



Spetsprojekt

Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras 2016–2018

Offentliggörande av ansökan 6.5.2016

■ SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

Helsingfors 2016

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	6.5.2016
Författare	Uppdragsgivare
	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet

Promemorians titel

Spetsprojekt: Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras 2016–2018

Sammandrag

■ I denna publikation beskrivs kriterierna för försök som ska finansieras under spetsprojektet Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras 2016–2018, ansökningsprocessen samt försökens innehåll.

Nyckelord

Äldre, hemvård, närståendevård, familjevård, försök, statsunderstöd

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:48

Övriga uppgifter

www.stm.fi/svenska

ISSN-L 2242-0037

ISSN 2242-0037 (webbpublikation)

ISBN 978-952-00-3830-4

URN:ISBN:978-952-00-3830-4

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3830-4>

Sidantal

35

Språk

Svenska



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

INNEHÅLL

1 Ansökan om statsunderstöd	4
2 Statsunderstöd för I&O-spetsprojektet.....	6
Bilaga 1 Förändringsagenter till landskapen och samordnad servicehelhet	8
Bilaga 2 Försök 1: Verksamhetsmodell för centraliserad regional klient- /service- handledning	10
Bilaga 3 Försök 2: Fungerande hemvård.....	18
Bilaga 4 Försök 3: Att kombinera boende och service	21
Bilaga 5 Försök 4: Försök inom närståendevård	25
Bilaga 6 Närståendevård som samarbete.....	30
Bilaga 7 Tunnista mielenterveysomaisen (identifiera anhörig till mentalvårdspatient)	34

1 ANSÖKAN OM STATSUNDERSTÖD

Ansökan om statsunderstöd:

Finansiering för spetsprojektet:	30 miljoner euro
Finansiering till försöken:	19 miljoner euro
Förändringsagenter:	5 miljoner euro

Ansökningskriterier för försöken:

1. Relevanskriterium: inledande av försök eller verksamhet ska vara tydligt inriktat på det område som definieras i ansökningsförfarandet
2. Geografiskt kriterium: inledande av försök eller verksamhet sker på ett tillräckligt stort område (alla eller de flesta kommuner i minst ett landskap deltar)
3. Kriterium för många aktörer: kommuner/samkommuner, organisationer, företag, församlingar eller andra aktörer samarbetar när försöket genomförs i regionen

Andel statsunderstöd¹ till de sökande:

1. Kommuner, samkommuner, FPA 70–80 %
2. Privata företag² och tjänsteleverantörer samt organisationer, högst 60 %.
3. Den sökande som ansvarar för konsortiet kan också vara någon annan än en kommun.
4. Det egna arbete som de sökandes personal utför godkänns också som egen finansieringsandel för dem som deltar i ansökan.

Ansökningstidtabell:

1. Mellan den 10 maj och den 31 augusti 2016 bereder de sökande sina egna projektplaner
2. Stöd- och nätverksseminarier ordnas för de sökande
16.5.2016 kl. 12–15 Nationalmuseets auditorium
30.5.2016 kl. 12–15 Nationalmuseets auditorium
3. Ansökningstiden avslutas den 31 augusti 2016 kl. 16.15.
4. Den 1–30 september 2016 fattar SHM beslut
5. 1 oktober 2016 → Försöken inleds i landskapen

¹ Beroende på definitionerna i förordningen om spetsprojektet träder förordningen i kraft sommaren 2016.

² Privata företags möjlighet att delta avgörs i behandlingen av statens tilläggsbudget.
SHM: Spetsprojekt: Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras 2016–2018

Projektplan:

Ansökningsblanketten med projektplan och budget som bilaga ska skickas in i elektronisk form senast den 31 augusti 2016 kl. 16.15. Projektplanen ska ha beröringspunkter med de teman som redan gjorts upp för I&O-spetsprojektet, det ska framgå hur verksamheten genomförs som ett samarbete på landskapsnivå, vilka som deltar i konsortiet och deras förpliktelser samt ledaren för konsortiet. Planen ska innehålla en beskrivning av utgångsläget, hur verksamhetsmodellerna genomförs och om de åtgärder som används för att säkerställa att verksamhetsmodellerna rotar sig som en del av den normala verksamheten under och efter projektet. Ansökningsanvisningen kompletteras i samband med förordningen om statsunderstöd och utgående från de frågor som framkommer under seminarierna om ordnas för de sökande. Den kompletterande ansökningsanvisningen och ansökningsblanketten finns på adressen <http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>.

2 STATSUNDERSTÖD FÖR I&O-SPETSPROJEKTET

Förändringsagent till varje landskap – ingen separat ansökan

Under spetsprojektet bildas i varje landskap en samordnad regional servicehelhet för äldre i vilken hemvården alltid är primär. Förändringsagenten ansvarar för att fastställa helheten och för godkännandeprocessen (*Bilaga 1*). Som underlag för den regionala helheten kan man utnyttja beräknade regionala modeller och/eller modeller som är under utveckling (t.ex. EKSOTE, Kajanaland, Siunsote, Mellersta Finlands modell).

Startunderstöd beviljas under spetsprojektet till alla landskap med undantag för Nyland, där kommunerna i huvudstadsregionen (Helsingfors, Esbo, Vanda och Grankulla) får en förändringsagent och övriga Nyland en annan förändringsagent, totalt 18 + 1 förändringsagenter.

För utbetalningen av startunderstödet ombeds kommunerna i landskapen bland sig välja ut en instans som fungerar som arbetsgivare, som anmäls till SHM:s registratorskontor och som påbörjar rekryteringen av en förändringsagent. En enkät om anmälningen läggs till på spetsprojektets webbplats. Förändringsagentens lön (inom vissa gränser) ersätts till 100 % och alla förändringsagenter får en viss summa per år för verksamhetsutgifter.

Försöken riktas i enlighet med projektplanen för I&O³ in på följande helheter som man kan ansöka om statsunderstöd för

Åtgärd 1: Försök som har att göra med utveckling av hemvården för äldre

Med projektfinansieringen genomförs försök på landskapsnivå som till sitt innehåll måste passa in på någon av de verksamhetsmodeller som beskrivs i bilagorna 2–5 och kriterierna för den modellen.

1. Verksamhetsmodellen för centraliserad regional klient-/servicehandledning (nedan KAAPO, se *bilaga 2*)
2. Verksamhetsmodellen för fungerande hemvård (*Bilaga 3*)
3. Försök som kombinerar boende och service (*Bilaga 4*)

Åtgärd 2: Närståendevårdsförsök

Denna helhet omfattar huvudsakligen försök att etablera modeller som visat sig fungera (*bilaga 5*)

1. närståendevård av barn med funktionsnedsättning (ingen modell finns, måste utvecklas)
2. stöd till närstående och närståendevårdare för personer som rehabiliteras för psykisk ohälsa och missbruk (*Bilaga 6*)
3. modell med närståendevård av minnessjuk äldre som samarbete (*Bilaga 7*)
4. grundande av närstående- och familjevårdscenter i de områden där försök 1–3 genomförs.

³ Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras – Plan för spetsprojektet, tillgänglig (på finska): http://stm.fi/documents/1271139/1996957/IO_Hankesuunnitelma_25022016.pdf/a6b13b79-8a54-468a-938a-87fee3edf98c
SHM: Spetsprojekt: Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras 2016–2018

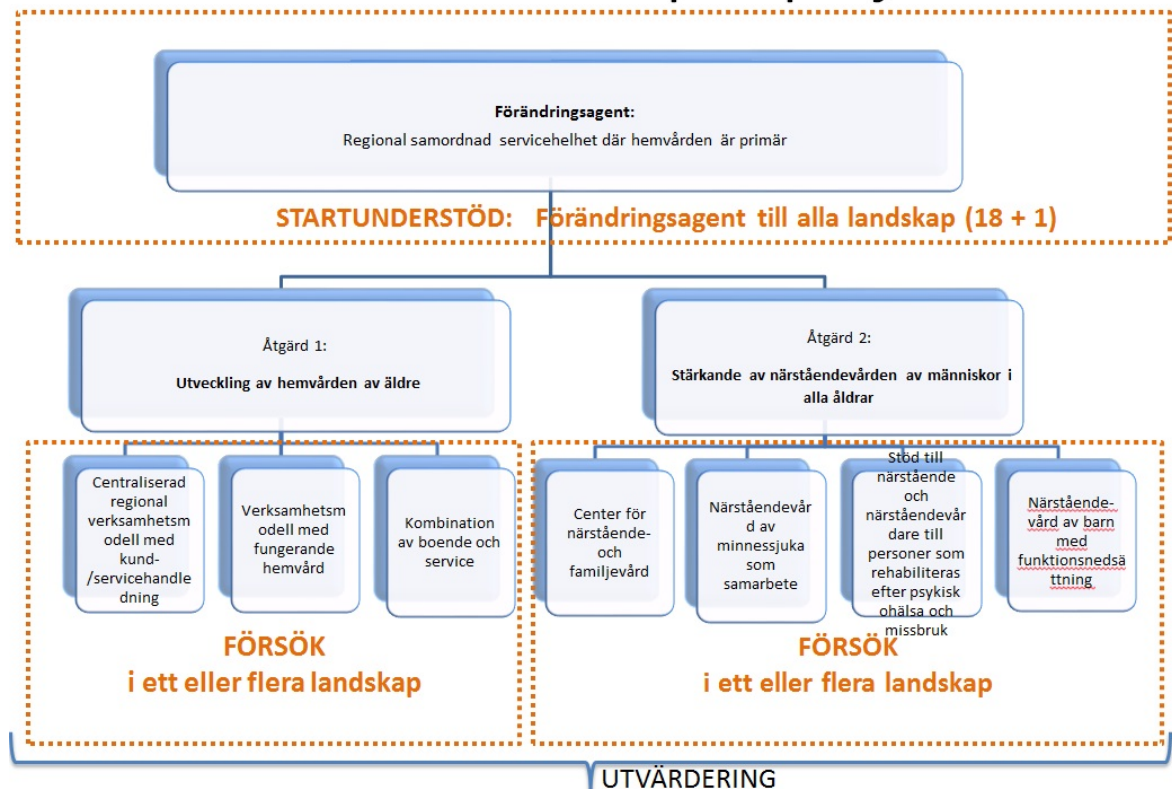
Åtgärd 3: Utvärdering av försöken, förändringsagenterna och spetsprojektet

Finansiering kan sökas för försök på landskapsnivå, för utvärdering av förändringsagentverksamheten

1. sammanställningar före - efter, utvärdering av processerna i försöken, eventuellt sammanställning av försökskontroll
2. utvärdering och utvärderingssammanställningar av införande och försök medan de genomförs (2016–2018)

samt extern utvärdering av hela I&O-spetsprojektet.

Försök inom I&O-spetsprojektet



Figur 1. Spetsprojekthelheten.

Bilaga 1 Förändringsagenter till landskapen och samordnad servicehelhet

Samordnad servicehelhet för äldre

Syftet med en samordnad servicehelhet i landskapet är att skapa en samarbetsmodell i form av ett nätverk för dem som bereder social- och hälsovårdsreformen, kommunerna och samkommunerna i landskapet, dem som producerar offentliga och privata tjänster, organisationer, församlingar, andra grupper som arbetar i regionen samt äldreåden. I bedömningen är även äldre klienters vård- och servicekedjor centrala. Det funktionella målet för servicehelheten är att öka det öppna samarbetet för att äldre ska kunna bo hemma och för att möjliggöra närstå-ende- och familjevård. Bra och fungerande exempel på regionala servicehelheter finns i EKSOTE, Kajanaland, Siunsote och Mellersta Finland. Arbetets effekt utvärderas genom invånarnas och de äldres tilltro till möjligheterna för äldre att bo och leva i landskapet.

Förändringsagent

På SHM:s initiativ anställer varje landskap en förändringsagent medan spetsprojektet pågår, med undantag för Nyland, där landskapet får en agent och huvudstadsregionen en egen förändringsagent, totalt 18 + 1. Spetsprojektet beviljar startunderstöd på 100 % för anställningen av förändringsagenten. Kommunerna och samkommunerna i landskapet väljer bland sig en instans som fungerar som arbetsgivare och väljer ut en person i landskapet som har mandat att arbeta i regionen och som är kunnig inom service för äldre och har utvecklingsiver. Förändringsagenten skapar ett nätverk av instanser som verkar i den egna regionen och diskuterar och planerar en servicehelhet för äldre i landskapet. Förändringsagenten ska ha samarbetsförmåga och fokusera på att hitta lösningar, själv tro på förändring och besitta såväl förmåga som metoder att föra förändringen och utvecklingen framåt.

Förändringsagentens uppgift är bl.a. att

1. bygga upp och etablera en regional samordnad servicehelhet för äldre
2. leda förändringen
3. inspirera och motivera alla aktörer i landskapet till förändring
4. styra en informationsbaserad förändring genom att behärska den regionala kunskapsbasen och förstå områdets historiska utveckling
5. stöda försöken inom I&O-spetsprojektet i områden där sådana förekommer.

Resultatet av förändringsagentens arbete är en skriftlig verksamhetsplan för att kombinera boende och service för äldre i landskapet som godkänts av regionens aktörer och som omfattar uppföljning av genomförandet av verksamhetsplanen (jfr 5 § i äldreomsorgslagen 980/2012)

Stöd till förändringsagenterna

Förändringsagenterna får stöd i förändringen, utbildning och nätverkar sinsemellan (THL, SHM, andra aktörer, eventuellt konkurrensutsättning av förändringen) samt uppmanas till samarbete med SOTE-förändringen (SOTE-projekt på landskapsnivå och samarbete med dem som leder förändringen i dem). Den personliga förberedelsen för förändringsagenten och förberedelsen för teamet sköts genom inriktad handledning under hela projekttiden och deras verksamhet utvärderas och följs upp.

För att få en början på verksamheten i landskapet ordnas landskapsrundor (SHM och THL) i alla landskap juni–december 2016. Varje landskap får egna regionprofiler över statistik och forskningsuppgifter som finns att tillgå (THL). Det är önskvärt att representanter för kommuner, serviceproducenter och sjukhus samt andra aktörer som arbetar med äldre inkl. äldreråd, organisationer samt nationella och landskapsaktörer deltar i landskapsrundorna.

I spetsprojektet sammanställs befintliga nätverk till stöd för informationsförmedling och samarbete. Dessutom bildas ett nätverk och stödnätverk för förändringsagenterna samt stödnätverk för försöken.

Bilaga 2 Försök 1: Verksamhetsmodell för centraliserad regional klient-/servicehandledning

I försöken med att utveckla en verksamhetsmodell för centraliserad regional klient-/servicehandledning (nedan *KAAPO*) strävar man efter ett öppet samarbete i regionen och mellan aktörer för att stöda äldres boende hemma och få dem att klara vardagen bättre.

1. Försöket genomförs i ett landskap och alla eller de flesta kommuner i landskapet deltar i det.
2. Verksamhetsmodellen omfattar många aktörer, inklusive privata och offentliga aktörer samt organisationer som är verksamma i landskapet.

Målsättning med KAAPO-försöket

Skapa en verksamhetsmodell som utvecklar struktur och innehåll för klient- och servicehandledning och som

1. stärker befolkningens tilltro till tillgången på hjälp och service,
2. stöder äldres boende hemma och vardag genom att erbjuda råd, handledning och tjänster för identifierade behov,
3. handleder klienten till de tjänster som behövs, och
4. främjar äldre personers delaktighet och möjlighet att påverka serviceprocesserna som ska svara på behovet av hjälp och tjänster.

Definition av KAAPO

KAAPO är en central del av servicesystemet för äldre i landskapet/det självstyrande området. Det är en rådgivning för äldre som behöver hjälp och ordnar och koordinerar tjänster samt följer med klientens servicevägar, inkl. närståendevården, och fungerar i samarbete med olika instanser och myndigheter i regionen. De äldres servicebehov behandlas via KAAPO: även om servicebehovet skulle ha uppstått någon annanstans (exempelvis på sjukhus eller en hälso-centralläkarens mottagning), har KAAPO ändå rollen som koordinatör.

Klient-/servicehandledningens basfunktioner och struktur

Rådgivningsdelen

- Uppgifter: förmedla information om lika förmåner och tjänster (inkl. aktiv informationssökning och självutvärdering av situationen), utredning av situationen, fortsatt handledning
- Beslutsfattande: skickas klienten vidare eller fortsätter man med servicehandledning?
- Informationsförmedling: ingen identifiering eller dokumentation, om man inte fortsätter till servicehandledningen (eller lätt identifiering?)
- Följer upp: bl.a. ålder, kön, antal kontakter, väntetid för att få kontakt, orsak till att man tog kontakt, vart man hänvisades, antal gånger sidan och självutvärderingsblanketten laddats

Servicehandledningsdelen

- Uppgifter: utvärdera servicebehovet (genom hembesök), konsultation i specialkunnande, utarbeta serviceplan, ordna tjänster, koordinera utskrivning
- Beslutsfattande (och/eller anhängiggörande): tjänster, avgifter, avtal om närståendevård, utnämning av servicekoordinator, utnämning av egen kontaktperson?
- Informationsförmedling: när klientrelationen uppstått, registrering av uppgifter i gemensamma serviceplanen, gemensamt (kompatibelt) datasystem mellan olika instanser
- Följer upp: bl.a. tiden från att servicebehovet utvärderas till att tjänsterna inleds, tiden som går åt till beslutet om service, antalet avtal om närståendevård, antal avslag, antal nya klienter

Delen för koordinering och uppföljning av tjänster

- Uppgifter: koordinering av servicehelheterna, uppföljning av tjänsterna och kvalitets-tillsyn, ny utvärdering av servicebehovet, konsultation i specialkunnande
- Beslutsfattande: ny utvärdering av servicebehovet, fortsättning, ändring, avbrytande och beslut om tjänsterna, avslutande av klientskap
- Informationsförmedling: serviceproducenterna registrerar uppgifterna i en gemensam serviceplan, gemensamt (kompatibelt) datasystem
- Följer upp: bl.a. att tjänsterna genomförs, målsättningarna uppnås, antalet besök på jourpoliklinik och sjukhus, antal avslutade klientskap

Centrala element i verksamhetsmodellen för klient- och servicehandledning

Ansvar för ordnandet: Landskap/region

Målgrupp

- Alla medborgare kan kontakta KAAPO
- Myndigheter och yrkesutbildad personal inom tjänster för äldre

Klienten

- Låg tröskel och principen om ett serviceställe, det vill säga att det räcker med att man tar kontakt en gång för att processen ska inledas: från identifiering av servicebehovet till att problemet är löst
- Tillgänglighet 24/7 (jour, socialjour eller annat alternativ)
- Jämlikhet: enhetliga "kriterier"/principer för att tjänster ska beviljas och för klientavgifterna
- Lätthet: smidigt och klientcentrerat, många kontaktkanaler, elektroniska tjänster, möjlighet att jämföra olika tjänster
- Målinriktning: de mål klienten satt upp för sig själv styr verksamheten; klientens behov och önskemål prioriteras
- Informationsförmedling: information som är väsentlig för kontinuiteten i vården och tjänsterna går smidigt mellan den som anordnar tjänsten och tjänsteproducenterna, den hjälpbehövande fungerar inte som "informationsförmedlare". Målet är att klienten bara ska uppgå en viss uppgift en gång.

Organisationen

- **Ansvar**
 - för utvärdering av servicebehovet och för att inleda processen
 - för att utarbeta serviceplanen och följa upp genomförandet
 - för klientens servicehelhet (offentliga, privata, tredje sektorn)
 - för tillsynen av tjänsternas kvalitet
- **Information och dokumentering:** gemensam serviceplan, kompatibla datasystem
- **Jämlikhet:** klientsegmentering, enhetliga utvärderingsmetoder
- **Yrkesmässig kompetens:** utvärdering och utveckling av mångsidig yrkesmässig kompetens
 - dela kunnande och få specialkunnande
 - överenskomna spelregler och konsultationspraxis; elektronisk konsultation, distanstjänster
- **Flera producenter** i genomförandet av tjänsterna
- **Koordinationsroll:** den hjälpbehövande kommer och går vidare till tjänster via KAAPO (t.ex. från hälsocentralläkare eller sjukhus till KAAPO, från KAAPO till hemvården eller jourpoliklinik); upprätthållande att servicekarta, när inleds och när avslutas en viss tjänst; vem omfattas av tjänsterna.

Kontakt

- Den äldre själv, en närstående, en granne el.dyl, en yrkesutbildad person eller en myndighet tar kontakt
- Per telefon (ett nummer, möjlighet till tillbakaringning), elektroniskt och/eller på plats
- Aktiv informationssökning på webbplatsen:
 - på webbplatsen finns bl.a. kontaktuppgifter, en förteckning över tjänster, tjänstebeskrivningar, kriterier för att få tjänsterna, prislista, möjlighet att jämföra pris och kvalitet, blankett för "självutvärdering av servicebehovet"

Kritiska faktorer och vanliga problem i servicehandledningen

- Förekomsten av en förteckningen över tjänster: KAAPO kan inte fungera utan en fungerande lista över de tjänsteproducenter som är verksamma i landskapet
 - kvalitetskriterierna för serviceproducenter har definierats
 - möjlighet för serviceproducenterna att enkelt kunna lägga till/ändra sina uppgifter i registret
 - KAAPO behöver också information om t.ex. lediga rum på serviceboenden eller lediga platser i olika grupper
- informationsförmedling mellan serviceproducenterna och KAAPO
 - man måste komma överens om vilka uppgifter som dokumenteras, när och var
 - elektroniskt system som serviceproducenterna enkelt kan registrera uppgifter i (t.ex. hembesök, uppgifter som motsvarar häftet för meddelanden)
 - förutsättning att hanteringen av åtkomst fungerar: rätt personer får tag på uppgifterna, men ingen annan
- för koordineringen av serviceproducenterna behövs en kalender i systemet, till exempel för den som använder tjänsten och som den hjälpbehövande, serviceproducenterna, KAAPO och anhöriga har tillgång till

Klientskapet

KAAPOs klienter består både av de egentliga hjälpbehövande, men även närståendevårdarna blir klienter: de använder också tjänsterna i rollen som närståendevårdare (t.ex. hälsogranskningar, ledigheter). Klientskapet i KAAPo kan uppstå genom att den som behöver hjälp själv tar kontakt eller i och med att en närstående, yrkesutbildad person eller en myndighet upptäcker ett hjälpbehov (t.ex. hälsocentralläkare, hälsovårdare, utskrivningssköterska på sjukhus, polisen).

Följande kräver definition:

- När klientskapet bildats, överförts och avslutats, identifiering: när?
 - redan i rådgivningsskedet eller först när man beslutar närmare utvärdera behovet av hjälp?
- tar man i identifieringen av hjälpbehovet hjälp av frågor om t.ex. ensamboende, närståendehjälp, funktionsförmåga, eller bygger utvärderingen på den anställdas yrkeskunnighet och övervägande?
- hur går man till väga om den som ringer är någon annan än den hjälpbehövande?
- registrering av uppgifter, när dokumenteras vilken information och var?
- överförs klientskapet i något skede någon annanstans, till exempel hemvården?
- hur fungerar klientskapet med andra social- och hälsovårdsaktörer, till exempel från sjukhuset till KAAPo?
- avslutar KAAPo klientskapet när servicebehovet upphör?

KAAPo-processen

Uppföljning av verksamheten: hur följer man upp förändringar i klientens hälsa och servicebehov eller att alla avtalade tjänster produceras som avtalat och målsättningarna uppnås?

Aktörer i KAAPo-processen

Servicehandledare

- Utbildning: yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal med lämplig yrkeshögskoleexamen eller examen på institutnivå.
- Andra förutsättningar: gedigen praktisk erfarenhet, kännedom om verksamhetsmiljön och den lagstiftning som behövs samt vid behov tilläggsutbildning/fortbildning. Servicehandledarna kan även ha viss specialkompetens exempelvis om närståendevård.
- En servicekoordinator som kan utses (utgående från bestämmelserna i socialvårdslagen?) för klienter som behöver många olika typer av hjälp och stöd.
 - det ska fastställas hur mycket hjälp och stöd klienten behöver.

Experter

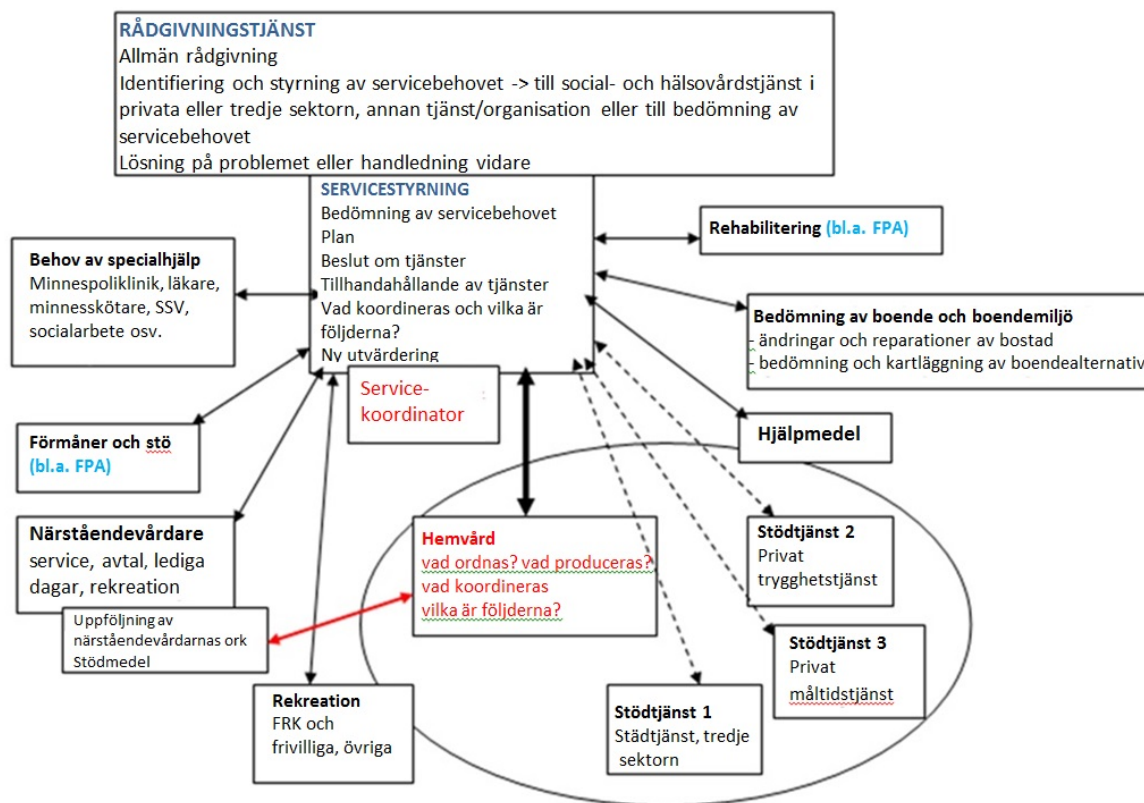
- Till stöd för klient- och servicehandledningsenheten finns expertkunnande såsom socialarbete, gerontologisk kunskap samt expertis om minnessjukdomar, rehabilitering, mental ohälsa och missbruk, hjälpmedel, ändringar i hemmet och (gero)teknologi, boende (olika boendeformer, vård dygnet runt) samt närståendevård och -vårdarskap och familjevård.
- expertisen kan finnas i samma servicepunkt som klient- och servicehandledningsenhetens KAAPo eller i närområdet (rörliga tjänster, distanskonsultation)
- avtalade konsultationsbesök mellan olika instanser

Samarbetspartner och intressentgrupper

- Personalen på sjukhus (utskrivning), inom öppna hälsovården och socialväsendet
- Serviceproducenternas personal (offentliga, privata, tredje sektorn)
- Landskapets aktörer (bl.a. myndigheter, posten), frivilliga
- Hjälpbehövande och närstående

Bland serviceproducenterna eller hjälpgivarna kan en egen kontaktperson utses åt klienten som ansvarar för att följa med hjälptagarens dagliga situation och meddela servicehandlingen om situationen förändras. En egen kontaktperson fastställs enligt klientens servicebehov och kan bytas ut om servicebehovet ändras. Den egna kontaktpersonen kan till exempel utgöras av en närstående, hemsjukhusvårdare, socionom, geronom, fysioterapeut, minnesskötare eller någon annan av serviceproducentens anställda som känner till den hjälptagandes situation.

Tabell 11. Begrepp och vokabulär för KAAPO	
Klientrelation	En klientrelation uppstår när man identifierar att någon behöver service
Klientskap	Klientskap uppstår när man kontaktar KAAPO
Kontakt	Man kan kontakta KAAPO per telefon, elektroniskt eller ett besök på plats. Den som behöver tjänsten eller någon som känner till en potentiell hjälptagares behov (bl.a. närstående, bekant, aktör inom social- och hälsovården, myndighet) kan ta kontakt.
Rådgivning	Omfattar tjänster som främjar allmänt välbefinnande och hälsa samt rådgivning som har att göra med socialskyddet. I rådgivningsskedet kan klienterna skickas till en noggrannare utredning av servicebehovet (se servicehandledning) eller till andra tjänster (t.ex. kommunens motionstjänster, tjänster som erbjuds av frivilliga eller privat)
Servicehandledning	Servicehandledningen är en process vars uppgift är att utreda den hjälpbehövandes individuella servicebehov och de tjänster som bäst passar ihop med dem. Detta görs tillsammans med klienten och/eller anhöriga.
Bedömning av servicebehov	En äldre persons behov av social- och hälsovård och av annan service som stöder hans eller hennes välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand görs i samarbete med personen själv och vid behov med hans eller hennes anhöriga eller närstående eller med en intressebevakare som har förordnats för honom eller henne. En anställd med omfattande sakkunskap och sådan lämplig behörighet som avses i lagen om behörighetsvillkoren för yrkesutbildad personal inom socialvården (272/2005) eller i 2 § i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) ska ansvara för utredningen av servicebehovet. Servicebehovet bedöms med hjälp av tillförlitliga och mångsidiga metoder. (Äldreomsorgslagen)
Serviceplan	Utifrån bedömningen av en äldre persons funktionsförmåga bestäms i serviceplanen hurdan helhet av social- och hälsovårdstjänster som behövs för att stödja den äldre personens välbefinnande, hälsa, funktionsförmåga och förmåga att klara sig på egen hand och för att garantera att han eller hon får en god vård. Man ska rådgöra med den äldre personen och vid behov med hans eller hennes anhöriga eller närstående eller med en intressebevakare som har förordnats för honom eller henne om alternativen för att åstadkomma denna helhet. Den äldre personens synpunkter på alternativen ska tas med i planen. Serviceplanen ska ses över om personens servicebehov eller omständigheter förändras samt även annars vid behov (Äldreomsorgslagen)
Servicekoordinator	En servicekoordinator som ordnar, koordinerar och följer upp servicehelheten kan utses för klienter som behöver många olika typer av hjälp och stöd.
Egen kontaktperson	En egen kontaktperson som har utsetts åt klienten och som ansvarar för att följa med hjälptagarens dagliga situation i sin helhet. Den egna kontaktpersonen fastställs enligt servicebehovet och kan bytas ut om servicebehovet ändras. Den egna kontaktpersonen kan till exempel utgöras av en närstående, hemsjukhusvårdare, socionom, geronom, fysioterapeut, minnesskötare eller någon annan av serviceproducentens anställda som känner till den hjälptagandes situation.



Figur 1. Struktur och funktioner i den centraliserade klient-/servicehandledningen.

Ytterligare information:

I Australien övergick man till centraliserad klient-/servicehandledning 2015, och deras nationella verksamhet påminner väldigt mycket om KAAPPO-modellen ovan. Mer information på följande adress: <http://www.myagedcare.gov.au/>

TAMMERFORS

Patronen M, Hämläinen J, Sola J, Leisio J, Koistinen T, Holja T. Palvelutori Ohjaus- ja neuvontapalvelu ikäihmisille (Servicetorg Handlednings- och rådgivningstjänst för äldre). Sitran selvityksiä 82, 2015, http://www.sitra.fi/julkaisut/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksia82_uud_p.pdf

Kotitoris webbplats: <http://www.tampereenkotitori.fi/>

Broschyr om Kotitori: <http://www.tampereenkotitori.fi/esite20022014>

LAHTIS och HEINOLA

Klienthandledningsenheten Siiri:

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

Rådgivningstjänsten Palvelusantra: <http://www.palvelusantra.info/>

KASTE STM.fi/kaste IKÄPALO–PROJEKTET: Kohtaa & Innosta Käsikirja tavoitteellisen neuvonnan ja palveluohjauksen mallin suunnitteluun ja käyttöönottoon (Möt & Inspirera Handbok för att planera och införa modellen för målinriktad rådgivning och servicehandledning). <http://docplayer.fi/447759-Kohtaa-innosta-kasikirja-tavoitteellisen-neuvonnan-ja-palveluohjauksen-mallin-suunnitteluun-ja-kayttoonottoon-ikapalo-hanke-kohtaa-innosta.html>

SHM: Spetsprojekt: Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras 2016–2018

EKSOTE

Servicehandledning och rådgivning (på finska):

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

Servicecentret Iso Apu

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 (Ett helt liv hemma – Utvecklingsprogram för service för äldre i Södra Finland 2013–2015). Delhelhet av Eksote, slutrapport 15.12.2015.

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

Tarja Viitikkos förslag: Terveyttä ja hyvinvointia yhdessä! (Hälsa och välbefinnande tillsammans!) Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystiimi. 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 (Utvecklingsprogrammet Ett helt liv hemma för service för äldre i Södra Finland 2013–2015). Slutrapport 2015. KASTE stm.fi/kaste

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

Borgå

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

Övrigt

Palveluohjauksen käsikirja, artikkelikokoelma taustoista ja käytännöistä (Handbok om servicehandledning, artikelsamling om bakgrund och praxis) Kanta-Hämeen Pitsi-hanke 2011–2013, Väli-Suomen Ikäkaste – Äldre kaste II –hanke 2011–2013.

Bilaga 3 Försök 2: Fungerande hemvård

Verksamhetsmodellen Fungerande hemvård

Verksamhetsmodellen för fungerande hemvård söker efter öppet samarbete för att göra det möjligt att bo hemma:

1. Alla eller de flesta kommunerna i ett landskap deltar
2. Verksamhetsmodellen omfattar många aktörer, inklusive privata och offentliga aktörer samt organisationer m.fl.

Målsättning med hemvårdsförsöket

Skapa en verksamhetsmodell som utvecklar konkret innehåll i hemvården och som tryggar att äldre kan bo hemma trots sjukdom och funktionsnedsättningar. Målet med verksamhetsmodellen för hemvård är att klienten och de närstående ska känna ökad trygghet och tilltro till att den äldre klarar sig hemma.

Grundelementen i fungerande hemvård

Fungerande hemvård utgörs av fyra huvudprinciper: hemvården erbjuds dygnet runt, hemvårdspersonalen är delaktiga i utvecklingen av sitt arbete, verksamhetsmodellen både för rehabilitering och akuta situationer har utvecklats och används.

Hemvården är tillgänglig 24/7.

- hemvårdsservicen är vid behov tillgänglig alla tider på dygnet
- verksamhetsstyrning

Hemvårdspersonalen deltar i utvecklingen av sitt eget arbete och hemvårdens ledning

- ledningsmodeller som involverar personalen används (lean)
- uppföljningsmetoder för hemvården utvecklas och effektiva processer härleds
- betoning av närvårdarnas roll
- flexibel utformning av arbetspassen (t.ex. 10–12 timmars pass, jfr. försök i Helsingfors)
- klienten får besök av en person eller besök från två olika yrkesgrupper
- arbetstekniker, arbetshälsa och arbetssäkerhet i hemförhållanden
- multiprofessionella team stöder hemvården
- logistik för det administrativa arbetet, vårdutrustning m.m.
- samarbetsätt med andra aktörer, lindrande av äldre klienters ensamhet
- utbildning och rådgivning, nätverkande

Rehabiliterande verksamhetsmodeller har införts i stor omfattning

- intensifierad rehabilitering efter sjukhusvård, jfr. hemrehabiliteringen i EKSOTE
- särskilt rehabiliteringsteam
- fysioterapi och konsultation av rehabiliteringspersonal och gemensamma besök, utbildning
- samarbete med andra rehabiliteringsaktörer i regionen
- FPA, veteranernas hemvård, privat hemvård m.fl.
- Integration främjar social rehabilitering (jfr. EKSOTE Arjen Olohuone)

Verksamhetsmodell för akutsituationer är fastställd och används

- läkarkonsultation ska vara möjlig och tillgänglig 24/7
- gemensamma datasystem
- telefon för hemvårdens kamratstöd
- akutvårdssamarbete
- sjukhussamarbete - beredskap för hemkomst
- samarbete mellan socialjouren - hälsovårdsjouren
- kontakt med klient-/servicehandledningen 24/7?
- samarbete om säkerhetsfrågor (Brand- och räddningsväsendet)
- uppföljning av vårdkedjorna för jour- och sjukhusbesök
- hemsjukhus, terminalvård
- missbruks- och mentalvårdsklienter (akut eller fortsatt?) (tvåpersonersbesök?)

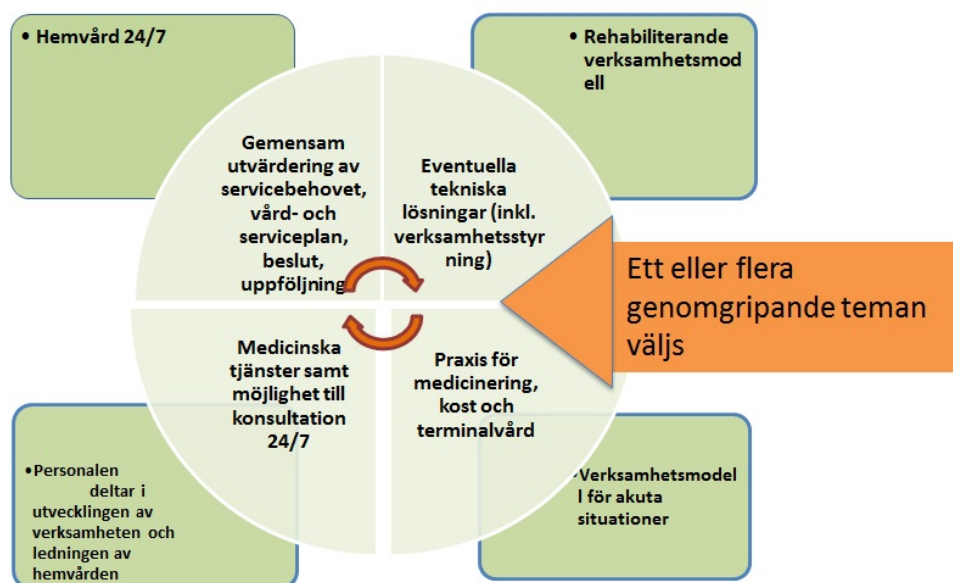
Genomgripande principer i hemvårdsförsöket (projektplanen ska beakta en eller flera)

1. Utvärdering - uppföljning - beslut om servicebehovet (om inte KAAPO finns på försöksområdet)
 - a. gemensamma utvärderingsmetoder
 - b. metoder för att identifiera, fortsätta och avsluta klientskap
 - c. identifiera möjligheten till rehabilitering
 - d. klientens näringsstatus
2. Tekniska lösningar
 - a. inkl. verksamhetsstyrning om inte centraliserade klient-/servicehandledningen ansvarar
 - b. geroteknologi
 - c. armband som stöder letande, trygghet m.m.
 - d. internetanslutning till hemvården
 - e. gemensamma datasystem i landskapet
 - f. teknik som stöder närståendevård (närståendevård på distans)
 - g. tekniska lösningar som stöder minnessjuka som bor hemma
 - h. utvecklingsarbete behövs, utbildning i användningen
3. Medicineringspraxis (apotekets läkemedelsdistribution, farmaceutservice, kompetens, identifiering av läkemedelsbiverkningar, arbetsplatsutbildning)
 - a. verksamhetsmodell för utvärdering av totala läkemedelskonsumtionen (t.ex. Fimea, UEF)
 - b. apotekets dosdispensering
 - c. farmaceutkonsultation om många mediciner används
 - d. hemtransport av läkemedel (Posten m.fl.)
 - e. samarbetsformer och -utbildning
4. Näringspraxis
 - a. senaste informationen om den äldres kost
 - b. konsultation av näringsterapeut, näringsterapeuten utvärderar beställningarna från måltidsservicen och kostens innehåll
 - c. samarbete och utbildning

5. Terminalvård
 - a. boende hemma så länge som möjligt
 - b. specialgrupp inom terminalvård
 - c. utbildning i terminalvård och mötet med en döende
 - d. informationsförmedling
 - e. arbetsplatsutbildning

6. Klienternas boende- och hjälpmiljöer (förändringsagenten, KAAPO, kommunerna)
 - a. samarbete med MM:s IkäASKE, minnesbyar, familjevårdsbyar
 - b. samarbete med VTKL:s renoveringsrådgivning
 - c. samarbete Leader-verksamhet, byarnas allt i allo börjar med hemhjälp igen

Figur 1. Fungerande hemvård och valfria genomgripande teman



Figur 1. Fungerande hemvård och valfria genomgående teman.

Bilaga 4 Försök 3: Att kombinera boende och service

Bakgrund till integreringen av boende och vård/tjänster

För fungerande samordning av boende, vård och tjänster krävs nya slags lösningar utöver det traditionella effektiverade serviceboendet. Exempel på detta är servicekvarter, minnesbyar och familjevårdsbyar. Till ett servicekvarter hör olika boendeformer såsom kollektivboende, vanligt seniorboende och serviceboende. I olika tätorter/kommuner behövs koncept som lämpar sig för dem och för befolkningens behov och som samordnar boende och serviceutbud.

I en äldrevänlig miljö kan invånarna åldras i ett bekant bostadsområde och förbli delaktiga. Fungerande boende och tillräcklig service är förutsättningar för kvarboende (ageing in place). Serviceområdena har vanliga bostäder, seniorhus, gruppboenden och serviceboenden samt boende- och vårdtjänster samt andra tjänster som främjar hälsa och välbefinnande. Ett äldrevänligt bostadsområde och serviceområde bildas genom ett samarbete mellan kommun, organisationer och företag samt frivilligverksamhet. Bostadsområdet utvecklas som en helhet.

Målsättningar och kriterier för försöken

I försök med boende i spetsprojektet kan målsättning vara både nivån på ett bostadsområde och olika boendelösningar som kombinerar vård eller en del/någon av dessa. Målet är att skapa verksamhetsmodeller och boendekoncept som motsvarar den åldrande befolkningens behov i olika kommuner och landskap. I försöket finansieras utvecklingsarbete, men inte byggnadsinvesteringar. Försöken förutsätter inte nödvändigtvis aktörer som omfattar hela landskapet. De som deltar i försöket kan komma från olika landskap.

Genomgripande principer i verksamhetsmodellerna för boendeförsöken

1. samarbete mellan kommunerna t.ex. regionalt samarbete eller samarbete mellan flera kommuner som är intresserade av att utveckla temat i fråga
2. aktörerna som deltar i försöket förutsätts vara starkt engagerade i samarbetet
3. heltäckande modeller för nya slags lösningar och verksamhetssätt, exempelvis planering av byggnader och funktioner i förhållande till det befintliga byggnadsbeståndet och den befintliga verksamheten
4. stärkt samarbete mellan kommunens olika förvaltningar och aktörer (organisationer, företag och frivilligsektorn)
5. koncept görs upp för modeller för aktiv delaktighet bland äldre (t.ex. kommunens äldreråd, invånarråd)
6. försöket underlag för en befintlig plats (bostadsområde, byggnad och/eller projekt)
7. innovativitet i genomförandet: utnyttjande av internationella exempel och forskningsdata

Huvudteman i försökets innehåll

Försöket har två huvudteman: Äldrevänligt bostadsområde/serviceområde och Nya lösningar som kombinerar boende och vård. I försöket kan man välja ett tema eller båda, då väljer man en relevant lösning att utveckla för det senare.

Utveckling av äldrevänligt bostadsområde/serviceområde

Principer för utvecklingen

- Temana och kriterierna för WHO:s äldrevänliga stad (miljö och offentliga byggnader, trafik, boende, deltagande, respekt och delaktighet, deltagande i samhället och arbetslivet, informationsförmedling och social- och hälsovårdstjänster)
- metoder för äldrevänliga bostadsområden med i kommunens strategier och verkställighetsplaner
- främjande av funktionaliteten i boendet och livsmiljön, tillgång på tjänster för äldre, närservice och andra tjänster
- utnyttjande av offentliga byggnader med tanke på äldre
- utnyttjande av olika aktörers resurser och kamratskap
- stärka social gemenskap, frivilligverksamhet och generationernas samhörighet.

Utveckling av nya lösningar som kombinerar boende och vård

A. Service/hybridkvarter

Principer för utvecklingen

- bra åtkomlighet och centralt läge, nära till service, mer integrering i boendemiljön och verksamheten i närmiljön
- olika boendialternativ ska svara på de behov de äldre i kommunen har, möjliggöra boende resten av livet
- nyproduktion, renoveringsobjekt eller en kombination av dem, del som genomförs med ARA-finansiering
- verksamheten och behovet ska samordnas, personalen ska ha kundcentrerade arbetssätt
- trygghet av ekonomisk hållbarhet för verksamheten
- skapa nätverk för kommunens, privat sektorns och organisationssektorns verksamhet
- omfattande utnyttjande av gemensamma utrymmen och olika metoder för att stärka social gemenskap

B. Minnesby

Principer för utvecklingen

- placeringen och storleken motsvarar behoven och stöder normalitet, nyproduktion eller renoveringsobjekt eller en kombination av dem
- lokalerna och utomhusmiljön stöder minnessjuka
- utveckling av integrerat verksamhetssätt och integrerad verksamhetskultur: vanliga livet och individuella behov beaktas och anställda och boende bemöts jämlikt
- stöd av välmående och funktionsförmåga genom mångsidig verksamhet
- smågruppsboende enligt behov och livshistoria
- utnyttjande av teknologi.

C. Familjevårdsby

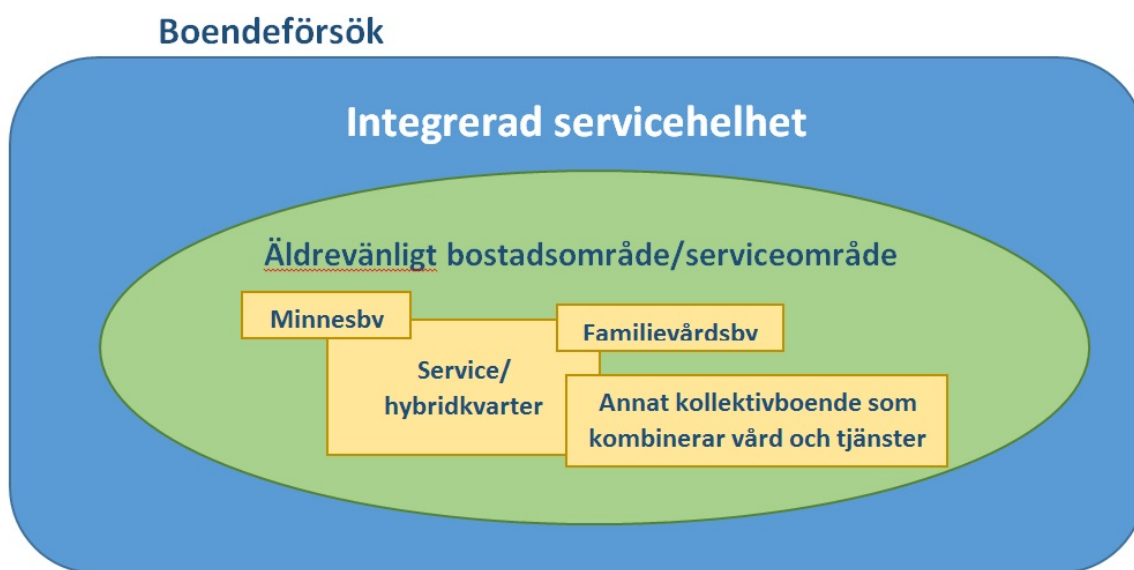
Principer för utvecklingen

- lämplig definition av klientgrupp och anslutning av lösningen till servicestrukturen
- fastighetens placering och storlek i en tätort stöder integration i närmiljön
- fysiska lokaler (personliga och gemensamma) och flexibla lokaler stöder välbefinnandet
- verksamhetssätten stöder de boendes aktivitet och välbefinnande, frivilligverksamhet utnyttjas.

D. Annat kollektivboende som kombinerar vård och tjänster

Principer för utvecklingen

- boendets besittningsform enligt behoven i regionen (ägar-, bostadsrätts-, hyres- eller delägarboende)
- objektets placering, storlek och utförande stöder integration i närmiljön
- framtida boende/målgruppen delaktig i planeringen och genomförandet samt i planeringen av tjänster och vård
- lokalernas flexibilitet stöder utbudet av tjänster och stöd.



Figur 1. Helhet med boende och tjänster i området.

Ytterligare information:

Programmet för att förbättra äldres boende 2013–2017

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

Hynynen, Raija (red.) Palvelualueen ja ikäystävällisen asuinalueen kehittäminen. Miljöministeriets rapporter 5/2015

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

SHM: Spetsprojekt: Hemvården för äldre utvecklas och närståendevården för alla ålderskategorier förbättras 2016–2018

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.

Bilaga 5 Försök 4: Försök inom närståendevård

Verksamhetsmodeller för närståendevård

I etableringen av I&O-spetsprojektets verksamhetsmodeller för närståendevård och verksamhetsmodellen för närståendevård av barn med funktionsnedsättningar letar man efter öppet samarbete som stöder och utvecklar närståendevården. Målet är att etablera verksamhetsmodeller som testats tidigare i nya regioner och utveckla verksamhetsmodellen för närståendevård av barn med funktionsnedsättningar. Utöver offentliga aktörer deltar organisationer och andra aktörer i genomförandet av verksamhetsmodellerna.

Målsättning med etableringen och utvecklingen av verksamhetsmodeller för närståendevård

Konkreta verksamhetsmodeller som stärker närståendevården etableras och skapas. De tryggar att äldre, mentalvårds- och missbrukarpatienter som får rehabilitering och barn med funktionsnedsättningar får bra vård och omsorg av närstående hemma samt stöder närståendevårdarna i deras uppgift. Målet är också att öka närvården av personer i alla åldrar och familjevård av äldre (som även stöder närståendevården).

Etablering och skapande av verksamhetsmodeller som utvecklar stödet till närståendevården

Verksamhetsmodeller för närståendevård med flera genomgripande teman (A) och tre verksamhetsmodellförsök (B) etableras och skapas

A. Genomgripande principer i verksamhetsmodellerna för närståendevård

1. Bedömning av vårdtagarens och vårdarens servicebehov, planering och uppföljning av tjänsterna
 - a. gemensamma och mångsidiga bedömningsmetoder av (fysisk, psykisk, kognitiv, social) funktionsförmåga och servicebehovet (inkl. boendemiljöer). (Mätarna och rekommendationerna i databasen TOIMIA eller andra tillämpliga och allmänt använda omfattande och pålitliga mätinstrument används)
 - b. utveckling av gemensamma kriterier för beviljande av stöd för närståendevård
 - c. gemensamma metoder för att kartlägga närståendenätverket (SVL 43 §), identifiera närståendevårdsituationen, fortsätta med och avsluta närståendevård
 - d. KAAPO (om det finns i regionen) gör en service- och vårdplan, fattar servicebeslut och granskar service- och vårdplanen för äldre personer. I regionen kan man avtala att KAAPO ansvarar för ovan nämnda uppgifter även när det gäller mentalvårds- och missbrukspatienter som rehabiliteras
 - e. beaktande av särskilda behov hos olika åldersgrupper som får vård
2. Förberedelse och tilläggsutbildning/arbetshandledning
 - a. förberedelse för närstående och sådana som är intresserade av att bli närståendevårdare, förberedelse innan man blir närståendevårdare, förberedelse och utbildning/arbetshandledning medan man är närståendevårdare, förberedelse för familjevårdare av äldre

- b. elektronisk förberedelse på distans ett alternativt sätt att genomföra förberedelsen och tilläggsutbildningen
3. Undersökningar av välmående och hälsa och rehabilitering av vårdare och vårdtagare
 - a. granskning av en yrkesutbildad person inom hälsovården som är insatt i de specialfrågor som gäller närståendevård
 - b. utvärdering av närståendevårdarens ork bl.a. med hjälp av Cope-index och utvärdering av servicebehovet
 - c. COPE-index finns på webben:
<https://helda.helsinki.fi/handle/10138/28272>
 - d. identifiera möjligheterna med rehabilitering
 - e. elektronisk hälsogranskning som screeningmetod för den granskning en yrkesutbildad person inom hälsovården gör (ett alternativ till genomförandet av undersökningen av välmående och hälsa)
 - f. vid behov hänvisning till kommunens eller FPA:s rehabilitering
 - g. sjukhuset ger handledning i effektiverad rehabilitering och närståendevård som främjar funktionsförmågan i samband med återkomsten till närståendevården
 - h. statistik, uppföljning, utvärdering av undersökningarna
4. Vikariat för ledigheter
 - a. mångsidiga alternativ, däribland familjevård av äldre
 - b. KAAPO (om det finns i regionen), digitala lösningar (t.ex. information om serviceproducenter för tidpunkten i fråga och egen reservering av vikarier)
 - c. flexibel indelning av ledigheter (kommunens och vårdarens avtal)
5. Center för närstående- och familjevård
 - a. rådgivning och arbetshandledning till dem som vårdar sina närstående samt till närståendevårdare och familjevårdare som vårdar personer i alla åldrar
 - b. samarbets- och arbetsfördelning med KAAPO (om KAAPO finns i regionen)
 - c. rekrytering av närstående- och familjevårdare och vikarier
 - d. förberedelse för närstående- och familjevårdare ordnas (även för andra ände som omfattas av stöd för närståendevård) i samarbete med tredje sektorn
 - e. stödformerna för närstående- och familjevård utvecklas i samarbete med tredje sektorn
 - f. nätverkande och samarbete med kommuner, FPA, närstående- och familjevårdsorganisationer i regionen, frivilliga, församlingar, företag och andra arbetsplatser samt vårdare och vårdtagare
 - g. social- och hälsovårdspersonal och arbetsgivare utbildas om närstående- och familjevård
 - h. samarbete med tjänsterna för barn och unga i regionen (spetsprojektet Program för utveckling av barn- och familjetjänster).

B. I modellerna som ska etableras finns tre innehållsmässiga verksamhetsmodeller som eftersträvas

I regionen kan en eller flera verksamhetsmodeller provas. Som stöd för försöket med verksamhetsmodellen eller -modellerna förutsätts det att det etableras ett center för närståendevård och familjevård i regionen.

1. Verksamhetsmodell för närståendevård av en minnessjuk person genom samarbete (Centralförbundet för de gamlas väl står bakom modellen http://www.vtkl.fi/document/1/1898/5efaf1/Omaishoito_yhteistyona_lakkaiden_de_mentiaperheiden_tukimallin.pdf(Bilaga 6))
 - identifiering av närståendevårdarfamiljens individuella behov av stöd
 - stödåtgärderna skraddarsydda för varje familj
 - KAAPPO (om det finns) eller en annan verksamhetsenhet som ansvarar för närståendevården utser en minneskoordinator som koordinerar tjänsterna för klienten och närståendevårdaren
(behörigheten fastslås, se <http://www.muistiasiantuntijat.fi/kehitamme.php?udpview=verkosto&lang=fi>)
 - arbetspar med koordinator-geriatriker till stöd för familjer där någon är närståendevårdare
 - verksamheten har egen separat budget, som koordinatören och geriatrikern ansvarar för
 - koordinatören arbetar heltid (om KAAPPO saknas i regionen)
 - målinriktad kamratgrupp för närståendevårdare under ledning av yrkesutbildade och i samarbete med tredje sektorn
 - samtidigt egen grupp för minnessjuka
 - transport ordnas till kamratgruppen för att deltagande ska vara möjligt
 - demensrehabilitering som kräver specialkunnande

2. Verksamhetsmodell för stöd till närstående och närståendevårdare till mentalvårds- och missbrukarpatienter som får rehabilitering (FinFams verksamhetsmodeller (Bilaga 2)). Till verksamhetsmodellen hör att identifiera och stöda närstående till mentalvårds- och missbrukarpatienter som får rehabilitering genom att utnyttja verksamhetsmodeller som FinFam har utvecklat
 - Metoder som utvecklats inom projektet **ETSIVÄ OMAISTYÖ** (Uppsökande anhörigarbete) för att identifiera närstående till mentalvårdspatienter
 - **VIOLA** – Voimaa ikääntyneen omaisen liikkumiseen ja arkeen (Kraft till äldre närståendes rörelse och vardag)
 - Modellen **HUOMIOI OMAISET** (Beakta de anhöriga) för bedömning av de anhörigas behov av stöd
 - **PROSPECT** – modell för kamratgruppsverksamhet
 - **AUTTAVA OMAINEN** (Hjälpande anhörig) – modell för kamratstöd och anhörigrådgivning
 - Dessutom utses i enlighet med socialvårdslagen en **egen kontaktperson** för den som rehabiliteras.

3. Närståendevård av barn med funktionsnedsättningar
 - en ny innovativ modell skapas
 - hela familjens behov tas i beaktande

- information förmedlas mellan närståendevården och förvärvsarbetet för samordning
- stöd till möjligheterna att samordna närståendevård och förvärvsarbete
- öka arbetsplatsledningens och chefernas kännedom om närståendevård
- koordinering av modellen med barn- och familjetjänsterna i regionen

Tabell 1. I&O-spetsprojektet: Modeller och kriterier för närståendevård som ska testas

I&O-spetsprojektet: Modeller och kriterier för närståendevård som ska testas			
Central för närståendevård och familjevård som stöd för försöken	Närståendevård av minnessjuka som samarbete (VTKL:s modell)	Anhöriga till mentalvårds- och missbrukarpatienter som får rehabilitering och närståendevård (Fin-Fam-modellen)	Närståendevård av barn med funktionsnedsättningar
<i>Stöder alla familjevårdare som tar hand om närstående</i>	<i>Minst medelsvår demens och närstående vårdare</i>	<i>Sök och identifiera en anhörig: samboende och anhörig på distans</i>	<i>(Kan erbjuda ny slags modell)</i>
Stöder samarbetet mellan regionens närstående- och familjevårdare	Arbetspar med koordinator-geriatriker: koordinatören har egen budget och arbetar heltid	Modeller för identifiering av anhöriga: Viola, Etsivä omaistyö (Uppsökande anhörigarbete), Ota huoli puheeksi (Tala om oron)	Ny innovativ modell
Rekrytering av familje- och närståendevårdare	Familjen – koordinatören – geriatriker – kamratgruppen	Beakta också alltid den anhöriga i social- och hälsovårdstjänsterna	Blir koordinering av modellen en del av regionens barn- och familjetjänster?
Informationsförmedling till yrkesutbildad personal inom social- och hälsovården, närstående- och familjevårdare och andra intresserade	Kamratgrupp för närståendevårdare under ledning av yrkesutbildade, samtidigt egen grupp för minnessjuka, transporter	Mångsidig bedömning av mentalvårdsklientens funktionsförmåga: identifiering av hjälp och servicebehov	
Utveckling av träning för närstående- och familjevårdare	Mätningar och uppföljningar: för minnessjuka, närstående, kostnader och användning av tjänster	Stöd för anhöriga: förberedelse, kamratgrupper (PROSPECT), mini-intervention, kamratgrupper	
Utveckling av vikarie-modeller för närvårdares ledigheter			
Utveckling av undersökningar av välmående och hälsa i samarbete med aktörer inom social- och hälsovården och FPA samt förmedling av information om rehabiliteringsmöjligheter			

I ansökan ska man fundera på beröringspunkter mellan verksamhetsmodellerna för närståendevård och närstående- och familjevården och eventuell centraliserad regional klient-/servicehandledning som testas i regionen (KAAPO) eller redan fungerande centraliserad servicehandledning i landskapet. Beröringspunkterna ska beskrivas i projektansökan.

KAAPOs roll:

- informera och handleda närstående och närståendevårdare (hänvisa dem till center för närstående- och familjevård)
- inleda - följa upp - avsluta klientskap : bedömning av servicebehovet, vård- och serviceplaner för vårdtagaren och vid behov för vårdaren, beslut om stöd och familjevård för närståendevården, avtal om stöd och familjevård för närståendevården
- kriterier: vem har rätt till stöd för närståendevård och familjevård
- inleda - följa upp - avsluta tjänster som stöder närståendevården
- beslut av servicekoordinatorm, arbetsparet koordinator-geriatriker och egna kontaktpersonen

Bilaga 6 Närståendevård som samarbete

Närståendevård som samarbete



Vanhustyön keskusliitto
CENTRALFÖRBUNDET FÖR DE GAMLAS VÄL RY



**Minst medelsvår minnessjukdom och
närstående vårdare**

Arbetspar med koordinator-geriatriker:

- egen budget (kunde skaffa tjänster flexibelt vid sidan av kommunala servicesystemet)
- koordinatorn arbetar heltid
- identifiering av närståendevårdarfamiljens individuella behov av stöd
- skräddarsydda tjänster och stödformer
- koordinatorena måste känna till det lokala servicesystemet som helhet

Familjen - koordinatorn - geriatrikern - kamratgruppen

- kamratgrupp för närståendevårdare under ledning av yrkesutbildade
- samtidigt egen grupp för minnessjuka
- transporter

Mätning och uppföljning

- för minnessjuka
- för närstående
- kostnader
- användning av tjänster

Förutsättningar för att modellen ska gå att överföra:

arbetshandledning, heltidsarbete, självständigt budgetansvar, arbetspartnerns yrkesmässiga lämplighet

Undersökningen [Omaishoito yhteistyönä](#) (2006, Närståendevård som samarbete) av Centralförbundet för de gamlas väl visade att det är möjligt att skjuta upp den minnessjukas överföring till en långvarig vårdplats och att välmåendet hos personer som sköter sin make eller maka kan förbättras. Högklassigt stöd som skräddarsytt för familjen är också kostnadseffektivt.

NÄRSTÅENDEVÅRD SOM SAMARBETE före- nar närståendevårdarfamiljen och yrkes- mässig sakkunnighet

I stödmodellen Närståendevård som samarbete mellan familjen och yrkespersonalen

- består de strukturella delarna av närståendevårdarfamiljen, koordinatören för närståendevården, den läkare (geriatriker) som fungerar som dennes arbetspartner samt den målinriktade kamratgruppsverksamheten för närståendevårdarna
- koordinatören av närståendevården fungerar som familjens hjälp och kontaktperson mellan familjen och myndigheterna och andra samarbetsparter
- stödformerna skräddarsys i ett samarbete mellan familjen, koordinatören av närståendevården och läkaren
- utgångspunkterna för koordinatörens och läkarens arbete är följande:
 - äkta samarbete och kännedom om familjens vardag ska värdesättas istället för enkelriktad service
 - stödåtgärderna skräddarsys flexibelt åt varje familj
 - familjen har bestämmanderätt i sina egna ärenden
 - föregripande av kris- och insjukningssituationer och snabb reaktion på dem
 - kontinuerligt stöd
- målinriktad kamratgruppsverksamhet kompletterar det arbete närståendevårdens koordinator och läkare utför, och är vettigast att genomföra i samarbete med tredje sektorn



CENTRALA VERKSAMHETSPRINCIPER:

- Stöd till hela familjen
- Respekt för familjens autonomi och utveckling av samarbete
- Flexibilitet och snabb reaktion
- Stöd till familjelivet
- Identifiering och accepterande av olika slags kulturer: kulturell känslighet
- Optimism och resursstöd

NÄRSTÅENDEVÅRD SOM SAMARBETE – skräddarsydda tjänster och kunniga arbets- tagare

De viktigaste stödformerna förutom de kommunala/regionala tjänsterna:

- information, stöd och handledning till anhöriga som hjälper dem förstå sin minnessjuka anhöriga bättre
- rehabilitering av en minnessjuk person som kräver specialkunnande (heltäckande fysioterapeutisk rehabilitering)
- målinriktat genomförda perioder med korttidsvård som stöder rehabilitering
- verksamhet med hemmakar
- städservice

Stödformer kan genomföras i samarbete med tredje sektorn och privata aktörer.

Koordinatorn ska ha

- starkt, gediget och brett yrkesmässigt kunnande inom social- och hälsovården
- kunskap om minnessjukdom samt bra kännedom om servicesystemet i sitt verksamhetsområde
- som arbetspartner en läkare som arbetar på deltid och är insatt i vård av minnessjuka personer
- utöver yrkesmässiga färdigheter förmåga till självständigt och ansvarsfullt arbete, samarbetsförmåga, förmåga till självutvärdering samt förmåga att skapa hopp och optimism

Verksamhetsförutsättningar för modellen Närståendevård som samarbete:

- Koordinatorn ska ha flexibel arbetstid.
- En koordinator av närståendevård kan samtidigt stöda 50–60 närståendevårdarfamiljer. Bara en del av dessa familjer behöver mycket hjälp.
- Verksamheten behöver en separat budget, som koordinatorn och läkaren denne arbetar med ansvarar för.
- Koordinatorn och läkaren behöver åtminstone under det första verksamhetsåret kontinuerlig utbildning och arbetshandledning för att etablera det nya verksamhetssättet.
- För att koordinatorns och läkarens relativt självständiga verksamhet ska assimileras som en del av social- och hälsovårdsväsendet som helhet krävs tydligare yrkesbeskrivningar och ansvar i hela arbetsgemenskapen.
- Etablering av ett verksamhetssätt som bygger på samarbete med klienterna kräver att ledningen, servicesystemet och dess aktörer har djupgående beredskap för förändringar och kontinuerligt genomför självutvärderingar.

NÄRSTÅENDEVÅRD SOM SAMARBETE – kvalitet och kostnadseffektivitet

Undersökningen Omaishoito yhteistyönä (Närståendevård som samarbete mellan familjen och yrkespersonalen) genomfördes åren 2004–2006 som en slumpmässigt kontrollerad interventionsundersökning och kvalitativ processundersökning. I undersökningen deltog 125 par från Helsingfors, där den ena av makarna skötte sin minnessjuka partner. Av dem deltog hälften (n=63) i interventionen Närståendevård som samarbete mellan familjen och yrkespersonalen och hälften (N=62) i en kamratgrupp. I undersökningen utreddes det om interventionen Närståendevård som samarbete hjälpte

- minnessjuka personer att bo hemma längre än i nuläget
- förbättra välmåendet i familjer med närståendevårdare
- bättre rikta tjänster och kostnader

I interventionen Närståendevård som samarbete

- hade familjerna en utsedd koordinator de samarbetade med
- samarbetet byggde både på familjernas och yrkespersonalens sakkunskap
- koordinatorm fungerade som tolk mellan servicesystemet och familjerna
- koordinatorm arbetade med en geriatriker (läkare)
- stödåtgärderna var skräddarsydda för varje familj
- krissituationer förebyggdes och löstes så snabbt som möjligt

Huvudresultat:

- Samarbetsmodellen gjorde det möjligt för paren att bo tillsammans hemma längre.
- Tack vare samarbetet upplevde familjerna att de fick tjänster som motsvarade deras behov.
- De som skötte sina makar mådde bättre och fick bättre kontroll över livet.
- Tjänster som skräddarsytts och koordinerats utgående från familjen kostade 5 000 € mindre per familj och årsverke än tjänster som inte var skräddarsydda eller koordinerade.
- Ur familjernas synvinkel var de mest väsentliga verksamhetsätten i interventionen respekten av familjernas autonomi, psykologiskt stöd, praktisk hjälp och finkänslig handledning, kontinuitet i stödet och tjänsterna samt koordinators pålitlighet.

UNDERSÖKNINGENS SLUTRAPPORT (på finska): Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Savikko N, Pitkälä K. [Omaishoito yhteistyönä. läkkäiden dementia-perheiden tukimallin vaikuttavuus](#). Geriatrien kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Kirjapaino Oy 2006.

Bilaga 7 Tunnista mielenterveysomainen (identifiiera anhörig till mentalvårdspatient)

FinFami ry

TUNNISTA MIELENTERVEYSOMAINEN (IDENTIFIERA ANHÖRIG TILL MENTALVÅRDSPATIENT)

1. Projektet ETSIVÄ OMAISTYÖ (2012–2015) Huoli puheeksi – ikääntyvän omaisasia sanoiksi (Uppsökande anhörigarbete Tala om oron)

Arbetsätt för att inom social- och hälsovårdens basservice stöda och identifiera äldre (60+) anhöriga till mentalvårds- och missbrukspatienter. Metoden kan utnyttjas vid mottagning eller vid hembesök.

Modellen omfattar skriftligt material (på finska):

- Etsivä omaistyö – kort och guide
- ABC-opas ikääntyvälle omaiselle (ABC för äldre anhöriga)
- Hyvinvoinnin ABC – harjoituskirja ikääntyvälle omaiselle (ABC för vålmående – övningsbok för äldre anhöriga)

Ytterligare information: <http://bit.ly/1TbjcbV>

2. VIOLA - Voimaa ikääntyneen omaisen liikkumiseen ja arkeen (Kraft till äldre närståendes rörelse och vardag)

Vålmåendet för en äldre anhörig över 65 år som bor hemma stöds när en närstående lider av psykisk ohälsa eller om den anhöriga är orolig för den närståendes psykiska välbefinnande.

Ytterligare information: <http://bit.ly/1NOsdR4>

STÖD MENTALVÅRDSPATIENTERS ANHÖRIGA

1. Huomioi omaiset (Beakta de anhöriga)

Modellen Huomioi omaiset (Beakta de anhöriga) är en metod som riktar sig till yrkesutbildade för att utvärdera anhörigas behov av stöd när en närstående lider av psykisk ohälsa och/eller är beroende av alkohol och andra droger.

Fråga den närstående:

1. Hur orkar du själv?
2. Har du fått tillräckligt med information och stöd?
3. Har du pratat med barn eller andra familjemedlemmar om den närståendes insjuknande?
4. Känner du till FinFami ry:s Närståenderådgivning Mielenterveysomaiset Pirkanmaa?

Ytterligare information: <http://bit.ly/26qO2S4>

2. Prospect – modell med kamratstödsgrupp – väg till välmående för närstående till mentalvårdspatient

Utbildningsmässig kostnadseffektiv modell med kamratstödsgrupp bestående av tio utbildningsmoduler där man fokuserar på de anhörigas egna behov, stöd för att orka bättre och förbättrad livskvalitet. Det minskar de anhörigas upplevelse av belastning och förbättrar deras allmänna välbefinnande.

Moduler:

1. Lära känna andra
2. (Vad) Har vi lärt oss om psykiska sjukdomar?
3. Identifiering av belastningar
4. Identifiera stress och erkänna att den finns där
5. Upplevelsen av att förlora någon och sorgearbete
6. Aktiva färdigheter för att klara sig
7. Uttröttade färdigheter för att klara sig
8. Kartläggning av stödnätverket
9. Förändring och justering av målsättningar
10. Sammandrag, framtidsutsikter

Ytterligare information: <http://www.finfami.fi/hankkeet/prospect>

3. Auttava omainen (Hjälpanne anhörig) – kamratstöd till anhöriga till mentalvårdspatienter och anhörigrådgivning när en närstående hamnar på psykiatriskt sjukhus

En metod för närståenderådgivning och kamratstödsjour som stöder anhöriga till personer som hamnar på psykiatriskt sjukhus. Verksamheten genomförs på sjukhus, på mentalvårds- och socialkontor samt social- och hälsostationer och den förebygger att närstående blir trötta och eventuell insjuknar själva.

Ytterligare information: <http://auttavaomainen.fi/>