



KUNTAKOULUTUS OY

KANSAINVÄLISTYVÄ TERVEYDENHUOLTO KOULUTUSMATKA TANSKAAN

30.11. - 3.12.2003

**MATKARAPORTTI
2004**

**Toimittaja
Jari Koivisto
Kuntakoulutus Oy**

Sisältö:

Johdanto	3
1. Ohjelma.....	4
2. Osallistujat	9
3. Avohoitopalvelut käytännössä	10
Yleistä Tanskasta ja Tanskan mallista	10
Fredriksbergin kunta	12
Kotihoidon ja sairaalan työnjako	13
Ohjelmat.....	14
4. Erikoissairaanhoidon Tanskassa, Roskilden Amtssygehuset sairaala	14
Potilaan laajennettu oikeus valita sairaalahoitonsa.....	15
Muutosta maakuntajärjestelmään	16
Vierailu Roskilden maakunnan sairaalaan.....	16
Sairaala on akkreditoimassa toimintaansa	17
5. Kunta vanhuspalvelujen kehittäjänä	18
Tutustuminen Greven kuntaan 2.12.2003.....	18
5.1. Yleistietoja kunnasta ja vanhustyöstä (liitteenä organisaatiokaavio)	18
5.2. Vanhustyön keskeiset haasteet ja näkökulmat Grevenissä	18
Yhteistyön näkökulma	19
5.3. Kuntalainen osallistuu Grevenissä	20
5.4. Vanhusneuvostot.....	21
6. Vanhustenhuollon tietokeskus Videnscenter på eldreområdet, Hellerup	21
Geriatrisen tiedon välittäjä vanhoista ihmisistä, vanhenemisesta ja vanhuudesta.....	21
Yleistä Tietokeskuksesta.....	21
Vanhusalan Tietokeskus (Videnscenter på Eldreområdet).....	22
Toimintamuodot.....	23
Kehittämishaasteita	24
7. Dementiakeskus Pilehuset	25
7.1. Yleisesittely	25
7.1.1 Toiminnan lähtökohtia ”Annetaan hoivaa niin, että kansalainen ymmärtää”	25
7.1.2. Resurssit.....	26
7.1.3. Tilaa ja -Tuottajamalli, ns. B-U-M –malli	26
7.2. Toiminta.....	27
7.2.1. Palvelutarjonta	27
7.2.1. Turvallisuusnäkökulmia.....	28
7.3. Kehittämistyö ja yhteistyö	28
8. LIITTEET	30
8.1. Liite 1. Roskilde Amt s. (16)	30
8.2. Liite 2. Greven kunta s. (3)	30

Johdanto

Kokemuksia Tanskan matkalta 12/2003

Kansalainen päättää mitä miten hän palveluja käyttää, asiakkaan ääni kuuluviin! Nämä lauseet jotka toistuivat eri vierailupaikoissa jäivät varmasti Tanskasta mieleen kaikille osanottajille.

Avopalvelujen kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on ajankohtaista monissa suomen kunnissa, kuntayhtymissä, kolmannen sektorin palveluissa sekä yrityksissä. Kuntakoulutus on Suomessa tapahtuvan koulutustoiminnan lisäksi halunnut antaa uusia ajatuksia kehittämistyön tueksi järjestämällä kansainvälisiä koulutusmatkoja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille.

Tämä matkaraportti kertoo Tanskaan toteutetusta koulutusmatkasta. Matkalla sovittiin osallistujien itse kirjoittavan eri kohteista jotka heitä kiinnostivat. Tähän on koottu, vapaasti aineistoa toimittaen nämä osallistujien kirjoittamat raportoinnit. Olemme lisäksi ottaneet matkan jälkeen yhteyttä eri vierailukohteisiin. Kiitosten jälkeen olemme myös pyytäneet vielä lisää materiaalia asioista jotka herättivät keskustelua tai jäivät liian vähälle huomiolle. Tämä aineisto on myös liitetty tähän raporttiin.

Tanska on tunnettu avopalvelujen kehittäjänä ja ikäihmisten hoivan uusien toimintamallien aktiivisen toimijana. Matkan tavoitteena oli saada yleiskuva Tanskan avopalvelujen toteutumisesta. Kurssilaisten kommentit matkan jälkeen olivat hyvin kannustavia. Tanskalaiset asiantuntijat kun puhuivat useimmiten meille toimintafilosofioista, yksittäisen vanhuksen asemasta ja vaikutusmahdollisuuksista sekä asiakkaan oikeuksista, eivät niinkään toimintaa kuvaavista tunnusluvuisista. Tämä Tanskalainen lähestymistapa oli mielenkiintoinen ja antoi varmasti ajattelemisen aihetta.

Uudet ajatukset poikivat varmasti myös uudenlaista toimintaa osallistujien omissa organisaatioissa. Niistä olisi hyödyllistä kuulla ja toivoisin, että muistaisitte lähettää matkalta poikineista innovaatioista viestiä myös Kuntatalolle. Tanska kiinnostaa edelleen kovasti ja matkat sinne jatkuvat. Toukokuussa 2004 järjestämme vastaavan matkan joka on nyt täynnä ja marraskuussa uuden avoimen kurssin. Ohjelmassa on myös edelleen Kiina ja uutena muutaman vuoden tauon jälkeen vanhuspalveluihin suuntautuva Hollannin matka.

Kiitokset vielä kerran kaikille osallistujille ja matkan toteutukseen osallistuneille!

Jari Koivisto

1. Ohjelma

Kansainvälistyvä terveydenhuolto opintomatka

Tanskaan 30.11. - 3.12.2003

Järjestäjä:	Kuntakoulutus Oy
Matkanjohtaja:	Koulutuspäällikkö Jari Koivisto, Kuntakoulutus Oy puh. + 358 50 301 9152
Asiantuntijat:	Ylitarkastaja Taru Koivisto, sosiaali- ja terveysministeriö Koulutusjohtaja Ulla Salonen-Soulié, NOPUS (Pohjoismainen koulutusohjelma sosiaalialan kehittämiseksi)
Matkan teema:	Avopalvelujen kehittäminen Tanskan sosiaali- ja terveydenhuollossa
Matkan kohde:	Matka suuntautuu Kööpenhaminaan ja lähikuntiin

SUNNUNTAI 30.11.

7.00 Suositeltu saapumisaika Helsinki – Vantaan Lentoasemalle. Omatoiminen siirtyminen lähtöselvityksen kautta lennolle Kööpenhaminaan.

- Ongelmatilanteissa yhteys koulutussihteeri

Sanna Spårmaniin (09) 771 2418 tai 050 468 8348

8.15 Lento SK 713 Helsinki - Kööpenhamina

Koulutuspäivän teema: Avopalvelut Tanskassa

9.10 Saapuminen Kööpenhaminaan ja kokoontuminen lentokentän saapumisaulaan

- Yhteyshenkilönä matkanjohtaja, koulutuspäällikkö Jari Koivisto puh. + 358 50 301 9152

9.30 Siirtyminen bussilla hotelliin

- Matkalla tervetuloa Tanskaan!

10.00 Aamukahvi

10.30 **Avopalvelut Tanskan sosiaali- ja terveydenhuollossa**

- Koulutuksen tarkoitus ja tavoitteet
- Osallistujien kokemukset, tavoitteet ja odotukset

Koulutuspäällikkö Jari Koivisto, Kuntakoulutus Oy

Teema: Johdatus Tanskan terveystalveluihin ja asiakkaan asemaan

11.00 Tanskan malli terveystalvelujen järjestämisessä

- Johdatus aiheeseen

Ylitarkastaja Taru Koivisto, sosiaali- ja terveystministeriö

Asiakkaiden oikeudet terveydenhuollossa

- Valinnan mahdollisuudet ja lakisääteiset oikeudet
- Kansanterveysohjelma asiakkaan näkökulmasta

Taru Koivisto

12.00 Lounas

14.00 Siirtyminen bussilla Frederiksbergiin (Frederiksberg kommun)

Teema: Avopalvelut käytännössä Tanskassa

14.30 Kotihoidon asiakkaat, henkilöstö ja toiminnan organisointi

- Frederiksbergin kunnan tuottamat palvelut
- Ikäihmisten asumispaalvelut
- Ajankohtaiset kehittämishankkeet

15.00 Vanhusten palvelutarpeen arviointi

Aluejohtaja Marja Silvonen-Hansen, Frederiksberg Kommunen

15.30 Kahvi

17.00 Lähtö bussilla hotelliin

- Yhteenveto päivän teemoista

Jari Koivisto

17.45 Majoittuminen Hotel Imperial****

Vester Farimagsgade 9, DK-1606 Copenhagen, Denmark

p. +45 33 12 80 00, fax. +45 33 93 80 31

19.00 Vapaamuotoista tai ohjattua tutustumista Kööpenhaminan keskustaan, Ströget, ym.

Ulla, Taru ja Jari

MAANANTAI 1.12.

7.00 Aamiainen

Aamupäivän teema: Palvelujen kehittäminen dementoituneille kansalaisille

8.15 Lähtö bussilla Brønshjiiin

Simultaatiotulkataan tanskasta suomeksi

- 9.00 Demenscentret Pilehuset
- Dementiahoidon kehittämiskeskus
 - Dementikoiden asumis- ja kuntoutuspalvelut

Souchef Bo Halberg

- 11.00 Lounas

Iltapäivän teema: Terveystenhuolto Tanskassa valtion aluehallinnon ja kunnan yhteistyö ja rahoitus, geriatrian haasteet

- 12.00 Lähtö bussilla Roskilden Amtiin

Johdatus tanskalaisten terveyteen

- Tanskalaisten terveys ja terveyspalvelut
- Ylitarkastaja Taru Koivisto, sosiaali- ja terveysministeriö

- 13.00 **Roskilde Amtsygehuset, maakunnan terveyspalvelut**

- Maakäräjien toiminta
- Valtion, maakuntien ja kuntien yhteistyö ja tehtävänjako
- Maakunnalle kuuluva ehkäisevä ja terveyttä edistävä työ

Geriatria kansallisesti ja maakäräjien alueella

- Geriatria Tanskassa
- Maakäräjien vanhussuunnitelma

Paikallinen yhteistyö ensisijaisen ja toissijaisen terveyssektorin välillä

- Geriatriinen tiimi
- Koordinoivat kotisairaanhoidajat

Kuntoutus

- Lainsäädäntö käytännössä maakäräjien alueella

- 16.00 Paluu hotelliin bussilla

- Yhteenvedo päivän ohjelmasta

Jari Koivisto

TIISTAI 2.12.

- 7.00 Aamiainen hotellissa

Aamupäivän teema: Kunta vanhustenhuollon palvelujen kehittäjänä

- 8.00 Lähtö bussilla Greven kuntaan (Kööpenhaminan eteläpuolella)

- Matkalla viritys päivän teemoihin. Päivän tavoitteena on tutustua syvemmin yhden kunnan vanhuspalveluihin, toimintaideologiaan ja ratkaisuihin

Jari Koivisto

Päivän ohjelma simultaatiotulkataan tanskasta suomeksi

8.45 **Tervetuloa Greven kuntaan**

- Aasukkaat, kunta ja palvelut

Konsultti Jan Kristensen, Greven kunta

10.00 **Kunnallisen avohuollon ja hyvinvoinnin haasteet**

Sosiaalijohtaja Alice Faber, Greven kunta

Hallituksen uusi ”vanhuspaketti” kunnan näkökulmasta

- Mitä tämä tarkoittaa kuntatasolla ja käytännön työssä

Osastonjohtaja Tina Jørgensen

Kuntalainen osallistuu

- Käyttäjäneuvosto, vanhusneuvostotoiminta ja hoitokotineuvoston toiminta käytännössä

Lise Høst, Greven kunta

Kunnan ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille

- Ehkäisevien kotikäyntien organisointi
- Kokemuksia ehkäisevistä kotikäynneistä
- Kokemusten ja tulosten raportointi vanhuksille, kunnan päättäjille ja henkilöstölle

Kiertokäynti Strandcenterissä

- Käytännön tutustuminen toiminta- ja hoitokeskukseen

12.30 Lounas

n. 13.30 Bussi Hellerupiin

Iltapäivän teema: Tutkimus, tiedon kerääminen ja välittäminen

15.00 **Videncenter på Eldreområdet, Hellerup**

”Vanhusenhuollon tietokeskus”

- Toimintamuodot ja teema-alueet
- Tietokannat palvelujen kehittämisen apuna
- Kunnat, järjestöt ja eri ministeriöt yhteistyökumppaneina Ammattihenkilöstö ja palvelujen asiakkaat kohderyhminä

FK Inger Erdal, Videocenter på Eldreområdet

Tulkkaus tanskasta suomeksi ja suomesta tanskaksi

Sirpa Hellsröm

16.00 Bussi Kööpenhaminaan

- Matkalla yhteenveto ja syvennys päivän kokemuksista

Ulla Salonen-Soulié

19.30 Lähtö yhteiselle illalliselle (omakustanteinen)

KESKIVIIKKO 3.12.

alkaen 7.00 Aamiainen hotellissa

Itsenäistä Tutustumista Kööpenhaminaan

11.45 Huoneiden luovutus

12.00 Lähtö linja-autolla lentokentällä sijaitsevaan Hilton hotelliin

- Matkalla johdatus sosiaalialaan Tanskassa

Ulla Salonen-Soulié

12.45 Lounas

Päivän teemana: Asiakkaiden oikeudet ja vaikuttamismahdollisuudet - vanhusdemokratia Tanskassa

13.45 **Järjestöt ja vanhusneuvostot toimijoina ja palvelujen kehittäjinä**

- Vanhusten vaikuttamismahdollisuudet
- Vanhusneuvostojen tarkoitus ja toiminta käytännössä

Pääsihteeri Marianne Lundsgaard, Sammanslutningen af Ældreråd i Danmark (englanniksi)

15.15 **Tanskan sosiaalipolitiikan kehityslinjoista**

- Aktivoiva sosiaalipolitiikka

Ulla Salonen-Soulié

15.45 **Mitä Tanskan kokemuksista voi oppia?**

- Miten voin hyödyntää kokemuksia omassa työssäni
- Kahvi

Jari Koivisto

16.00 Siirtyminen yhdysputkea pitkin terminaaliin ja lähtöselvitykseen

17.35 Lento SK 1710 Kööpenhamina - Helsinki

20.10 Saapuminen Helsinkiin

2. Osallistujat

Study trip to Copenhagen 30.11. - 3.12.2003

Aholainen Markku

Backman- Virpi
Lipponen

Backström Alice

Bertell Gunilla

Gerkman Ewa

Haverinen Anna

Heikura Kaija

Himanen Raimo

Häkkinen Ritva

Joensuu Kaija

Kallioinen Tuula

Keinonen Juhani

Kivimäki Margit

Koistinen Pentti

Koivisto Jari

Koivisto Taru

Kytömäki Sinikka

Leppänen Eija

Levänen Helena

Lintula Hanna

Mustalammi Terttu

Nurmi Merja

Polvi Seija

Puha Seija

Rantaniemi Pirjo

Rissanen Mirja

Participants:

chairman of the committee of so- Mikkelin kaupunki
cial and health services

nurse Koivurannan palvelukes-
kus

director of soval services Korsholms kommun

manager of socialservices Korsholms kommun

manager of department Paraisten kaupunki

project manager Oulun kaupunki

chief executive manager of nursing Etelä-Savon sairaanhoito-
piiri

deputy chairman of the committee Mikkelin kaupunki
of social and health services

director Koivurannan palvelukes-
kus

project manager Kankaanpään ammatill.
aikuiskoul.keskus

head of the unit Forssan kaupunki

member of the executive board Etelä-Savon sairaanhoito-
piiri

head of service center Pirkkalan kunta

geriatric foreman Oulun kaupunki

training manager Kuntakoulutus Oy

senior inspector Sosiaali- ja terveysministe-
riö

home service manager Jalasjärven kunta

director of social services Forssan kaupunki

chief physician in outpatient care Mikkelin seudun tervey-
denhuollon ky

inspector of social work Länsi-Suomen lääninhalli-
tus

home service manager Jalasjärven kunta

lector Kymenlaakson ammatti-
korkeakoulu

head nurse Helsingin kaupunki

deputy chairman of the committee Vantaan kaupunki

director Diakoniasäätiö Foibe

head of the unit Satakunnan ammattikor-
keakoulu

Ruhanen	Seppo	deputy chairman of the executive board	Etelä-Savon sairaanhoitopiiri
Saarinen	Juha	director of the social services and health department	Mikkelin kaupunki
Salmi	Sanni-Marja	charge nurse	HUS-yhtymä
Salonen-Soulié	Ulla	training manager	NOPUS
Sirén	Gun	manager of department	Paraisten kaupunki
Suistio	Sanna	project worker	Oulun kaupunki
Tamminen	Hannele	practical nurse	Helsingin kaupunki
Teräsalmi	Outi	director of the hospital district	Etelä-Savon sairaanhoitopiiri

3. Avohoitopalvelut käytännössä

Raportoi Merja Tepponen

Yleistä Tanskasta ja Tanskan mallista

Tanskalaisten näkemys ”Tanskan mallista” on samanlainen kuin meidän tarkoittama pohjoismainen universaali hyvinvointiyhteiskunnan malli, jossa julkinen vastaa kansalaisten hyvinvoinnista ja hyvinvointia luodaan ja palveluja pääosin tuotetaan hajautettuna kuntatasolla ja rahoitetaan verovarjoilla. Tanskassa kolmas sektori on kuntatasolla merkittävä yhteistyökumppani. Yksityisiä sairaaloita ja klinikoita on vähän.

Tanskan väkiluku on noin 5,3 miljoonaa ja kuntia on 275, ”läänejä” (=amt, maakäräjät) on 14. Tanskan terveydenhuolto rahoitetaan pääosin verovarjoilla. Jokaisella kansalaisella on samanlainen oikeus palvelujen käyttöön. Kunnallisvero on noin 17 – 21 %, maakäräjille maksettava vero noin 10 %. Lisäksi peritään valtion veroa.

Amt vastaa suurempaa väestömäärää edellyttävistä palveluista kuten sairaalat, päihteiden väärinkäyttäjien kuntoutus ym. Kunnat vastaavat vanhustenhuollosta (sisältää mm. kotipalvelut, kotisairaanhoito, hoitokodit), sosiaalietuuksien maksamisesta, päivähoidosta, peruskoulusta ym. Kuntien itsehallinto aiheuttaa suurta vaihtelua palvelujen tasossa ja toteutuksessa.

Tanskan vanhuspolitiikan tavoitteena on: ***kotona niin pitkään kuin mahdollista***. Tanskassa ei ole vanhainkoteja eikä terveyskeskuksen vuodeosastoja.

Niitä on korvattu hoitoasunnoilla, hoitokodeilla sekä yhteisasumismuodoilla, mutta ennen kaikkea kotona selviytymistä tukevilla, ympärivuorokautisilla palveluilla tavalliseen asuntoon. Uusien hoitokotien rakentaminen kiellettiin 1987. Palveluasuntoja muutetaan vanhusten tavalliseksi, tilavammaksi ja esteettömäksi asunnoiksi.

Vanhusten palvelutarjontaan vaikuttavia lakeja ovat sosiaalipalvelulaki, kotisairaanhoidolaki, laki ennalta ehkäisevistä kotikäynneistä vanhuksille, sosiaalitoimen oikeusturva- ja hallintolaki sekä laaki vanhusten asunnosta ja vanhusten asumistuesta.

Sosiaalipalvelulaki (Lov on Social Service) 71§ ja 72§ määrittelee kotihoitoa:

71 § Kunta huolehtii tarjonnasta

- 1) henkilökohtainen apua ja hoito
- 2) apu ja tuki tarpeellisessa kotipalveluissa
- 3) apu fyysisten ja psyykkisten valmiuksien ylläpitämiseksi.

Apua annetaan henkilölle, jotka eivät pysty itse suoriutumaan näistä tehtävistä väliaikaisesti tai pysyvästi alentuneen fyysisen tai psyykkisen toimintakyvyn tai erityisen sosiaalisten ongelmien vuoksi.

Kunnan arvioitua avun tarpeen asiakas voi valita itse sen henkilön, joka auttaa näissä tehtävissä. Kunnan hyväksyttyä em. henkilön hänen kanssaan tehdään kirjallinen sopimus tehtävien laajuudesta ja sisällöstä sekä niiden maksamisesta.

72 § Kunta huolehtii omaistaan hoitavan puolison, vanhempien tai muiden läheisten tukemisesta.

Lain mukaan kunnanvaltuuston tulee vähintään kerran vuodessa laatia laatustandardi 71§ ja 72§ mukaista henkilökohtaista tai käytännöllistä apua varten.

Laki ehkäisevistä kotikäynneistä vanhuksille tuli voimaan 1996. Kuntien oli tarjottava yli 80 - vuotiaille ehkäiseviä kotikäyntejä kaksi kertaa vuodessa. Vuodesta 1998 ikäraja on ollut 75 vuotta.

Käyntien tavoitteena on ennakoida avun tarvetta ja arvioida asunnon muutostöitä ja luoda turvallisuutta. Erityisen tärkeänä pidetään vanhusten omien voimavarojen aktivointia, jolla tuetaan vanhusta säilyttämään toimintakykynsä mahdollisimman pitkään. Käyntejä tekevät sairaanhoitajat, sosiaalityöntekijät, toimintaterapeutit ja fysioterapeutit. Heitä on perehdytetty ja koulutettu erityistehtävään.

Fredriksbergin kunta

sijaitsee Kööpenhaminan kiinteästi kuuluvana alueena. Asukkaita on noin 92 000. Yli 65-vuotiaita on noin 16 – 17 %. Kotihoidon asiakkaita oli noin 5000, turvapuhelimia noin 1 700. Kotihoidon budjetti noin 200 milj. DDK.

Kotihoidossa työskentelee sairaanhoitajia, sosiaali- ja terveydenhuollon assistentteja (lyhyt sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus), ”kotiavustajat”, joilla ei varsinaista sosiaali- terveydenhuollon koulutusta vaan lyhyitä kursseja. Sairaanhoitajan palkka on noin 22 000 DDK/kk, assistentti 18 000 DDK/kk ja kotiavustaja 15 - 16 000 DDK/kk. Siitä maksetaan veroja ja muita veroluonteisia maksuja yhteensä noin 50 – 53 % riippuen kunnasta.

Kotihoidossa toimitaan ns. BUM-mallin (tilaaja-toteuttaja, tekijä, tuottaja -vastaanottaja) mukaisesti. Eli kotihoidon tilaaja ja toteuttaja on erotettu toisistaan. Kotihoidon asiakkaan tarpeen arvioinnin tekevät ns. visitaattorit (B = tilaaja) (joilla yleensä sairaanhoitajakoulutus). He arvioivat asiakkaat palvelutarpeen (sekä kotipalvelut, että kotisairaanhoidon ja muut tukipalvelut) asiakkaan/kansalaisen ja tarvittaessa myös omaisen kanssa yhdessä. Suunnitelmassa määritellään palvelujen ja käyntien määrä ja kesto. Suunnitelman toteutukseen kansalainen/asiakas (M = vastaanottaja) voi valita kotihoidon toteuttajan (U = toteuttaja, tekijä, tuottaja) näistä:

- 1) kunnallinen kotihoito,
- 2) henkilö, joka antaa tarvittavat palvelut (jolloin kunta maksaa henkilön palkan) tai
- 3) yksityinen palveluntuottaja, jolla on sopimus kunnan kanssa.

1 - 2 vaihtoehdoissa palvelut ovat kansalaiselle maksuttomia, 3 vaihtoehdossa hän maksaa ylimääräisistä palveluista.

Kunnallisen kotihoidon budjetti määräytyy visitaattoreiden tekemien arviointien perusteella.

Asiakkaan tarpeen muuttuessa kotihoidon toteuttaja ottaa yhteyttä visitaattoriin, joka tekee tarvittaessa uuden arviointikäynnin. Lääkäripalvelut tulevat perhelääkäreiltä. Asiakkaat/kansalaiset valitsevat itse perhelääkäriinsä. Myös perhelääkäripalvelut ovat yleensä maksuttomia. He ovat yksityisiä lääkäreitä, joiden palkka maksetaan julkisista varoista ja se määräytyy listautuvien potilaiden määrän ja suoritettujen toimenpiteiden mukaan

Kotihoitoa annetaan 24 h/vrk. Kotihoito on organisoitu siten, että kotihoidolla on oma johtaja, Fredriksbergissä hänellä on ekonomin koulutus, apulaisjohtajalla on sairaanhoitajakoulutus. Kotihoito jakautuu viiteen osastoon: tukipalvelu osastoon, ilta- ja yöpartio-osastoon sekä alueosastoihin (1 - 3).

Alueosastot vastaavat kukin tietyn alueen kotihoidon palveluista jakautuen pienempiin ryhmiin. Ryhmät toimivat moniammatillisina tiiminä, jotka vastaavat alueen kotihoidon palvelujen toteuttamisesta suunnitelmien mukaisesti. Lisäksi kullakin alueosastolla on vastuullaan jokin erillinen tehtävä. Osastojen johtajilla on yleensä sairaanhoitajan koulutus. Alueosasto 1 vastaa kauppa palvelujen järjestämisestä. Alueosasto 2 vastaa kotisairaanhoidosta ja terapiapalveluista. Alueosasto 3 vastaa suursiivouksesta ja ruuhka-avusta. Työntekijöitä kotihoidossa on noin 800 (sairaanhoitajia noin 100 ja kotiavustajia ja assistentteja yhteensä noin 700), joista suuri osa on osa-aikaisia. Kotihoito vastaanottaa myös turvapuhelinhälytykset. Ilta- ja yövuorossa työskentelee eniten myös sairaanhoitajia (yövuorossa yksi, illalla useampi), mutta pääosa työntekijöistä on assistentteja tai kotiavustajia. Yövuorossa on koko kunnassa yhteensä neljä työntekijää. Työntekijät liikkuvat päivisin pääsääntöisesti polkupyörillä (lyhyet välimatkat, kaupunkialuetta koko kunta), yöaikaan autolla. Organisaatiokaavio (liitteenä).

Tiedonsiirto perhelääkärin ja kotisairaanhoidajan välillä tapahtuu papereiden ja puhelimen välityksellä sekä faxilla. Kiireellisiä asioita varten on olemassa salaiset numerot, josta perhelääkärin tavoittaa.

Päivällä ja aamulla on kokouksia, joissa suunnitellaan työtä kotiavustajien, assistenttien ja sairaanhoitajien kesken. Sairaanhoitajat antavat tukea kotihoidon muille työntekijöille myös puhelimitse.

Kotihoidon ja sairaalan työnjako

Sairaala järjestää asiakkaille tarvittavat apuvälineet, kotihoito asunnon muutostyöt. Jos kansalainen on vuoteeseen hoidettava, järjestää kunta sairaalasängyn kotiin. Tarvittaessa kunta järjestää myös turvapuhelimen. Laboratoriotutkimukset tekee sairaala eli näytteenotosta potilaan kotona vastaa sairaalan laboratorio. Potilas ottaa omat lääkkeensä mukaan sairaalaan ja käyttää niitä hoitojakson ajan. Sairaalassa ei ole pitkäaikaispaikkoja.

Kotihoidon tukena Fredriksbergissä on 15 akuuttia sairaalapaikkaa ja 2 intervallipaikkaa, joita kotisairaanhoidaja voi varata enintään 20 päiväksi. Myös kansalainen itse tai hänen omaisensa voivat varata hoivapaikan enintään 8 päiväksi. Lisäksi on 43 kuntoutuspaikkaa kuntoutusta varten ja 33 hoitokotipaikkaa, joissa kansalaiset, jotka tarvitsevat hoitokotipaikan, odottavat pysyvää hoitokotipaikkaa. Hoitokoteihin jonotusaika vaihtelee 1.5 kk – 9kk. Fredriksbergissä on yhteensä noin 1 100 hoitokotipaikkaa.

Lisäksi on tutkimusyksiköitä esimerkiksi dementiapotilaille. Hoitoasunnot ovat asuntoja, joihin voidaan lyhytaikaisesti antaa enemmän palveluja (esim. keuhkokuumeen hoidon ajan).

Ohjelmat

Fredriksbergin kotihoidossa oli käytössä ohjelma *työstä poissaoloihin puuttumisesta*.

Sekä sairaustapauksissa että muissa poissaoloissa. Tavoitteena oli puuttua asioihin heti ja puuttuminen nähtiin erityisesti työkavereiden velvollisuutena (esim. ilmoitusvelvollisuus tiettyyn kellonaikaan mennessä ellei työntekijä tullut työpaikalle). Esimiesten tuli puuttua asioihin jos poissaoloja oli runsaammin. Työntekijän kanssa käytiin ”vihreä”, ”keltainen” ja ”punainen” keskustelu. Vihreän ja keltaisen keskustelun käy lähiesimies, punaisen aluejohtaja. Keltaisesta ja punaisesta keskustelusta tehtiin kirjallinen dokumentti, jossa sovittiin menettelytavoista.

Sairaudesta johtuviin poissaoloihin ohjelmassa puututtiin, jos sairaus kesti yli puoli vuotta, kolme sairausjaksoa kolmen kuukauden aikana, kolme sairaudesta johtuvaa poissaoloa vapaapäivien jälkeen, kolme sairausjaksoa samoina viikonpäivinä. lapsen sairauden takia oli mahdollista olla poissa yksi päivä palkallisena

Samoin oli tehty ohjelma alkoholin käyttöön liittyen sekä työympäristön ja ilmapiirin parantamiseksi. Siinä käytiin läpi malli miten asioihin puututaan, käytöstä annettiin kirjallinen varoitus ja ohjattiin hoitoon. Työkavereiden vastuuta korostettiin myös tässä ohjelmassa.

Lisäksi oli **ohjeita**, jotka soveltuivat sekä henkilökunnalle, että asiakkaille esimerkiksi unettoomuuteen liittyen. Siinä kuvattiin normaalia unentarvetta ja unilääkkeiden vaaroja. Asiakkaille/kansalaisille oli tehty ohjeita esim. käsikirja eläkeläisille palveluista, jossa esiteltiin esimerkiksi kotihoitoa ja kotihoidon oma pankki ja kauppa-asioiden hoitoon liittyvä ohje, missä kerrottiin miten apua voi näihin asioihin saada.

4. Erikoissairaanhoito Tanskassa, Roskilden Amtssygehuset sairaala

Raportoi hallintoylihoitaja Kaija Heikura Etelä-Savon sairaanhoitopiiri

Tanskassa maakunnat vastaavat sairaalatoiminnasta ja osasta perusterveydenhuoltoa. Maakunnat järjestävät palvelut itse, ostavat muilta maakunnilta tai yksityissairaaloilta. Kuntien vastuulla on mm. kotisairaanhoito, lasten- ja nuorten ehkäisevät terveystalvelut sekä sosiaalipalvelut. Potilaat tulevat sairaalaan läheteellä, kiireelliseen hoitoon ilman lähetettä.

Kansalaiset kuuluvat oman valinnan mukaan kahteen sairausvakuutusryhmään, jossa ensimmäisessä ryhmässä he valitsevat perhelääkärin läheltä, palvelut ovat kansalaisille maksuttomia ja he menevät lähetteellä erikoislääkäreille tai sairaalaan. Toisessa sairausvakuutusryhmässä on vapaa valinta yleis- ja erikoislääkäreille ilman lähetettä, kansalaiset vastaavat osasta kustannuksista itse. 2 % tanskalaisista kuuluu sairausvakuutusryhmään 2. Sairausvakuutuksen rahoituksesta vastaavat maakunnat ja yleislääkärit toimivat siten eräänlaisina koordinaattoreina ja portinvartijoina lähetteitä kirjoittaessaan.

Sairaalatoiminnasta vastaavat siis maakunnat (14) sekä Kööpenhaminan ja Fredriksbergin asukkaille tarkoitettu Kööpenhaminan sairaalakorporaatio. Viimeksi mainitun rahoitukseen osallistuu kuntien lisäksi valtio. Kuntia Tanskassa on tällä hetkellä 273. Yksityissairaaloita on 4. Terveysministeriö ohjaa sairaalapalvelujen tarjontaa erinäisillä linjauksilla ja eroja eri maakuntien välille ei pitäisi olla. Kansalaisten yhdenmukainen palvelujen saanti (eri maakunnissa) halutaan turvata.

Sairaalapalvelujen käyttö on kansalaisille maksutonta. Kansalaisilla on mahdollisuus valita sairaala joko perustasolta tai erikoissairaala. Terveysministeriö ylläpitää internetissä eri hoitojen jonotuslistoja ja odotusaikoja toimenpidekohtaisesti (www.sygehusvalg.dk). Hoitoon hakeutuminen edellyttää käytännössä sopimusta maakuntien välillä. Potilas on aina voinut valita sairaalan maakunnan eri sairaaloiden välillä.

Potilaan laajennettu oikeus valita sairaalahoidonsa

Tanskan parlamentti on hyväksynyt muutoksen sairaalalakiin, jolla toteutetaan kansalaisen laajennettua valinnanvapautta hoitoon hakeutumisesta. Muutos tuli voimaan 1.7.2002. Muualle kuin oman maakunnan sairaaloihin hoitoon voi hakeutua, jos potilas on odottanut hoitoon pääsyä julkiseen sairaalaan yli kaksi kuukautta. Ellei oma maakunta pysty näissä aikarajoissa hoitoa järjestämään, on sen ohjattava potilas muualle hoitoon. Hoitoonohjaus tapahtuu siis omasta julkisesta sairaalasta. Sairalahoidon maksaa kansalaisen kotimaakunta, mutta oman maakunnan ulkopuolisten hoitojen matkakustannukset potilas maksaa itse. Tietoja potilas saa internetin lisäksi maakuntiin ja sairaalayhtymiin palkattujen potilasohjaajien kautta. Laajennetulla valinnanvapaudella on erityisesti haluttu turvata riittävän nopea hoito syöpä- ja sydänsairauksissa. Näille potilasryhmille on määritelty tavoitteenmukaiset odotusajat eri tutkimuksiin ja hoitoihin, hoitotakuu. Ellei näissä aikarajoissa pystytä tutkimus- ja hoitoprosessia toteuttamaan, on potilas ohjattava muualle hoitoon. Hoitotakuun piiriin kuuluvista hoidoista maakunnilla on yhteinen välityskeskus (www.venteinfo.dk).

Ellei hoitoa hoitotakuun aikarajoissa pystytä hoitamaan, potilas voi itse hakeutua hoitoon mi-
hin tahansa. Maakunnilla on tällöinkin vastuu hoidon järjestelyistä esim. ulkomailla.

Tutustumiskäynnillä saamamme tiedon mukaan arviolta enintään 5% kansalaista/potilaista on
käyttänyt laajennettua valinnanvapautta sen voimassaoloaikana. Pääsääntöisesti ne ovat suunni-
teltuja, elektiivisiä päiväkirurgisesti suoritettavia toimenpiteitä (kaihi) tai lonkkaproteesi- leikka-
uksia. Valinnanvapautta käyttävät eniten nuoret, työikäiset henkilöt. Ulkomaille sopimuksia on
tehty muutama mm. Saksaan ja Ruotsiin.

Sairaalan esittelijöiden mukaan kansalaisten vapaalla valinnalla pyrittiin lyhentämään odotusai-
koja siten, että kaikkien sairaaloiden toimintavolyymi olisi täysin käytössä. Taustalla oli myös
ajatus, että kilpailulla saataisiin eri palvelujen laatuun parannusta. Esittelijöiden mielestä kumpi-
kaan tavoite ei ole toteutunut, sillä liikakapasiteettia ei sairaaloilla ollut ja laadun arvioimiseksi
puuttuivat mittarit. Hinnoilla eri sairaalat eivät voi kilpailla, sairaalahoidon osalta toteutuu DRG-
laskutus kaikissa sairaaloissa.

Muutosta maakuntajärjestelmään

Tanskan parlamentti on asettanut rakennekomitean tekemään ehdotuksen maakuntahallinnon
uudistamisesta. Komitean on määrä jättää esityksensä 9.1.2004 ja syksyllä parlamentti tekee pää-
tökset. Uudistuksessa tultaneen selkiyttämään maakäräjien roolia suhteessa valtioon ja kuntiin.
Nykyisellään maakunnat kantavat verot, valtio määrää kuinka paljon. Valtio ei hyväksy maakä-
räjien välille eroja. Maakäräjien määrää pidetään liian suurena. Ehdotuksessa tultaneen ottamaan
kantaa myös kuntien lukumäärään. Poliittisessa päätöksenteossa tavoiteltaneen kahta hallintota-
soa. Poliittisen päätöksenteon ja virkamiesten roolia halutaan myös selkiyttää.

Sairaaloiminnan järjestämisen kannalta näyttäisi, että maakäräjät tulevat edelleen vastaamaan
sairaaloiminnasta. Uudistuksella tavoitellaan sairaaloiden välistä kilpailua ja enemmän yksityi-
sen sektorin mukaanottoa palvelujen järjestämisessä. Kansalaisten vapaata valintaa sairaalapal-
veluissa pidetään hyvänä. Halutaan sairaaloiden erikoistuvan tiettyihin palveluihin, erikoistumi-
nen organisoitaisiin tiimien avulla. Sairaaloiden määrää halutaan vähentää.

Vierailu Roskilden maakunnan sairaalaan

Vierailimme Roskilden Amtssyghus sairaalassa. Roskilden maakunnassa on asukkaita 238 000.
Maakunnassa on 1 psykiatrinen ja 2 somaattista sairaalaa.

Maakunnassa on yhteensä 11 peruskuntaa, joista 3:ssa on asukkaita yli 50 000 ja 8 ovat pienempiä kuntia. Sairaalan talousarvion loppusumma 1,3 milj. kruunua. Sairaaloiminta on kasvanut viime vuosien aikana, erityisesti lääkemenot ovat kasvaneet koko ajan. Sairaala on yksi tasokkaimmista, moderneimmista somaattisista sairaaloista Tanskassa. Sairaalalla on yhteistyösopimus kolmen muun maakunnan sairaalan kanssa plastiikkakirurgiasta, hedelmöityshoidoista ja verisuonikirurgiasta. Sairaala tuottaa vain erikoishoidot ja esimerkiksi kuntoutuksen järjestämisestä on sopimukset peruskuntien kanssa. Maakunta maksaa kuntoutuksestakin. Sairaalassa hoidetaan vain erityisryhmien kuntoutus, kuntoutustoiminnassa pyritään mahdollisimman varhain avopalveluihin.

Sairaalassa on geriatrinen tiimi, joka vastaa koko maakunnan alueella geriatrisesta toiminnasta. Tiimin jäseniä ovat ylilääkäri, sairaanhoitaja, toimintaterapeutti, fysioterapeutti ja sihteeri. Tiimin toiminta perustuu ennaltaehkäisyyn. Se pyrkii edesauttamaan vanhuksen mahdollisimman nopeaa uloskirjoittamista sairaalasta. Toisaalta yritetään antaa palveluja kotiin siten (kotikäyntien avulla), että välttyttäisiin sairaalaan sisäänotoilta. Kotikäyntimatkoilla potilastiedot kulkevat mukana sähköisessä muodossa kannettavassa mikrossa ja hoitojärjestelyt voidaan hoitaa autossa kotikäyntien välillä. Koko Tanskassa on 20 osastoa geriatria potilaita varten. Geriatria on osa sisätauteja. Yli 70-vuotiaille tanskalaisille tehdään ennakkokotikäynti, jossa katsotaan päivittäinen selviytyminen, tehdään muistitesti ja erillinen geriatrinen testi.

Sairaalassa toimii päivystys kaikilla erikoisaloilla. Yleislääkäreillä ja erikoislääkäreillä on vastaanottotilat sairaalan ensimmäisessä kerroksessa (Tanskassa ei ole erillisiä terveyskeskuksia). Päivystysvastaanottoja varten on erilliset tilat. Päihdepotilaita varten on erilliset klinikat tai heitä hoidetaan psykiatrisissa toimipisteissä.

Sairaala on akkreditoimassa toimintaansa

Maakunnassa on käynnistetty järjestelmällinen laatutyöskentely, jolla tavoitellaan kaikkien kolmen sairaalan akkreditointia vuonna 2006. (Tanskan parlamentti on asettanut vaatimuksen, että kaikki sairaalat on akkreditoitu vuonna 2006.) Prosessin toteuttamista varten Roskilden maakunnassa on koulutettu 25 - 30 avainhenkilöä. Prosessin alkuvaiheessa on kirjattu kaikki ei-toivotut tapahtumat. 2 - 3 vuoden kuluessa itsearvioinnin avulla systemaattisesti kiinnitetään huomiota toiminnan laatuun, tehdään käsikirjat oleellisista prosesseista, koulutetaan henkilöstöä ja toteutetaan kehittämis-hankkeita. Pre-evaluaatiossa käytetään sisäisiä arvioitsijoita (esimerkiksi lääkäri + sairaanhoitaja + hallinnon edustaja), kootaan palaute ja tehdään kehittämissuunnitelmat. Koko sairaalan tasolla kehittämiskohteina ovat potilaskeskeisyys, henkilöstön riittävä

osaaminen ja koulutuksen järjestäminen, riskienhallinta sekä infektioiden/hygienian toteuttaminen. Huomio laadunhallinnassa on koko organisaatiossa (rakenne) sekä toimintaprosesseissa. Lopullinen akkreditointi toteutetaan tarjouspyyntöjen perusteella ulkomaisten asiantuntijoiden toimesta. Tanskaan halutaan oma sairaalatoiminnan laatu järjestelmä, eurooppalaisia järjestelmiä ei pidetä hyvinä.

5. Kunta vanhuspalvelujen kehittäjänä

Tutustuminen Greven kuntaan 2.12.2003

Raportoi: Eija Leppänen ja Tuula Kallioinen, Forssan kaupunki

5.1. Yleistietoja kunnasta ja vanhustyöstä (liitteenä organisaatiokaavio)

- kunnan asukasluku 49 000 asukasta , joista yli 60 vuotta täyttäneitä n. 8 000
- kunnalle tyypillistä oli se, että kuntaa oli rakennettu alueittain vuodesta 1964 alkaen, joka oli johtanut siihen, että eri asuinalueiden väestö oli samanikäistä
- asukkaista 1 700 yli 75-vuotiaasta oli ennaltaehkäisevän vanhustyön piirissä sekä 1400 asukasta oli kotihoidon palvelujen piirissä
- suhdelukuja: 220 työntekijää 450:lle kotihoidon asiakkaalle
- hoitokotipaikkoja 12,5 %:lle 75-vuotta täyttäneistä
- Visitaattori – suomalaisittain ehkä palveluohjaaja - arvioi kansalaisen toimintakyvyn ja antaa ”tarjouksen” palveluista; visitaattorit ovat oma keskeinen ammattiryhmä tanskalaisessa järjestelmässä. Jos kansalainen ei ota tarjousta vastaan, pitää eri vaihtoehdot siitä huolimatta selvittää
- Hoitokodissa voi asua kuolemaan asti, käytössä kipulaastarit, perhelääkäri hoitaa myös terminaalivaiheen: omaiset voivat vaatia sairaalahoitoa, mutta sitä harvoin toteutetaan.

5.2. Vanhustyön keskeiset haasteet ja näkökulmat Grevessä

Kansalaisen näkökulma

Levebo – miljöer: ihmisellä tarve läheisyyteen, pelkkä rakennettu ympäristö ei riitä. Toimintaperiaatteena on elää ja asua yhdessä. Kaikki toiminnot kuten ruokailu, peseytyminen ja ulkoilu voidaan tehdä yhdessä. Kansalaisen omaa vuorokauden rytmiä kuitenkin on kuitenkin kunnioitettava, työntekijä sovittaa omat toimensa sen mukaan

Ennaltaehkäisevä näkökulma

- varattu budjettivaroja terveyden edistämiseen kuntatasolla, tavoitteena selvittää mahdollisimman pitkään terveenä ja kotona

Työntekijän näkökulma

- Työntekijöille on tullut työssä uusia vaatimuksia, joihin tulisi vastata sillä että vanhustyössä olisi vähintään 1 vuoden koulutus, tavoitteena on että eripituisen koulutuksen saaneet työntekijät opettavat toinen toisiansa, on kiinnitetty huomiota erityisesti väliportaana johtajakoulutukseen
- Vanhustyön työpaikkojen heikko houkuttelevuus on ongelmana myös Tanskassa; nuoret eivät hakeudu vanhustyöhön. Tähän pyritään vastaamaan mm. perheystävällisillä järjestelyillä mm. ottamalla perhettä mukaan työpaikan toimintoihin
- Uudet työaikaamallit ovat tuoneet joustavuutta sekä työntekijöiden että asiakkaiden näkökulmasta. Käyttöön on otettu Ruotsin mallin mukaan joustavat työajat ja uudet työaikakokeilut esim. 3+3+3 eli 3 pv työtä, 3 vapaata, 3 kurssilla...
- Työterveyshuollon kautta saadaan ideoita sekä työhön että vapaa-aikaan. Työssä panostetaan työssä läsnä olemiseen (ei poissaoloon). Sairas saa sairastaa, mutta aktiiviset yhteydenotot sairaslomalla olevaan työntekijään aloitetaan 4 pv:n kuluttua loman alkamisesta. Keskeisenä tavoitteena on ”aktiivinen sairastunut”: esim. jos työntekijällä on jalka poikki hän voi osallistua parina päivänä viikossa esim. askartelun ohjaamiseen. Sairaslomalainen pyritään pitämään kiinni työelämässä koko sairasloman ajan. Työntekijöiden toivomuksesta oli hankittu mm. hierontatuoli, joka edesauttoi työssä jaksamista.
- Läsnäolokeskustelut esimiehen kanssa olivat keino lyhyiden poissaolojen kuriin saamiseen.

Yhteistyön näkökulma

- Kunnissa tai ainakin vierailukohteissa oli toive siitä, että nykyisen kaltaiset maakunnat poistettaisiin. Periaatteena nyt on ollut, että maakunnassa on sairaala, joka hoitaa sairaat. Kunnat ovat kuitenkin yhä enemmän joutuneet hoitamaan maakunnan tehtäviä esim. kuntoutuksessa. Maakunnat kuntouttavat työikäiset, mutta eläkeläiset hoidetaan kuntien toimesta esim. lonkkaleikkauksen jälkeen, ja monesti esim. aivohalvauspotilaan kuntoutus on todella vaativaa. Kuntoutus on pääosin ryhmämuotoista
- Kommunikointi perhelääkärin kanssa ja muiden yhteistyötahojen kanssa on aikaa vaativaa

- Jonkinlaisen maakunnallisen terveyskeskuksen tarvetta nähtiin olevan Greven alueella. Siihen osallistuisivat lääkärit, ennaltaehkäisevän työn tekijät + vaihtoehtoiset hoitomuotojen edustajat. Periaatteena voisi olla, että maakunnallinen terveyskeskus vastaisi kuntoutuksen ja terveyden edistämiseen liittyvästä työstä.

Vanhustyön arvot Grevessä (liitteenä alkuperäinen kalvo De 7 vaerdier)

1. Olemme kansalaisia varten (kiinnostus, vastuu)
2. Olemme kunnan virassa (työnantajan näkökulma, osa järjestelmää)
3. Teemme tavoitteellista työtä (joustavuus, taidot, innovatiivisuus)
4. Olemme resurssitietoisia (yhteinen päämäärä, talousarvio)
5. Otamme vastuun (poliittisesti, toiminta)
6. Kuuntelemme aktiivisesti, dialogi on tärkeää (työn houkuttelevuus)
7. Jaamme ja opimme kokemuksistamme (ajan hermolla pysyminen)

5.3. Kuntalainen osallistuu Grevessä

- Ehkäisevät kotikäynnit (liite aktiviteetsmuligheter for pensionister i Greve)
- Kunnassa aktiviteetikonsultti (joka irrallinen muusta systeemistä). Konsultti ei ole yhteydessä Atk- järjestelmiin.
- Toiminnot, joita tarjotaan: päiväkeskus eläkeläisille, aktiivitalot, verkostokonttorit (vapaaehtoistyön keskus), Vanhukset auttavat vanhuksia- yhdistys, Seniorielokuvat, eläkeläislehti, Vanhusneuvosto, Neuvoa-antava vammaisfoorumi
- kotona selviytymistä tukevat erityisesti kansalaisten omaan toimintaan nojautuvat ”hoitokeskukset / aktiivitalot: kunnassa on 4 tällaista taloa; niiden käytännön asioista vastaavat kansalaisten omat johtokunnat – talot ovat erikoistuneet erilaisiin toimintoihin (tanssia, laulua, ruuan laittoa, pelejä, puutarhanhoitoa, liikuntaa, teatteria), yhdyshenkilönä Greven kuntaan toimii em. aktiviteetikonsultti
- Kaiken kaikkiaan jäi sellainen käsitys, että eläkeläiset tekevät itse hyvin paljon vapaaehtoista työtä yhteisöissään sen lisäksi, että tarjolla on hyvin paljon monipuolista toimintaa omaan kiinnostukseen perustuen.
- Käsikirja eläkeläisille, jossa esitellään laajasti palvelujen ja toimintojen tarjontaa kunnassa
- Uusiin kokeiluihin varattiin rahaa konsultin budjettiin.
- Tulevaisuuden haasteena nähtiin erityisesti eläkeläisten omaehtoisen liikunnan lisääminen

5.4. Vanhusneuvostot

- Laki vanhusneuvostoista annettu vuonna 1995, neuvostoilla on kiinteä yhteys kunnalliseen päätöksentekoon
- tehtävät: vanhusten viihtyvyyden edistäminen, lausuntojen ja esitysten tekeminen, palvelutarveselvitykset, tiedon välitys, vaikuttaminen päätöksen tekoon erityisesti resurssien käytön suhteen
- 7 jäsentä, kaupunginhallitus valitsee jäsenet
- vanhusneuvosto saa aina sosiaalilautakunnan esityslistat ja voi ottaa kantaa niihin ennen kokousta, myös muiden toimialojen asioihin otetaan aktiivisesti kantaa
- budjettiin vaikuttaminen ennen päätöksentekoa erityisen tärkeää
- isoissa rakennushankkeissa yleensä vanhusneuvoston jäsen mukana
- vanhusneuvoston budjetti Grevessä 80 000 kr/vuosi
- kh:lla mahdollisuus delegoida päätösvaltaansa vanhusneuvostolle
- toimii sosiaalilautakunnan alaisena muutoksenhakuelimenä kotihoitoa koskevissa asioissa (valitusneuvostossa 3 jäsentä), valitukset nykyisin hyvin harvinaisia koska kunnallisen palvelun vaihtoehtona on aina yksityinen palvelu (yksityisen kotihoidon osuus n. 27 % - toimii hyvin)
- Vanhusneuvoston puheenjohtaja kuvaili hyvin perusteellisesti kokeilua, jossa pyrittiin selvittämään vasta eläkkeelle jääneiden ja 75-vuotiaiden eroja liikuntatottumusten muuttamiseksi. Vanhemmat eivät olleet yhtä valmiita liikuntatottumusten muuttamiseen kuin nuoremmat vaikka informaatiota liikunnan terveyttä edistävästä vaikutuksesta annettiin paljon.

6. Vanhustenhuollon tietokeskus Vidscenter på eldreområdet, Hellerup

Raportoi: Merja Nurmi

Geriatrisen tiedon välittäjä vanhoista ihmisistä, vanhenemisesta ja vanhuudesta

Yleistä Tietokeskuksesta

Ulla Salonen-Soulien mukaan Tanskassa alkoi sosiaali- ja terveydenhuollossa jo 1980-luvulla projektien kautta voimakas toiminnan kehittäminen kun poliittisella päätöksellä siirrettiin paikalliselle tasolle kehittämisrahaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa tutkimus- ja kehittämistoiminta alkoi ajatuksena tukea moninaisuutta; antamalla ”kaikkien kukkien kukkia.” Tällä haluttiin nimenomaan löytää vastauksia toiminnan kehittämiseen.

Myöhemmin toimintamuodoksi valittiin kuitenkin tietokeskusten muodostaminen (tiedonvälittämisen ja tiedonkeräämisen funktio), joiden annettiin profiloitua.

Tietokeskusten perusajatuksena on tiedon kerääminen, työstäminen ja välittäminen. Tarkoituksena on Ulla Salonen-Soulien mukaan yhdistää tutkimustietoa ja käytännön tietoa; edistää tiedon muuttumista käytännöiksi sekä tiedon muodostumisen tukemista käytännöstä käsin. Ajatuksena on nimenomaan tutkia paikallistason (erityisesti kuntien) muutos- ja kehittämisprosesseja, helpottaa tiedon saantia ja tietämystä sekä auttaa menetelmien kehittämisessä ja välittää käytännön kokemuksia eteenpäin.

Tanskassa toimiikin lukuisia Tietokeskuksia (videncentre), joiden toiminta keskittyy tiedon tuottamiseen ja keräämiseen sekä neuvontatoimintaan. Ne toimivatkin merkittävinä erityisosaajina (vrt.Suomeen luotu Sosiaalialan osaamiskeskustoiminta).

Vanhusalan Tietokeskus (Videnscenter på Eldreområdet)

Tanskassa se toimii samassa tilassa Hellerupissa kahden muun eri organisaation kanssa (Gerontologinen yhdistys ja tutkimuskeskus Gerontologinen Instituutti).

Syynä Tietokeskuksen syntyyn oli se, että puuttui yhteys tutkimustiedon ja käytännön työn välillä. Tutkimustyöstä oli usein vaikeaa poimia käytännön työssä tarvittavaa tietoa.

1991 todettiin, että halutaan puoluepolitiikasta riippumaton yksikkö, joka välittää tietoa ja helpottaa pääsyä olemassaolevaan tutkimukseen. 1996 käynnistettiin Sosiaaliministeriön mandaatilla Gerontologinen Instituutin osaksi Vanhusalan Tietokeskus.

Ministeriön kautta saatava toiminnan perusrahoitus päättyi kuitenkin 1999 mandaatin päättyessä ja ministeriöstä saatiin vain vuodeksi kerrallaan rahaa toimintaan.

Toisaalta tämä lisäsi itsenäisyyttä niin ministeriöstä kuin Gerontologisesta Instituutista mutta toisaalta se toi taloudellisen epävarmuuden, joka kilpistyi vuonna 2002 kun hallituskin lopetti tukensa: Tietokeskus joutui sulkemaan ovensa joksikin aikaa.

Tietokeskuksen toimintaa on evaluoitu kolmesti 6 vuoden aikana ja viimeisestä evaluaatiosta tuli tunne siitä, että Tietokeskuksen toiminta halutaan lakkauttaa. Tietokeskuksella on kuitenkin Kansankäräjillä vahvoja tukijoita, jotka ovat mahdollistaneet toiminnan jatkumisen elokuun 2002 alusta lukien uudelleen. Yhdessä Kansankäräjien ja yhteistyökumppaneiden voimin on Tietokeskuksen toiminnan rahoitus nyt varmistettu 4 vuodeksi eteenpäin.

Toimintamuodot

Tietokeskuksen palveluksessa on vain 2 kokopäiväistä työntekijää. Toiminnan tämänhetkinen painopiste on kotisivujen kehittämisessä. Heidän kotisivuillaan käydäänkin todella ahkerasti: tavallisena maanantaipäivänä sivuilla kävi 99 henkilöä tutustumassa 1200 sivuun. Sivut ovat toistaiseksi vain tanskaksi, mutta pyrkimyksenä on saada ne myös englanninkielisiksi.

WWW-sivuilla on laajasti kerättyä tietoa gerontologiasta. Sivuilta löytyy tietoa mm. lainsäädännöstä, tilastoista, vanhusalan insituutioista (myös ulkomaisista) ja mm. asutokannasta (esim. jos haluaa muuttaa toisella paikkakunnalle asumaan.)

Toinen tärkeä toimintamuoto on journalistin suorittama gerontologisen tiedon suhteen lehtien ja tutkimusten läpikäynti (tutkitun tiedon) ja niistä muistion tekeminen 2 viikon välein. Hän seuraa myös ennaltaehkäisyä ja tekee myös ennaltaehkäisyyn foorumista muistion (mm. Suomen ennaltaehkäisevät kotikäynnit löytyy heiltä maininta.)

Journalisti laatii myös kulloinkin tiettyä aihetta käsittelevän, 4 kertaa vuodessa ilmestyvän lehden (uutiskirjeen) nimeltään Alderens nye sider.

Tietokeskuksella on myös muuta julkaisutoimintaa vaikka eivät itse tutkimusta teekään (tällä hetkellä heillä tosin on 1 Sosiaalitutkimuskeskuksen tukija.) Julkaisujen tuottaminen aloitetaan keräämällä gerontologian tutkijoita Dialogi-ryhmään, jonka perusteella valitaan aihe ja valitaan artikkelien kirjoittajat. Ajatuksena on riippumattomasti ja kantaaottamatta valaista kulloistakin aihetta mahdollisimman monelta eri kannalta.

Tietokeskus järjestää myös konferensseja. Heillä on ollut tähän mennessä 2 konferenssia kotihoitosta. Niissä on pohdittu voidaanko vanhuksia kuntouttaa ja onko siitä hyötyä. Tietokeskus vastaa myös moniin erilaisiin kysymyksiin ja ohjaa tiedon lähteille (erityisesti opiskelijoita.) sekä etsivät spesiaalitietoa ja vastaavat mm. journalistien kysymyksiin.

Tiedonkeräämisessä Tietokeskuksen ajatuksena on lähteä laajasti liikkeelle. Etsiä tietoa puolesta ja vastaan ottamatta kuitenkaan itse kantaa ja arvioimatta. Ajatuksena on valaista kulloistakin ongelmanasettelua mahdollisimman laajasti.

Tietokeskus keskittyy gerontologiseen tietoon. Geriatriasta heiltä löytyy vain yleistä tietoa. Heidän johtajansa (psykologi) on kiinnostunut itse dementiasta ja siksi heillä on siitä paljon tietoa. Tanskasta löytyy geriatriasta omia tutkimuslaitoksia. Lisäksi Tanskassa on lukuisia vanhusalueen yhdistyksiä (mm. aktiivinen Alzheimer- yhdistys.)

Tietokeskuksen tietoa ei käytetä varsinaisesti tulevaisuuden suunnitteluun. Tietokeskus ei ole neuvoa-antava elin hallitukselle (sosiaaliministeriöllä on omat neuvoa-antavat elimensä.) Tanskalle ei muutoinkaan ole tyypillistä selkeiden ohjeistusten antaminen vaan kansalaisten oman vastuun korostaminen.

Tietokeskuksen tiedonsaanti perustuu ennen kaikkea hyvään ja laajaan yhteistyöverkostoon (myös kansainväliseen). Erityisen merkittävä yhteistyö on gerontologian alan tutkijoiden ja saman talon kahden muun instanssin välillä.

Kehittämishaasteita

Tietokeskuksen toiminta perustuu tutkitun tiedon välittämiseen yhteysverkoston kautta. Myös kv-yhteistyö toimii tätä kautta. Oikeastaan muunlaista kv-yhteistyötä ei vielä ole.

Gerontologian monitieteisyys aiheuttaa myös kehityshaasteita, sillä esim. Tanskassa sairaanhoidon sisällä ei ole omia oppimiskeskuksia. Vanhusalalla on useita toimijoita ja esim. monissa kunnissa on omia dementiakoordinaattoreita. Näin tiedon ja kokemusten kerääminen yhteen on varsin haastava tehtävä.

Tietokeskuksen onkin erittäin vaikeaa tietää kuinka laajasti heidän osaamistaan on mennyt kuntiin ja kuinka syvälle (ruohonjuuritason työntekijöille saakka.) Tätä on erittäin vaikea selvittää samaten kuin sitä, miten tiedot kunnissa leviävät niille, jotka konkreettisesti tekevät työtä vanhusasioiden parissa. Tietokeskuksessa on myös esim. pantu merkille se, että heidän järjestämiin konferensseihin tulijat ovat useimmiten väliportaan johtotasoa kunnista, ei yleensä ruohonjuuritason työntekijöitä eikä esim. perhelääkäreitä.

Tietokeskuksen ongelmaksi koetaan myös dokumentoinnin puute. Kunnissa tehdään kyllä varsin paljon ja hyvää kehittämistyötä mutta sitä ei dokumentoida (miten ja mihin lopputulokseen on päästy.) Kunnissa haluttaisiin kuulla kootut tiedot hyvistä käytännöistä.

Tanskassa Sosiaalikorkeakoulun edustaja totesi hiljattain, että kunnissa toimitaan tällä hetkellä paljon ad hoc- periaatteella, jolloin yritetään selviytyä vain tilanteesta toiseen. Tällöin järjestelmällisen tutkitun tiedon pohjalta toimiminen kärsii. Kunnissa tehdään kuitenkin paljon tutkimusta. Valitettavasti sitä ei kuitenkaan riittävästi dokumentoida.

Mikä sitten olisi paras tapa edistää kehitystyötä kunnissa? Esittelijämme totesi, että kehitystyö kunnissa lepää liiaksi ”tulisielujen” varassa. Kun he lähtevät, lähtee kehitetty toiminta – ja samalla rahat.

Paras tapa edistää kehitysprosessia kunnissa on esittelijämme mukaan evaluoitu, dokumentoitu kehitysprosessi, josta saatua tietoa levitetään mahdollisimman laajasti mm. Tietokeskuksen www-sivujen kautta.

7. Dementiakeskus Pilehuset

Raportoi: Projektipäällikkö Anna Haverinen. Projektityöntekijä Sanna Suistio, ja vanhustyön johtaja Pentti Koistinen, Oulun kaupunki

Käynnistä vastasivat varajohtaja Bo Halberg, joka oli psykologi koulutukseltaan sekä Dementia Team:ssa toimiva sairaanhoitaja Kim Pontoppidan. Käynti sisälsi yleisesittelyä ja kiertokäynnin sekä lounaan, joka edusti perinteistä tanskalaista joulunajan ateriaa.

7.1. Yleisesittely

- neljä vuotta toiminnassa oleva yksikkö, jossa pääasiassa dementikkoja, mutta myös muita asukkaita
- Kööpenhaminan kunnan omaa toimintaa

7.1.1 Toiminnan lähtökohtia ”Annetaan hoivaa niin, että kansalainen ymmärtää”

- toiminnan perustana sosiaalipsykologinen näkökulma
- hoito ja hyvän hoidon kriteerit perustuvat arvoihin
- amerikkalaisen Tom Kitwoodin ajatukset perusfilosofiana
 - ”each person is special”

- henkilökeskeinen/asiakaskeskeinen hoito, huomio persoonaan
- dementiassa henkilön joitakin valmiuksia katoaa, tärkeää hänen elämäntapojensa tunteminen ja jäljellä olevien voimavarojen huomiointi
- inhimillisyyden kunnioittaminen
- mielekäs tekeminen tärkeätä
- keskuksessa ei omia lääkäreitä, lääkäripalvelut antaa kunkin asiakkaan perhelääkäri

7.1.2. Resurssit

Henkilökunta:

- n. 200 työntekijää kaikkiaan
- sairaanhoitajia, toimintaterapeutteja (runsaasti), lähihoitajia, yhden vuoden koulutuksen saaneita sairaala-apulaisia
- johtajan mielestä sairaanhoitajat voivat olla liian korkeasti koulutettuja työskentelemään tämän tyyppisessä paikassa, kuitenkin esim. läkehoidon kansallisen ohjeistuksen vuoksi heitä tarvitaan. Johtaja piti työntekijän persoonaa tärkeämpänä kuin peruskoulutusta ja kertoi henkilökuntarakenteen olevan vaihteleva.
- henkilökunta omissa vaatteissa

Tilat:

- ei suunniteltu nykyistä toimintaa varten
- kunta omistaa tilat
- tilojen ylläpidon maksaa keskus itse, suuremmat korjaukset tulevat kunnalta
- vaikka tiloissa rakenteellista epäkäytännöllisyyttä, sisustuksessa huomioitu mm. että lampuista ei tule varjoja lattialle (varjostimet suuntaavat valon ylös) ja lattiatapinnat ovat vaaleita. Myös värit tarkkaan mietittyjä
- asunnot yksinkertaisia (yksi huone ja tilava wc-suihkutila), saa tuoda omia huonekaluja, tavaroita

7.1.3. Tilaaja-Tuottajamalli, ns. B-U-M –malli

Keskuksen toiminnan rahoitus perustuu tilaaja-tuottaja –malliin, jossa

B on tilaaja (ja pääasiallinen maksaja), jota edustavat arvioijat, visitaattorit, jotka määrittelevät kansalaisen tarvitsemat palvelut (Kööpenhaminan alueella n. 160 kpl, sairaanhoitajia ja lähihoitajia, ei riittävää koulutusta dementiasta)

U palvelun tuottaja

M palvelun vastaanottaja

Yhtä asukaspaikkaa kohden keskus saa rahoitusta n. 400 000 Kr, Day Care –paikkaa kohden n. puolet siitä

7.2. Toiminta

7.2.1. Palvelutarjonta

1) Intervallipaikat (Short Residence)

- 16 paikkaa
- ajanjaksot vaihtelevat pääasiallisesti viikosta kahteen viikkoon
- tarkoituksena omaisten työn ja kuormituksen helpottaminen
- asiakkaat voivat tulla myös hoitokodeista, jos heillä on esim. vaikeita käyttäiriöitä
- jonotuslista käytössä eli paikkaa joutuu odottamaan
- toimintamuotoina mm. työpajat, biljardi, askartelu, kodin askareet (esim. pyykinpesun, ruuanlaiton, siivouksen tekevät asiakkaat henkilökunnan kanssa, ei siis ns. ostopalveluja ulkopuolelta)

2) Kohdennettu asuntotarjonta dementiaa sairastaville (Special care unit)

- 22 asukasta
- pysyvä asumismuoto kansalaisille
- ympärivuorokautiset palvelut
- henkilökuntaa n.25 (tekevät 3-vuorotyötä)

3) Day care unit

- auki seitsemänä päivänä viikossa ja yhtenä iltana
- asiakkaat voivat käydä monta vuotta ja aloittaa dementian varhaisessa vaiheessa
- ryhmissä 8 henkilöä, yleensä 1/3 miehiä ja 2/3 naisia
- kansalaisen haetaan ryhmiin omasta kodista ja tärkeänä pidettiin, että hakija on tuttu ammattilainen päiväkeskuksesta, jotta hän hakiessaan näkee, mikä tilanne on kotona. Hakemisia varten on kolme autoa

4) Dementia Team

- henkilökunta: 2 sairaanhoitajaa, 1 fysioterapeutti, 1 ”viestintäkonsulentti” ja lisäksi projekteja
- antavat palveluja Pilehusetin ulkopuolisille henkilöille (kotihoito tärkein), myös omaisille
- toimivat jonkin verran kansalaisten kotona

- palveluina: konsultaatiot, ohjaus, opetus, ”coaching”, WWW-sivut, tukeminen, kotihoidon henkilökunnalle vinkkejä käytännön ongelmissa (*Case*: kotona asuva mies oli aggressiivinen ja Dementia Team käynnillään sai selville, että mies oli asunut Afrikassa. Siellä, jos jokin koputteli ovella, syynä saattoi olla vieraan heimon edustajat tai villieläimet). Siis elämänhistorian kerääminen tärkeätä, jolloin saadaan ymmärrystä dementikon käyttäytymiselle.
- tärkeätä olla luomassa verkostoja ammattilaisten välille
- ei diagnostiikkaa, sen tekee perhelääkäri ja sitä varten on myös omia klinikoita

7.2.1. Turvallisuusnäkökulmia

- esim. yhteisissä keittiöissä ei suojia liesien nappuloissa, veitset pöydällä telineessä, ei siis lukkojen takana. Johtaja perusteli sillä, että henkilökuntaa aina paikalla. Yhteisöllisyys tärkeätä, henkilökunnalla ei asumisyksiköissä omia tiloja, vaan ovat asukkaita varten. Jos henkilökunnalla tarvetta esim. puhelimella asioiden hoitamiseen, he poistuvat siksi aikaa asumisyksiköstä ilmoittaen siitä muille
- huoneistot ei lukittuja, ei kulunvalvontaa eikä turvarannekkeita (Tanskan lainsäädäntö ei salli)
- johtajan mukaan jos dementikko lukitaan johonkin tilaan ja siten estetään kävely → vastoin itsemääräämisoikeutta. *Case*: Sen sijaan että estetään kansalaisen pääsy ulos, hänen kanssaan lähdetään kävelylle, ja sopivan kävelyrupeaman jälkeen sitten ehdotetaan esim. päiväkahveja tai lepäämään menoa. Yleensä kansalainen rauhoittuu ja tilanne voidaan hoitaa ilman että hänen itsemääräämisoikeuttaan loukataan ja ilman lääkkeitä (kenkiä sen sijaan kuluu).

7.3. Kehittämistyö ja yhteistyö

- yksikössä ei tehdä varsinaista tieteellistä tutkimustyötä, ovat siitä kuitenkin kiinnostuneita
- tekevät yhteistyötä psykogeriatrisen yksikön kanssa, pienissä kunnissa on dementiakoordinaattoreita (esim. Kööpenhaminassa visitaattori+toimintaterapeutti työparina)
- Pilehusetissa ei ole tällä hetkellä opiskelijoita, perustelevat päätehtävänään olevan kansalaiselle annettavan laadukkaan palvelun, ja että dementoituneet asiakkaat tarvitsevat tutut ihmiset ympärilleen. Ovat kuitenkin kiinnostuneita miettimään jatkossa mahdollisia yhteistyömuotoja.

DCM, hoidon laadun arviointiväline

- arviointi tehdään kullekin kansalaiselle 4 kertaa vuodessa
- tekee aina toisen yksikön edustaja
- havainnoidaan esim. kahdeksaa kansalaista yhtä aikaa ja kirjataan 5 minuutin välein kuuden tunnin ajan yksilöllisesti, mitä he tekevät käyttäen 28 muuttujaa. Lisäksi annetaan arvosana (+5, +3, +1, -1, -3, -5). Muuttujat kuvaavat kansalaisen käyttäytymistä, tekemistä ja osallistumista.
- Tämän jälkeen analysoidaan, esim. mistä kansalainen pitää ja sitä pyritään tukemaan. Esimerkiksi yhteinen tuokio: kun laulettiin yhdessä tuttuja lauluja, kansalainen oli hyvin innokkaasti mukana, mutta kun siirryttiin lukemaan lehdestä mm. Irakin sotaan liittyviä ajankohtaisasioita, kansalainen alkoi vaeltaa levottomasti.
- ei käytetä henkilöstöressurssitarpeiden arviointiin

8. LIITTEET

8.1. Liite 1. Roskilde Amt s. (16)

8.2. Liite 2. Greven kunta s. (3)