

1. Millaisissa tilanteissa pitäisi tehdä ennakoiva hoitosuunnitelma? Mikä sen tehtävä on?

- sairaalasta kotiutuessa
- monisairaat, monilääkityt 8
- palliatiiviset ja saattohoidon asiakkaat 8
- kun ihminen saa muistisairausdiagnoosin 8
- mielenterveys- ja päihdeasiakkaat 8
- kehitysvammaiset
- kipupotilaat

- turhat päivystyskäynnit minimiin 4
- tuo turvaa asiakkaalle
- tuo turvaa ja raamit hoidolle ja päätöksen tueksi 2
- laajemmin tuo myös säästöjä
- omaisten turvallisuus lisääntyy 1
- asiakkaan oma tahto tulee kuulluksi 3
- kun asiakkaan voinnissa voidaan odottaa muutosta
- mitä enemmän tieto kulkee sen parempi
- ennakoiva hoitosuunnitelma on laaja-alainen 1
- hoitolinjaukset, hoitotahto → myös näiden keskinäinen suhde

2. Mieti asiaa asiakkaan kannalta: mitkä asiat ovat tärkeimpiä palveluketjujen sujuvuudessa? Miten niiden toteutumista voidaan edistää?

- tieto kulkee eri ammattilaisten välillä (prosessien vakiointi potilaslähtöisesti, tehdään loppuun asti) 7
- asiakas saa tiedon, mihin hakeutua
- yhden luukun periaate 7
- tarpeeseen vastaaminen ajallaan 7
- tieto, missä tilanteessa asioiden hoito on
- toimijat keskustelleet keskenään (sama tavoite, koordinointi, päällekkäisyydet pois, potilastietojärjestelmä, konsultaatio, osaamisen vahvistaminen, tehtävien joustavuus)
- saa apua sieltä mistä kysyy
- palvelua saa ajallaan
- palveluiden nimitykset selkokielisiä ja samannimisiä eri kunnissa
- palvelut vastaa todellista tarvetta, segmentointi
- asiakkaat mukaan palveluiden suunnitteluun 7
- palvelun laadukkuus oikeassa paikassa
- asiakkaan tahdon mukainen palvelu → yhteinen suunta jota asiakas määrittää
- palvelu turvallista – kokemus –omahoitaja 7

3. Miten RAI:ta tulisi hyödyntää toimintakyvyn muutoksen arvioinnissa? Miten asiakkaan oma arvio voisi olla suuremmassa roolissa?

- RAI-arvioinnin oikein tekeminen ja tulosten tulkinta, RAI:ta tehdään paljon mutulla, koulutukseen lisää panostusta 9
- Tulosten vertailu ja onko voinnissa ollut muutosta 8

- Ennakoidaan mahdollisia tulevia ongelmia -> esim. jos nousee esille yksinäisyys, mietitään, mitä riskejä tähän liittyy ja varaudutaan **7**
- Syy-seuraus-suhteiden selvittäminen, mietitään nousseiden asioiden syitä (esim. mikä johtanut painonlaskuun, vaikeuttanut liikkumista, väsyttää), **5**
- RAI:ta käytettäisiin aktiivisesti (kevennetty versio) tilanteen muuttuessa (ei vain 2*vuosi), vaikuttaa palveluiden saamiseen, esim. käyntimäärien muutos +/- **5**
- Eri osa-alueiden vaikutus, esim. kipu (korjaavat toimenpiteet) -> liikkuminen
- Kuinka paljon apua tarvitsee
- Aina asiakas/omainen? mukana / tai itse tekee RAI:n, tärkeää, että asiakas näkee tulokset itse, omainen myös, jos asiakas siihen suostuu

4. Miten toteutetaan kuntouttavan arviointijakson moniammatillinen yhteistyö, kun haasteena ovat esim. erilaiset työaikamuodot (päivätyö, vuorotyö)?

- Säännöllinen/sovittu aika yhteiselle keskustelulle **6**
- Yhteiset käynnit **3**
- Määritellyt tehtävät päivän eri ajankohdille **3**
- Asiakastaulut **2**
- Joku, joka koordinoi/ottaa vastuun asiakkaan prosessista **6**
- Omahoitaja/terapeutti
- Voiko terapeutti kirjata HOPS:lle?
- Työjärjestelyn kehittäminen -> asiakas, omahoitaja, terapeutti, työvuorot **5**
- Asiakkaan kotona asiakkaan kanssa sovittu suunnitelma ja arvio toimintakyvystä, joka kaikille näkyvissä **1**
- Yhteiset tilat, yksi yksikkö, yksi esimies **5**
- Yhteiset kirjauskäytännöt, oikeus nähdä tarvittavat tiedot **7**

5. Miten edistät asiakkaan kokonaisvaltaista kuntoutumista? Muotoile minämuotoisia lauseita tai sloganeita, joihin sinä työntekijänä sitoudut. Esimerkki: "Ohjaan, en tee puolesta."

- Minä toimin suunnitelmallisesti tiimini kanssa
- Kannustan ja rohkaisen sinua
- Coachaan pienestä isompaan **1**
- Toimin yhdessä asiakkaan kanssa tavoitetta kohti **6**
- Otan huomioon asiakkaan toiveet ja mieltymykset **2**
- Kuuntelen sinua **6**
- Pidän tiimini ajan tasalla kuntoutujan tilanteesta **4**
- Otan lähipiirin mukaan asiakkaan kuntoutukseen **7**
- Myötäilen ja mukautan toimintaani asiakkaan rytmin mukaan **4**
- Autan laajentamaan elinympäristöäsi kodin seinien ulkopuolelle **3**
- Vahvistan asiakkaan omia voimavaroja **6**
- Hyödynnän moniammatillisen tiimin osaamista **4**
- Löydän asiakkaan vahvuudet **4**

6. Millainen kotikuntoutuksen aloitus tulee asiakkaan sitoutumista ja motivoitumista?

- Toiveikkuuden ylläpitäminen, kuntoutuksen positiiviset seuraukset **9**
- Yksilöity ja räätälöity palvelu – kiireetön ensikäynti **3**

- Tavoitteiden asettelu asiakkaan kanssa yhdessä 12
- Riittävästi aikaa asiakkaalle (asiakkaan tilanteen ja tarpeiden mukaan) 3
- Motivoivat tekijät (haastattelu, asiakas saa itse sanoittaa elämänpolkunsa → toiveet) 4
- Sitoutunut ja ammattitaitoinen hoitohenkilöstö 3
- Palvelun/kuntoutuksen sanoittaminen asiakkaan ”kielelle”
- Oikea aikainen aloitus 8
- Riittävä tiedonvälitys eri toimijoiden kanssa 1
- Omaisten ja läheisten osallistaminen
- Epävarmat asiakkaat → vaiheistettu aloitus, esim. puhelinkontaktit tiiviimmin
- Luottamuksen rakentaminen, sovituista asioista pidetään kiinni → asiakas tulee kuulluksi 7

7. Miten ja milloin tavoitteenasettelu kannattaa jakaa pienempiin osiin?

- Ensin tutustun asiakkaaseen, elämäntilanteeseen , mikä on tärkeää juuri nyt 3
- Muutetaan tavoite asteittain käytännön arjen tekemiseksi 7
- Tartutaan heti tilaisuuteen, kun asiakas esittää oman toiveen 6
- Pidetään lupauksesta kiinni
- Tavoitteet tulevat esiin luottamuksen kautta 3
- ”Minä haluan ryypätä” → miksi haluat? ”koska minulla ei ole muuta tekemistä ja kaverit on pubissa” →Mitä haittaa siitä on, että ryypäät? → step by step ohjataan asiakasta oman tavoitteen äärelle
- Asiakkaalla voi olla epärealistinen tavoite → yliarvioi tai aliarvioi oman toimintakykynsä ja pystyvyytensä 4
- Aamutoimista suoriutuminen → pilkotaan tavoite osatavoitteisiin
- Asiakas tietää mikä on hoitajakson tavoite → mihin ammattilaiset pyrkivät
- Kerrotaan asiakkaalle, että vaikka toimintakyky parantuu ja asiakas pärjää ilman kotihoitoa, hän ei silti jää yksin 2