

## Ryhmä 1. Akuuttitilanne kotona, asiakas kieltäytyy hoidosta

ONKO ASIAKKAALLA OIKEUS KIELTÄYTYÄ HOIDOSTA → ON! Paitsi jos...

-Asiakas ei ole oikeustoimikelpoinen ja hänellä on hoidollinen edunvalvoja (kysyttävä)

-Asiakas on vaaraksi muille → Poliisi

-Psykoosiepäily → M1

-Lapsella vakava MT-häiriö epäily → M1

Toimittava, jos ei tiedetä → AKUUTTITILANNE, henkeä ja terveyttä vaarantava tilanne ja ei tietoa asiakkaan näkemyksestä

### Ominaista tilanteelle

-Taustalla: aivovamma, muistisairaus, psyykinen sairaus, somaattinen akuutti tilanne, tapaturma, kaltoinkohtelutilanne

-Työntekijä on epävarma mitä pitäisi tehdä → Jos ei tehdä mitään, tilanne todennäköisesti pahenee

### Mitä teen?

-Tarkka kirjaaminen kieltäytymisestä tietojärjestelmään

-Asiakas tekee vapaamuotoisen tahdonilmauksen

-Konsultointi: Lääkäri, poliisi, mielenterveystiimi, omaiset, sosiaalipäivystys, kriisitiimi, päivystys

-Kysytään onko hoitotahto

### Miten seuraan?

-Sovin asiakkaan kanssa seurantasoitosta

### Miten ilmaisen huolen, niin etten pelottele?

-Tarjoan asiakkaalle tietoa, mitä tilanteesta seuraa esim. kun sydäninfarkti ja kieltäytyy hoidosta

-Tietoa siitä ”jos tulet toisiin ajatuksiin” minne ottaa yhteyttä

Jos ei akuutti tilanne mutta kieltäytyy kotihoidosta, niin samanlaiset ohjeet.

Vaikea tilanne ammattilaiselle hyväksyä! Tiedonanto on osa motivointia.

## Ryhmä 2. Psykkisesti oireileva asiakas, jota hoito ei ole tavoittanut (tai ei ole itse motivoitunut hoitoon)

### Ominaista tilanteelle?

Jatkuvat yhteydenotot päivystykseen, hälytyskeskukseen, terveysasemalle

### Mitä Teen?

Huoli-ilmoitus → Akuutti arviointi- ja kotikuntoutusyksikkö/Seniorineuvonta/ kotiutustiimi jne.

Delegoidaan oikealle taholle → Arviointikäynti/Tapaaminen

-Tartutaan asiaan/Otetaan vastuu

-Tukiverkosto mukaan asiakkaan sallimissa rajoissa

-Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi voi olla paikallaan.

-Aloitus asiakkaan kanssa, asian sanoittaminen olennaista → Onko kyse fyysisestä/psykkisestä → Löytää mahdollisesti fyysisen taustalta psyykinen syy

-Tuetaan arjen toiminnoissa ja motivoidaan ottamaan vastaan tukea → esimerkiksi psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotot/käynnit → Kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi voi olla paikallaan.

-Mikä on muuttunut, miksi oireet alkaneet juuri nyt, mitä tukea tarvitsisi jotta pärjäisi? Tärkeää pikkuhiljaa herättää havainnointia ihmisessä itsessään.

#### Seuranta

-kotihoiton seuranta/ etäkotihoito

### Ryhmä 3. Sairaalasta kotiutuminen (tiedonkulku sairaalan ja kotihoiton välillä)

#### Ennakoitu kotiutuminen

-Tausta tiedossa

-Toimintakyky kotiloissa/Apuvälineet

-Kotiutumisajankohta → yhteys omaisiin

-Sairaala selvittää kotiolot (onko avaimet, onko ruokaa kotona?)

#### Raportointi

-Suullinen raportointi

-Kirjallinen raportti /hoitotyönyhteenveto

-Päivitetty lääkelista

-Lääkärinteksti mukaan

Jatkohoidonsuunnitelma → suunnitelma tehty jo sairaalassa

Kriittistä asiakkaan kotiutumisvalmius – onko asiakas mukana suunnittelussa ja keskustelussa?

Huolehditaan heti jakson alussa, mitä tarpeita on kotiutumista ajatellen

Informoidaan itse kotiutuja ja mitä tapahtuu kotiutuessa ja jatkossa

Ongelmia: kielitaidottomuus, taustoja ei tiedetä – sairaalassa ihmiset eivät tiedä mitkä olosuhteet ovat kotona (esim. lääkemutoksen tekeminen vie tunnin työaikaa toisin kuin sairaalassa) → nykyään kaikki sh-opiskelijat käyvät kotihoiton jakson

### Ryhmä 4. Tiedonkulku läpi asiakkaan hoitoprosessin

-Esim. Sairaala → Kotihoito → Kotikuntoutus → Päivätoiminta → Palvelukeskus MOLEMPIIN SUUNTIIN

#### Ongelmat?

-Eri tietojärjestelmät

- Puutteelliset tiedot
- yhteydenoton haasteet
- Eri toimintatavat

#### Mitä teen?

- Soitto

#### Ohje löytyy, mutta vaatii päivitystä

- Yleisohje GeroMetroalueelle → Ohjeen juurruttaminen

Kotoa sairaalaan → Sairaalaan kotiin (Perehdytys potilaalle mukaan - Kaksi eri kulttuuria yrittää puhua samasta asiasta)

-Yhteistyötä eri tekijöiden kanssa → Kotihoito kirjoittaisi ohjeen sairaalalle, mitä tarvitaan kun kotiutuu ja Sairaala kirjoittaa kotihoidolle ohjeen, mitä tarvitaan kun lähetät asiakkaan sairaalaan

Kotiutusohje myös potilaalle → Tämä kaikki tapahtuu jotta voit kotiutua.

Kotiutusprosessi perehdytykseen

Kotiutuminen alkaa kun ihminen kotiutuu, ei pääty siihen!

## Ryhmä 5. Yksinäinen mielenterveys- ja päihdeikäihminen kotihoidon asiakkaana

- Palvelutarpeen- ja voinnin arviointi (kokonaisvaltaisuus)
- Kohtaaminen, kuunteleminen, läsnäolo, ei titteleitä
- Elämäntahti, sairaushistoria, asiakaskokemus
- Läheisverkosto, hoitoverkosto

#### Hälytysmerkit

-tyhjä jääkaappi, hygienia- ja lasku, koti, WC-rytmi, orientaatio/käytösoireet, Kaatumiset/loukkaantumiset, päivystystilanteet/hälytykset, sosiaalinen ("satunnaisvierailijat")

-Jääkö toteamisvaiheeseen?

#### Työkalut

- Asenne kohtaamiseen
- Puheeksi otto (päihde/mielenterveysasia)
- Motivoiva haastattelutapa
- Alkoholi ohjelma 2008-2011, Yli 65 vuotiaiden alkoholi -ja voimavaramittarin käyttöopas " Keskustelua alkoholin käytöstä voimavaralähtöisesti"
- Arvosta asiakasta, kunnioita kotia
- Hyvänolonkokemusten sanoittaminen

#### Kysymykset

-Mistä olet tällä hetkellä huolissasi ja haluaisit puhua? Mitkä asiat toivoisit elämässäsi muuttuvan? Mitä esteitä muutokselle on? Kertoisitko päihteiden käytöstäsi? Miten päihteet vaikuttavat elämääsi? Mikä tulee olemaan vaikeaa, jos et käytä päihteitä ensi viikonloppuna? Mitä haluaisit näiltä meidän käynneiltä?

#### Seuranta

-HOSU (asiakas mukana)

-Säännöllinen kontakti tärkeä

-Kokemusasiantuntija mukaan ensikäynnille (kysy lupaa)

**Naapuri-apu** → Miten voidaan kehittää? yhtiökokous-sopimus → Hollannissa katsotaan naapuruston kaikki toimijat ja kartoitetaan kaikki mahdollisuudet

## Ryhmä 6. Asiakkaan kotiuttamisen checklist (Yhteinen tarkastuslista kotihoidolle ja sairaalalle, samoin jos kotiutetaan omaishoitajan hoidettavaksi)

#### Lääkityksen varmistaminen

-Reseptit kunnossa

-Ajantasainen lääkelista mukana (Marevan, injektiot)

-Vähintään 3 vuorokauden lääkkeet mukana

-Tarkistetaan kuka huolehtii?

#### Selviytyminen kotona

-Liikkuminen, apuvälineet, ympäristön esteettömyys → Muutostyöt

-Päivittäiset toiminnot, avuntarve? Asiointi, avuntarve?

→ Kotihoidon tukipalvelut, läheiset, omaishoitaja

#### Ravitsemus

Kykeneekö käymään kaupassa? Valmistamaan ateriat? Muistaako nälän/janon tunteet

-Tuentarve → ateriapalvelut, kauppakassipalvelut

gerontologisen osaamisen puute esim. päivystyksissä jos on paljon nuoria lääkäreitä, ei osata ehkä kokonaisarviota tai tunnisteta haurasta vanhusta → miten tilanne jatkuu kotona (eikä tilanne jatku samana)

Miten tieto terveysaseman lääkärille? miten gerontologisen lääkärin tukea saadaan järjestettyä?

## Ryhmä 7. Asiakas kieltäytyy kuntoutuksesta

Asiakas kieltäytyy suoraan → Saattaa ymmärtää kuntoutuksen terminä suppeasti esim. pelkästään jumppaamisena

-Kuntoutus käsitteenä tulisi avata asiakkaalle, asiakkaan näkökulmasta ja tarpeesta

-Asiakkaan historiaan tutustuminen, aikaa haastatteluun → asiakas saadaan kuulluksi → tavoitteen laatiminen. Sana tavoite muotoon "mihin toivoisit muutosta arjessasi"

-Jos asiakkaalla on omainen → mukaan kuntoutukseen (omainen voi olla kannustava tai estävä tekijä kuntoutuksessa)

-Asiakkaalle oikea palvelu, oikeaan aikaan (asiakkaan rytmin/vastaanottavaisuuden perusteella)

-Asiakkaalle mahdollisesti tutun työntekijän useampia käyntejä luottamuksen syntymiseksi

### Seuranta

-Tärkeää ettei asiakasta jätettäisi yksin, vaikka kieltäytyy → vastuuhenkilön nimeäminen, joka seuraa tilannetta

### Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen