, itsenäinen budjettivastuu, työparin ammatillinen soveltuvuus

OMAISHOITO YHTEISTYÖNÄ yhdistää omaishoitoperheen ja ammattilaisten asiantuntemuksen

Omaishoito yhteistyönä -tukimallissa

- rakenteelliset osat ovat omaishoitoperhe, omaishoidon koordinaattori, tämän työparina toimiva lääkäri (geriatri) sekä omaishoitajien tavoitteellinen vertaisryhmätoiminta
- omaishoidon koordinaattori toimii perheen auttajana ja yhteyshenkilönä perheen ja viranomaisten sekä muiden yhteistyötahojen välillä
- tukimuodot räätälöidään tilannekohtaisesti perheen, omaishoidon koordinaattorin ja lääkärin yhteistyönä
- koordinaattorin ja lääkärin toiminnan lähtökohdat ovat:
 - aito yhteistyö ja perheen arjen asiantuntemuksen arvostaminen yksisuuntaisen palveluiden antamisen sijaan
 - tukitoimien perhekohtainen joustava räätälöinti
 - perheen päättävältä omilla asioissaan
 - kriisi- ja sairastamistilanteiden ennakointi ja ripeä reagointi niihin
 - tuen jatkuvuus
- tavoitteellinen vertaisryhmätoiminta täydentää omaishoidon koordinaattorin ja lääkärin työtä, ja se on mielekkäintä toteuttaa yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa



KESKEISET TOIMINTAPERIAATTEET:

- | | |
|---|---|
| ♦ Koko perheen tukeminen | ♦ Perheen autonomian kunnioittaminen ja yhteistyön kehittäminen |
| ♦ Joustavuus ja ripeä reagointi | ♦ Perhe-elämän tukeminen |
| ♦ Erilaisten kulttuurien tunnistaminen ja hyväksyminen: | ♦ Optimismi ja voimavarojen tukeminen |
| kulttuurinen herkkyyks | |

OMAISHOITO YHTEISTYÖNÄ – räätälöidyt palvelut ja osaavat ammattilaiset

Tärkeimmät tukimuodot kunnallisten/alueellisten palveluiden lisäksi:

- omaisille annettava tieto, tuki ja ohjaus, jotka auttavat heitä ymmärtämään paremmin muistisairasta läheistään
- erityisosaamista vaativa muistisairaahan ihmisen kuntoutus (kokonaisvaltainen fysioterapeuttinen kuntoutus)
- tavoitteellisesti toteutetut ja kuntoutumista tukevat lyhytaikaishoitojaksot
- kotimiestoiminta
- siivouspalvelu

Tukimuotoja voidaan toteuttaa yhteistyössä kolmannen sektorin ja yksityisten toimijoiden kanssa.

Koordinaattorilla tulee olla

- vahva sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillinen tietotaito, vankka ja laaja-alainen
- muistisairausosaaminen sekä toiminta-alueensa palvelujärjestelmän hyvä tuntemus
- työparinaan osa-aikainen muistisairaiden ihmisten hoitoon perehtynyt lääkäri
- ammatillisten valmiuksien lisäksi kykyä itsenäiseen ja vastuulliseen työskentelyyn, yhteistyötaitoja, valmiutta itsearviointiin sekä taito luoda toivoa ja optimismia

Omaishoito yhteistyönä -mallin toimintaedellytykset:

- Koordinaattorilla tulee olla joustava työaika.
- Yksi omaishoidon koordinaattori kykenee tukemaan kerrallaan 50–60 omaishoitoperhettä. Vain osa näistä perheistä tarvitsee paljon apua.
- Toimintaan tarvitaan erillinen budjetti, jonka käytöstä koordinaattori ja hänen lääkäri-työparinsa vastaavat.
- Omaishoidon koordinaattori ja lääkäri tarvitsevat ainakin ensimmäisen toimintavuoden ajan jatkuvaa koulutusta ja työnohjausta uuden toimintatavan vakiinnuttamiseksi.
- Koordinaattori/lääkäri -työparin kohtalaisen itsenäisen toiminnan sulautuminen osaksi sosiaali- ja terveystoimen kokonaisuutta vaatii ammattikuvien ja vastuiden selkiyttämistä koko työyhteisössä.
- Asiakkaiden kanssa tehtävään yhteistyöhön perustuvan toimintatavan juurtuminen vaatii johtamiselta, palvelujärjestelmältä ja sen toimijoilta syvälle menevää muutosvalmiutta ja jatkuvaa itsearviointia.

OMAISHOITO YHTEISTYÖNÄ – laatua ja kustannusvaikuttavuutta

Omaishoito yhteistyönä -tutkimus toteutettiin vuosina 2004–2006 satunnaistettuna kontrolloituna interventiotutkimuksena ja laadullisena prosessitutkimuksena. Tutkimukseen osallistui 125 helsinkiläistä pariskuntaa, joissa puoliso hoiti muistisairasta kumppaniaan. Heistä puolet (n=63) oli Omaishoito yhteistyönä -intervention piirissä ja puolet (n=62) vertailuryhmässä. Tutkimuksessa selvitettiin, autoiko Omaishoito yhteistyönä -interventio

- muistisairaita ihmisiä asumaan kotona nykyistä pidempään
- parantamaan omaishoitoperheiden hyvinvointia
- kohdentamaan paremmin palveluita ja kustannuksia

Omaishoito yhteistyönä -interventiossa

- perheillä oli nimetty koordinaattori yhteistyökumppanina
- yhteistyö perustui sekä perheiden että ammattilaisten asiantuntijuuteen
- koordinaattori toimi tulkkina palvelujärjestelmän ja perheiden välissä
- koordinaattorilla oli geriatri (lääkäri) työparina
- tukitoimet olivat perhekohtaisesti räätälöityjä
- kriisitilanteet ennakoitiin ja ne ratkaistiin mahdollisimman nopeasti

Päätulokset:

- Yhteistyömalli mahdollisti pariskuntien pidemmän asumisen yhdessä kotona.
- Yhteistyön ansiosta perheet kokivat saavansa tarpeitaan vastaavia palveluita.
- Puolisohoitajien hyvinvointi ja elämänhallinta paranivat.
- Perhelähtöisesti räätälöidyt ja koordinoitut palvelut maksoivat 5 000 € vähemmän/perhe/ henkilövuosi kuin räätälöimättömät, koordinoimattomat palvelut.
- Perheiden näkökulmasta intervention oleellisimpia toimintatapoja olivat perheiden autonomian kunnioittaminen, psykologinen tuki, käytännön apu ja hienovarainen ohjaus, tuen ja palveluiden jatkuvuus sekä koordinaattorin luotettavuus.

TUTKIMUKSEN LOPPURAPORTTI: Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Savikko N, Pitkälä K. [Omaishoito yhteistyönä. läkkäiden demen-tiaperheiden tukimallin vaikuttavuus](#). Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Kirjapaino Oy 2006.

Liite 7

FinFami ry

TUNNISTA MIELENTERVEYSOMAINEN

1. ETSIVÄ OMAISTYÖ – projekti (2012–2015) Huoli puheeksi – ikääntyvän omaisasia sanoiksi

Työmenetelmiä ikääntyvien (60+) mielenterveys- ja päihdeomaisten tukemiseen ja tunnistamiseen sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa. Menetelmiä voi hyödyntää vastaanotto tai kotikäynneillä.

Malli sisältää kirjallista materiaalia:

- Etsivä omaistyö –kortti ja opas
- ABC-opas ikääntyvälle omaiselle
- Hyvinvoinnin ABC – harjoituskirja ikääntyvälle omaiselle

Lisätietoa: <http://bit.ly/1TbjcbV>

2. VIOLA - Voimaa ikääntyneen omaisen liikkumiseen ja arkeen

Tuetaan yli 65-vuotiaan kotona asuvan ikääntyvän omaisen hyvinvointia silloin, kun läheisellä on mielenterveyden ongelmia tai hän on huolissaan läheisen mielen hyvinvoinnista.

Lisätietoa: <http://bit.ly/1NOsdR4>

TUE MIELENTERVEYSOMAISTA

1. Huomioi omaiset -malli

Huomioi omaiset –malli on ammattilaisille suunnattu menetelmä omaisen tuen tarpeen arviointiin, kun läheisellä on mielenterveys ja/tai päihderiippuvuutta.

Kysy omaiselta:

1. Kuinka itse jaksat?
2. Oletko saanut riittävästi tietoa ja tukea?
3. Oletko keskustellut lasten tai muiden perheenjäsenten kanssa läheisen sairastumisesta?
4. Onko Mielenterveysomaiset Pirkanmaa – FinFami ry:n Omaisneuvonta tuttua?

Lisätietoa: <http://bit.ly/26qO2S4>

2. Prospect – vertaistukiryhmämalli – mielenterveysomaisen hyvinvoinnin polku

Koulutuksellinen kustannustehokas kymmenen koulutusmoduulin vertaistukiryhmämalli, jossa keskitytään omaisten omiin tarpeisiin, jaksamisen tukemiseen ja elämänlaadun parantamiseen. Se vähentää omaisten kuormittuneisuuden kokemusta ja parantaa heidän yleistä hyvinvointiaan.

Moduulit:

1. Toisiin tutustuminen

2. (Mitä) Olemme oppineet psyykkisistä sairauksista?
3. Paineiden tunnistaminen
4. Stressin tunnistaminen ja sen olemassaolon myöntäminen
5. Menetyksen kokeminen ja surutyö
6. Aktiiviset selviytymistaidot
7. Kypsät selviytymistaidot
8. Tukiverkoston kartoitus
9. Muutos ja tavoitteiden asettelu
10. Yhteenveto, katse tulevaisuuteen

Lisätietoa: <http://www.finfami.fi/hankkeet/prospect>

3. Auttava omainen – mielenterveysomaisille vertaistukea ja omaisneuvontaa läheisen jouduttua psykiatriseen sairaalaan

Omaisneuvonta- ja vertaistukipäivystysmenetelmä, jolla tuetaan psykiatriseen sairaalaan joutuneiden omaisia. Toimintaa toteutetaan sairaaloissa, mielenterveys- ja sosiaalitoimistoissa sekä sosiaali- ja terveysasemilla ja sillä ehkäistään omaisten uupumista ja mahdollista omaa sairastumista.

Lisätietoa: <http://auttavaomainen.fi/>