

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaalialan koulutusohjelma

YSOSIS15

2016

Maria Vesala

OMAHOITAJATOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN KOTIPALVELUUN

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali-alan koulutusohjelma

2016 | 62+24

Ohjaaja Kari Salonen

Maria Vesala

OMAHOITAJATOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN KOTIPALVELUUN

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli kehittää toimintamalli omahoitajuuteen Marttilan kunnan kotipalvelussa. Kehittämishankkeen aihepiiri perustuu työelämän ja lainsäädännön tarpeisiin. Toimintamallilla tarkoitetaan yhdessä sovittua tapaa toimia. Tässä hankkeessa toimintamalli laadittiin yhteistyössä asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden kanssa.

Kehittämishankkeen tavoitteena oli lisätä kotipalvelun työntekijöiden ja asiakkaiden välistä yhteisymmärrystä, yhteistyötä, osallisuutta ja asiakkaan oman äänen kuuluviin saamista hänen kotipalveluissaan. Kotipalvelutyö on työntekijän tekemää työtä asiakkaan kotona, jossa tarvitaan erityistä hienovaraisuutta ja kunnioitusta asiakkaan omaa tilaa kohtaan.

Kehittämishanke on toteutettu Marttilan kunnan kotipalvelussa loppuvuoden 2015 ja vuoden 2016 aikana. Kehittämisprosessi on edennyt spiraalimaisesti suunnittelusta, toteutuksen, ja havainnoinnin kautta toiminnan reflektointiin. Kehittämismenetelminä on käytetty työkonferenssimenetelmää, dialogisia työyksikkökokouksia ja asiakaspalautekyselyä

Kehittämishankkeen varsinainen tuotos on omahoitajatoimintamalli. Omahoitajan pääasiallinen tehtävä on pitää asiakkaasta huolta kokonaisvaltaisesti. Omahoitajuus kuvastaa hyvin sosiaalihuolto- ja vanhuspalvelulain mukaisia keskeisiä tehtäviä, jossa omahoitaja seuraa asiakkaan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumista ja mahdollisia uusia palvelutarpeita sekä edistää asiakkaan edun toteutumista. Omahoitajatoimintamallin lisäksi kotipalveluun laadittiin elämäkertalomake sekä hoito- ja palvelusuunnitelman päivityslomake.

ASIASANAT:

Omahoitaja, omahoitajuus, asiakkuus, osallisuus, iäkäs, kotipalvelu.

BACHELOR'S / MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services

2016 | 62+24

Instructor Kari Salonen

Maria Vesala

PRIMARY NURSE OPERATING MODEL'S DEVELOPMENT FOR HOME SERVICE

The purpose of this development project was to develop an operating model to primary nursing of home services in the municipality of Marttila. The subject of this development project was increased by needs of working life and the legislation. Operating model referred to the commonly agreed way of working. In this project the operating model was developed in with clients, relatives and employees.

The aim of this developing project was to increase understanding between home service employees and client's cooperation, inclusion and the client's own voice heard in her home services. Home service employees worked in client's own houses. Employees had to have sensibility and respect for the client's home and their own space to.

The development project was carried out in the home services in municipality of Marttila during the end of the year 2015 and in 2016. The development process had progressed spirally with planning, implementation and through observation which reflected activities. The methods that have been used are labor conference, dialogue meetings with employees and client's inquiry.

The actual output of the development project was an operating model for primary nursing. The main task of primary nursing was to keep the clients under full care. The primary nurse together with the customer follows the fulfilment of the care and service plan and looks if there's any new possible needs of service. Primary nurse works for the realization of the customer's advantage. Operating model to primary nursing addition to prepared a biography of the form and the care and service plan upgrade form.

KEYWORDS:

Primary nurse, primary nursing, client, inclusion, aged, home service.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	8
2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	9
2.1 Marttilan kunnan vanhuspalvelut	9
2.2 Kehittämishankkeen tausta ja tarve	10
2.3 Kehittämishankkeen tavoitteet ja tehtävät	12
3 IKÄÄNTYMINEN SUOMESSA	13
3.1 Iäkäs henkilö	13
3.2 Ikääntymispolitiikka tukee kotona asumista	14
4 IÄKKÄIDEN KOTIIN ANNETTAVAT PALVELUT	19
4.1 Iäkkään väestön palvelujen muodot	19
4.2 Kotipalvelu	23
4.3 Palvelutarpeen arviointi	24
4.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma	26
5 OMAHOITAJANA IÄKKÄÄLLE ASIAKKAALLE	27
5.1 Osallisuus vanhuspalveluissa	27
5.2 Iäkäs asiakkaana omassa kodissaan	31
5.3 Omahoitajuus kotipalvelussa	32
6 OMAHOITAJATOIMINTAMALLIN KEHITTÄMISPROSESSI	35
6.1 Kehittämisprosessin eteneminen	35
6.2 Kehittämismenetelmät	39
6.3 Kehittämishankkeen toteutus	43
7 OMAHOITAJATOIMINTAMALLI	54
8 HANKKEEN ARVIOINTI	57
LÄHTEET	59

LIITTEET

- Liite 1. Kutsu työkonferenssiin.
- Liite 2. Suostumus kehittämishankkeeseen osallistumisesta.
- Liite 3. Palaute työkonferenssista.
- Liite 4. Uusittu hoito- ja palvelusuunnitelmalomake.
- Liite 5. Hoito- ja palvelusuunnitelman päivityslomake.
- Liite 6. Kirje omahoitajatoimintamallin käyttöönotosta.
- Liite 7. Lopullinen hoito- ja palvelusuunnitelmalomake.
- Liite 8. Asiakaspalautekysely omahoitajatoimintamallista.
- Liite 9. Elämänkaarilomake.

KUVAT

- Kuva 1. Työkonferenssin avaus (Kuva: Minna Kuokkanen). 44
- Kuva 2. Asiakasryhmän työskentelyä (Kuva: Maria Vesala). 44
- Kuva 3. Yleisistunnon koontia fläppitaululla (Kuva: Maria Vesala). 46
- Kuva 4. Kehittämissohjelmien pohdintaa työntekijöiden kesken (Kuva: Maria Vesala). 48
- Kuva 5. Palautteen antoa työnkonferenssista (Kuva: Maria Vesala). 49
- Kuva 6. Kotipalvelun työyksikkökokous (Kuva: Maria Vesala). 51

KUVIOT

- Kuvio 1. Marttilan kunnan organisaatiokaavio (Marttilan kunta 2016a). 9
- Kuvio 2. Marttilan kunnan sosiaalitoimen henkilöstöorganisaatio 2016 (Marttilan kunta 2016a). 10
- Kuvio 3. Marttilan kunnan strategiset tavoitteet ja toimenpiteet ikäihmisten palveluille (Marttilan kunta 2016b). 17
- Kuvio 4. Ikäihmisten palvelujärjestelmä asuinpaikoittain (mukaiillen Klemola 2016, 25). 19
- Kuvio 5. Härkätien yhteistoiminta-alueen palvelutarpeen selvittämisen prosessimalli (Vuorio 2014, 72). 25
- Kuvio 6. Osallisuus syrjäytymisen vastaparina (Raivio & Karjalainen 2013, 17). 28
- Kuvio 7. Osallisuuden ulottuvuudet (Särkelä-Kukko 2014,38). 29
- Kuvio 8. Omahoitajan tehtävät kotihoidossa (Ikonen 2013, 36). 33
- Kuvio 9. Omahoitajatoimintamalli- kehittämishankkeen eteneminen vuosina 2015–2016. 36
- Kuvio 10. Kehittämisshankeen eteneminen spiraalimaisesti (Mukaiillen Toikko & Rantanen 2009, 67). 38
- Kuvio 11. Työyhteisön johtamisen tähtimalli (Jalava & Matilainen 2010.) 41
- Kuvio 12. Visio omahoitajamallista. 45
- Kuvio 13. Vision esteet omahoitajuudessa. 46
- Kuvio 14. Ratkaisut esteisiin omahoitajuudessa. 48
- Kuvio 15. Omahoitajuuden kehittämissohjelmat. 49
- Kuvio 16. Alustava omahoitajamalli. 50

Kuvio 17. Asiakaspalautteet omahoitajamallista.
Kuvio 18. Omahoitajatoimintamalli kotipalvelussa.

52
55

KÄYTETYT LYHENTEET TAI SANASTO

STM

Sosiaali- ja terveysministeriö

Vanhuspalvelulaki

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden kotona asumisen tukeminen on keskiössä tämän päivän ikääntymispolitiikassa. Sosiaali- ja terveysministeriön (jäljempänä STM) kärkihankkeet pitävät sisällään muun muassa asiakaslähtöisyyttä ja ikäihmisten kotihoidon tukemista. Hallitusohjelman tavoitteisiin kuuluu myös toimintatapojen uudistamista. Muutoksen keskeisinä tekijöinä nähdään niin iäkkäät, omaiset kuin palveluiden järjestäjinä ja tuottajina toimivat tahot kuten kunnat, järjestöt, seurakunnat ja yksityiset palveluntuottajat henkilöstöineen.

Tässä kehittämishankkeessa tartutaan ajankohtaiseen haasteeseen. Hankkeen tarkoituksena on kehittää toimintamalli omahoitajuuteen Marttilan kunnan kotipalvelussa. Kehittämishankkeen aihepiiri perustuu työelämän ja lainsäädännön tarpeisiin. Perinteisesti toimintamalleja laaditaan niiden tarpeessa olevien organisaatioiden toimesta. Tässä hankkeessa toimintamallin laatimiseen annetaan mahdollisuus työntekijöiden lisäksi ikääntyneille asiakkaille ja heidän omaisilleen.

Kehittämishankkeen tavoitteena on lisätä kotipalvelun työntekijöiden ja asiakkaiden välistä yhteisymmärrystä, yhteistyötä, osallisuutta ja asiakkaan oman äänen kuuluviin saamista hänen kotipalveluissaan. Kotipalvelutyö on työntekijän tekemää työtä asiakkaan kotona, jossa tarvitaan erityistä hienovaraisuutta ja kunnioitusta asiakkaan omaa tilaa kohtaan.

Kehittämishanke toteutettiin Marttilan kunnan kotipalvelussa loppuvuoden 2015 ja vuoden 2016 aikana. Kehittämishankkeen raportti lähtee liikkeelle hankkeen toimintaympäristön, taustan ja tarpeen kuvauksella sekä tavoitteiden ja tehtävien määrittelystä. Seuraavaksi käydään läpi teoriaosuutta ikääntymisestä Suomessa, iäkkäiden kotiin annettavista palveluista, asiakkuudesta, osallisuudesta ja omahoitajuudesta. Teoriaosuuden jälkeen kuvataan hankkeen kehittämisprosessia kehittämismenetelmineen. Varsinaisen hankkeen toiminnallinen osuus käynnistyi työkonferenssimenetelmää käyttäen. Muita hankkeen kehittämismenetelmiä ovat dialogiset työyksikkökokoukset ja asiakaspalautekysely. Kehittämisprosessin jälkeen esitellään hankkeen tuotos omahoitajatoimintamalli. Viimeiseksi arvioidaan kehittämishanketta kokonaisuudessaan.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Marttilan kunnan vanhuspalvelut

Marttilan kunta on pieni runsaan 2000 asukkaan maaseutumainen kunta Varsinais-Suomessa. Kunta sijaitsee noin 40 kilometrin etäisyydellä kolmea maakunnallisesti tärkeää kaupunkia Turku, Salo ja Loimaata. Valtionhallinnollisia palveluita on saatavilla eri kaupungeissa. Kunta tekee aktiivisesti myös yhteistyötä eri seutukunnissa riippuen aihepiiristä. Terveystieteiden, mielenterveys- ja päihdepalvelut, perheneuvolan ja ikäneuvolan palvelut järjestetään yhteistoiminnassa Liedon kanssa. Yhteistoimintasopimuksen piiriin kuuluu myös Marttilan naapurikunta Koski TL. Marttilan kunnan oma organisaatio on matala ja toimialojen välinen yhteistyö on luontevaa (Kuvio 1).

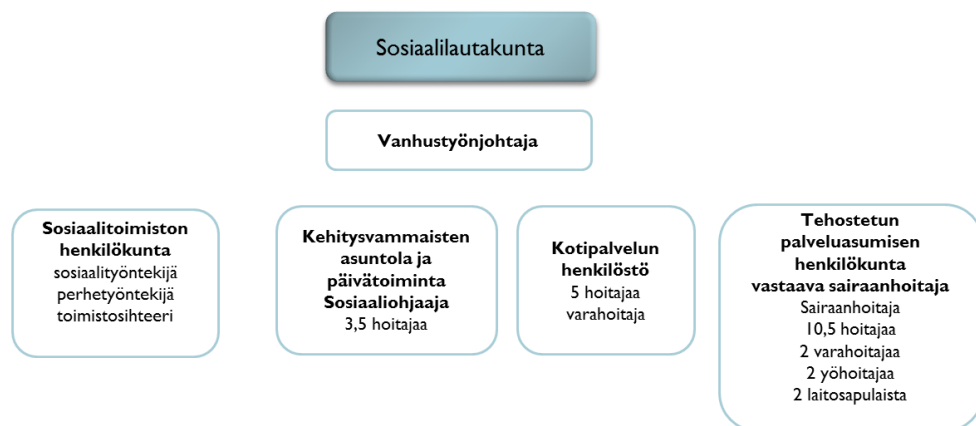


Kuvio 1. Marttilan kunnan organisaatiokaavio (Marttilan kunta 2016a).

Vuoden 2015 lopussa yli 75-vuotiaita kuntalaisia oli 226 henkilöä, joka on 11,2 prosenttia kunnan väkiluvusta (Sotkanet 2016). Tällä hetkellä säännöllisen kotipalvelun asiakkaita on noin 30 henkilöä, joista yli 75-vuotiaita on noin 63 prosenttia. Yli 75-vuotiaista kuntalaisista säännöllisen kotipalvelun piirissä on 11 prosenttia.

Kehittämishankkeen keskiössä on kunnallinen pieni kotipalveluyksikkö. Kotipalvelussa on kuusi hoitajan vakanssia (Kuvio 2). Yksi hoitajista toimii vakituisena varahenkilönä, joka toimii poissaolijan sijaisena ensisijaisesti. Kaikki kunnan kotipalvelun työntekijät toimivat samassa tiimissä. Kotipalvelu toimii tiiviissä yhteistyössä muun muassa kotisairaanhoidajan, terveyskeskuksen, tehostetun palvelukeskuksen henkilökunnan ja sosiaaliohjaajan kanssa. Kotipalvelun tehtäväkuviin kuuluvat perinteisen hoivaa ja hoitoa sisältävän kotipalvelutyön lisäksi muun muassa aterioiden kuljetus, turvapuhelimen asennus ja turvapuhelinpalvelun avustuskäynnit, ikäihmisten päivätoiminnan pitäminen, saunapalvelu palvelukeskuksessa, asiointipalvelu ja pyykkihuolto. Kehittämistyötä tehdään yhdessä kotipalvelun asiakkaiden, omaisten ja henkilökunnan kanssa painopisteenä osallisuus omahoitajuuden määrittelyssä ja toteuttamisessa.

Sosiaalitoimen henkilöstöorganisaatio 2016



Kuvio 2. Marttilan kunnan sosiaalitoimen henkilöstöorganisaatio 2016 (Marttilan kunta 2016a).

2.2 Kehittämishankkeen tausta ja tarve

Kuntien sosiaalipalveluiden tulevaisuudessa hämmöittää tällä hetkellä sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotantotavan muutos. Laajoihin palveluiden kehitysmuutoksiin ei nähty tällä hetkellä mahdollisuuksia, koska kehittämishankkeen suunnitteluvaiheessa valtakunnalliset Sote- ja maakuntauudistuksen suunnitelmat olivat vielä tarkemmin määrittämättömät (Alueuudistus 2016). Marttilan kunnan ikäihmisten palveluiden tarpeena on kehittää kotiin vietäviä palveluita ja niistä lähinnä kotipalvelua. Kehittämisen kohteeksi haluttiin nostaa myös aihealue, joka olisi käytännönläheinen, asiakkuutta huomioiva, työntekijöitä

motivoiva, arvonsa säilyttävä, ajankohtainen ja mielenkiintoinen. Kehittämishankkeen aiheesta käytiin keskustelua silloisen esimieheni sosiaalijohtajan ja kotipalvelun tiimin kanssa pitkin syksyä 2015. Päädyimme kotipalvelun työntekijöiden kanssa kehittämään työn sisältöä kotipalvelussa.

Keskusteluissa työntekijöiden kanssa työn sisällöllisen kehittämisen painopisteeksi nousi omahoitajuuden teema ja ikäihmisten osuus omien palveluidensa kehittäjänä. Ikäihmisten osallistuminen, osallisuus ja vaikuttamismahdollisuudet oman elinympäristön ja palveluidensa suunnitteluun sekä kehittämiseen nousee esiin keskeisenä painopisteenä vanhuspalvelulaissa ja tämän hetkisissä kehittämissuunnitelmassa sekä kannanotoissa.

Asiakkaan edunvalvontaan omatyöntekijän tai vastuutyöntekijän roolissa on reagoitu sosiaalialan lainsäädännössä viime vuosina. Sosiaalihuoltolaki (1301/2014, 42§) määrittelee asiakkaalle nimettäväksi omatyöntekijän asiakkuuden ajaksi. Omatyöntekijää ei tarvitse nimetä, jos asiakkaalle on nimetty muu palveluista vastaava työntekijä tai nimeäminen on muusta syystä tarpeetonta. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista (980/2012, 17§) (jäljempänä vanhuspalvelulaki) taas velvoittaa kunnan nimeämään iäkkäälle henkilölle vastuutyöntekijän, jos hän tarvitsee apua palvelujen toteuttamiseen tai yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa. Omatyöntekijä tai vastuutyöntekijän keskeisenä tehtävänä on seurata asiakkaan kanssa palvelusuunnitelman toteutumista ja mahdollisia uusia palvelutarpeita sekä edistää asiakkaan edun toteutumista.

Marttilan kunnan kotipalvelussa omahoitajatoimintaa on pyritty käynnistämään ajan mittaan useaan kertaan, mutta toiminta on jäänyt lähinnä asiakkaiden jakamiseen omahoitajille ja satunnaisiin hoitopalaverihin osallistumisella omahoitajuuden perusteella. Varsinaista toimintamallia ei ole luotu ja toiminnan organisointi ja seuranta on ollut selkeästi puutteellista.

Osallisuus teemana nostetaan esiin myös Marttilan kunnan suunnitelmassa ikääntyneen väestön tueksi vuosille 2013–2016. Ikäihmisten palveluiden tulevaisuuden visiona on ”Osallistava ja turvallinen kunta, joka tarjoaa ikäihmisille laadukkaat ja saavutettavissa olevat keskeiset palvelut omalla kotipaikkakunnalla”. Toimintaa ohjaavina arvoina ovat osallisuus, asukaslähtöisyys, positiivisuus ja taloudellisuus. Osallisuudella korostetaan ikäihmisten itsenäisyyttä, aktiivista mukana oloa sekä yhteisöllisyyttä ja yhteisöjen arvostamista. (Marttilan kunta 2016b.)

2.3 Kehittämishankkeen tavoitteet ja tehtävät

Kehittämishankkeen tavoitteet ja tehtävät muotoutuivat yhdessä kotipalvelutyöntekijöiden kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Tavoitteiden asettelussa pyrittiin saavuttamaan aineetonta hyötyä. Kehittämishankkeen tehtävä muotoutui konkreettiseksi toimintamalliksi ohjaamaan työtä kotipalvelussa tavoitteiden saavuttamiseksi ja uudistamaan hoito- ja palvelusuunnitelma lomaketta.

Kehittämishankkeen tavoitteet:

1. Lisätä kotipalvelun työntekijöiden ja asiakkaiden välistä yhteisymmärrystä ja yhteistyötä.
2. Lisätä asiakkaiden osallisuutta ja heidän oman äänen kuuluviin saamista kotipalveluiden toteuttamisessa.

Kehittämishankkeen tehtävät:

1. Luoda toimintamalli omahoitajuuteen Marttilan kunnan kotipalvelussa.
2. Uudistaa hoito- ja palvelusuunnitelmalomaketta.

3 IKÄÄNTYMINEN SUOMESSA

3.1 Iäkäs henkilö

Iäkkään henkilön määrittely on monitahoinen ja moninäkökulmainen termi. Vanhuspalvelulaki (980/2012) määrittelee iäkkääksi henkilöksi henkilön, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. Ikääntyneellä väestöllä taas tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen (63+) oikeuttavassa iässä olevaa väestöä.

Mäki-Petäjä-Leinonen (2013, 29–31) käsittelee ikääntymistä vanhusoikeudellisesta näkökulmasta. Eri tieteenaloilla on useita määritelmiä vanhuksesta ja lainsäädännössä on puolestaan erilaisia ikääntyneitä henkilöitä koskevia ikärajoja. Terminologia on aiheuttanut keskustelua vanhuustutkijoiden piirissä ja monet tutkijoista käyttävät vanhus-termin sijaan mieluummin käsitteitä ikääntyvä, ikääntynyt ihminen, ikäihminen tai muutoin vähemmän leimaaviksi katsottuja termejä.

Iäkkään henkilön käsitettä on pyritty avaamaan myös kansalaisten avulla. Vanhustyön keskusliitossa toteutettiin vuosina 2011–2013 Elämänkulku ja ikäpolvet - tutkimus- ja kehittämishanke. Hankkeen yhteydessä tehdyssä tutkimuksessa kysyttiin kaikenikäisiltä vastaajilta, miten he kuvailisivat eläkeikäistä ihmistä. Kuvaamiseen tarjotut vaihtoehdot kyselyssä olivat ikäihminen, seniori, ikääntyvä, vanha, vanhus sekä avoin vastaus. Selvästi suosituin vaihtoehto kaikenikäisten vastauksissa oli seniori. Nuorempien vastaajien keskuudessa nousivat esiin vaihtoehdot ikääntyvä ja ikäihminen. Vanhus-sana oli selkeästi epäsuosiossa. (Saarenheimo ym. 2014, 35.)

Koskinen (2007, 39) tuo esiin vanhenemisen ja vanhuuden kaksikasvoisena ilmiönä. Myönteisessä valossa vanhenemiseen liittyy kokemuksen, moninaisten taitojen ja viisauden lisääntyminen. Vanhuus saatetaan nähdä myös seesteisenä ja erilaisten vapauksien aikakautena. Kielteisestä näkökulmasta vanhuus tuo mukanaan erilaisia menetyksiä ihmisen elämään, kuten raihnaisuutta, sairauksia, ulkonäön muutoksia, toimintakyvyn laskua, yksinäisyyttä, yhteiskunnallisen aseman alenemista tai suoranaista syrjäytymistä. Elämänkulku voidaan nähdä kumulatiivisena prosessina, jonka aikana ihmiseen tarttuu mukaan erilaisia asioita. Näistä prosesseista osa voidaan nähdä voimavaroja lisäävinä,

osa taas niitä kuluttavina. Vanhenemisen kaksikasvoisesta ilmiöstä seuraa joko vanhuuden ja yhteiskunnallisen vanhenemisen korostaminen suurena voittona ja saavutuksena tai sosiaalisena ongelmana, jonka korjaaminen vaatii yhteiskunnallisia toimenpiteitä.

Helin (2002, 37–38) toteaa suomalaisten selviytyvän sairauksistaan huolimatta kohtuullisen hyvin itsenäisesti aina 80 vuotiaiksi saakka. Tämän jälkeen sairauksista johtuvat toiminnanrajoitteet vaikeuttavat selviytymistä kotona ja aiheuttavat haittojen kokemuksia elämisen eri osa-alueilla, jotka taas lisäävät avun ja hoivan tarvetta (Helin 2002, 38; Salonen 2015, 26.)

Laslett (1991, 4) on jakanut ihmisen elinkaaren neljään eri aikakauteen, joista toimintakyvyn heikkenemistä kuvaa kolme viimeisintä ajanjaksoa. Ensimmäinen aikakausi pitää sisällään riippuvuutta, sosiaalistumista, kypsyttömyyttä ja koulutusta. Toinen aikakausi on itsenäisyyden, kypsyyden ja vastuunoton aikaa, jossa ansaitaan ja säästetään taloudellisesti. Kolmatta ikää kuvaavat aktiivisen elämän jatkuminen työiän jälkeen, jolloin voidaan panostaa omaan hyvinvointiin ja henkilökohtaiseen onnistumiseen. Vanhuuden siirtyessä neljänteen ikään merkitsee toiminnan rajoitteiden asteittaista ilmaantumista, elämän rajautumista sekä ulkopuolisen avuntarpeen kasvua. Laslett on liittänyt myöhemmin teoriaansa elinkaaren aikakausista viidennen, jossa ikääntyneen toimintakyky on rajoittunut niin, että hän on kokonaan toisista riippuvainen (Helin 2002, 38, Marin 2002, 115).

Ikääntyneen väestön määritelmään kuuluvat siis Suomessa tällä hetkellä kaikki ne henkilöt, jotka ovat täyttäneet 63 vuotta. Iäkkääksi henkilöksi taasen kutsutaan henkilöä, jolla on ikääntymisestä tullut toimintakyvyn haittaa. Käytän tässä kehittämishankkeessa pääasiassa vanhuspalvelulaissa määriteltyjä käsitteitä iäkäs ja ikääntynyt.

3.2 Ikääntymispolitiikka tukee kotona asumista

Kivelä (2012, 16–17) nostaa esille arvokkaan ja turvallisen ikääntymisen edellytyksiksi yhteiskunnan perustumista tasa-arvoon ja iäkkäiden ihmisoikeuksien sekä muiden oikeuksien toteuttamiseen. Ikäihmisten kohtelua tasa-arvoisina lisää iäkkäiden lähimmäisten ja lähiyhteisöiden arvostava suhtautuminen ikäihmisiin. Tärkeää on myös arvokkaan ja turvallisen ikääntymisen kannalta, että iäkkäät henkilöt itse arvostavat itseään ja huo-

lehtivat omasta terveydestään, toimintakyvystään ja lähimmäissuhteistaan. Itseään arvostavat iäkkäät henkilöt, jotka vaativat ikääntyvän väestön tasa-arvoista kohtelua, edistävät kaikkien suomalaisten hyvää vanhenemista ja vanhuutta.

Vanhuspalvelulaki (980/2012) on laadittu tukemaan ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista varten. Tarkoituksena on parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalvveluja mm. osallistumalla elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen kunnassa. Tarkoituksena on vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveystalvvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista. Tarkoituksena on, että ikäihminen saa ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeitensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää.

Sosiaali- ja terveystministeriö sekä Suomen kuntaliitto ovat antaneet ensimmäisen iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen vuonna 2001, joka painottui informaatio-ohjaukseen. Toinen uudistettu laatusuositus julkaistiin vuonna 2008 pitäen sisällään strategisia linjauksia ikääntyneiden palveluiden laadun parantamiseksi. Kolmas laatusuositus annettiin vuonna 2013 tukemaan vuonna 2012 astuneen vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Uusittu laatusuositus ottaa huomioon myös ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset ja uusimman tutkimustiedon. (STM 2013, 5.) Laatusuosituksen keskeisiä sisältöjä ovat: osallisuus ja toimijuus, asuminen ja elinympäristö, mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, oikeiden palveluiden oikea-aikaisuus, palvelurakenne, hoidon ja huolenpidon turvaajat sekä johtaminen (STM 2013, 3).

Laatusuosituksen mukaan suomalaisen yhteiskunnan ikääntymisessä ei ole kyse pelkästään ikääntyneiden määrän kasvussa vaan koko väestörakenteen muutoksesta. Ennusteiden mukaan lasten ja työikäisten määrä vähenee, kun taas iäkkäiden määrä etenkin vanhimmissa ikäluokissa kasvaa voimakkaimmin. Väestönkehitys on erilaista eri osissa maata. Näin ollen kunnilla on erilaiset tarpeet ja lähtökohdat suunnitella iäkkäiden kuntalaisten asumiseen, osallisuuteen, terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen ja palveluihin liittyviä ratkaisuja. (STM 2013, 13.) Boddy ym. (2006, 169) toteavat tulevaisuuden hoitotyössä onnistumiseen tarvittavan näiden lisäksi muun muassa tilannekohtais-

ten huomioiden tekemistä, verkostoitumista ja monimuotoisia työskentelytapoja jatkuvassa muutoksessa. Tärkeää on myös kokonaisvaltainen lähestymistapa sekä teorian ja käytännön yhdistäminen.

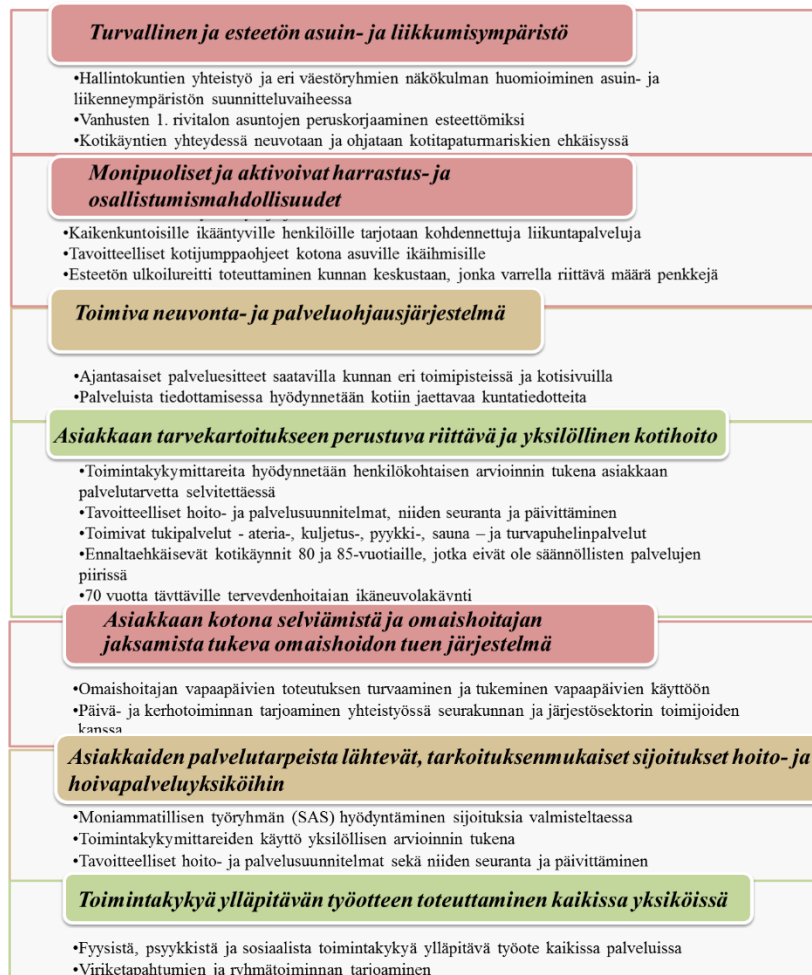
Valtioneuvosto on antanut periaatepäätöksen koskien Ikääntyneiden asumisen kehittämistä vuosille 2013–2017. Periaatepäätöksessä todetaan, että maassamme vallitsee yksimielisyys ikääntyneiden asumisesta kotonaan mahdollisimman pitkään. Kotona asuminen on elinehto valtion- ja kuntatalouden selviämislle ikääntymiskehityksen haasteesta. Ikääntyvät itse ovat samaa mieltä kotona asumisesta ja myös vanhuspalvelulaki tukee tavoitetta. Periaatepäätöksen keskeinen tavoite on taata riittävä asuntokanta niille ikääntyneille, jotka eivät pysty toimintakyvyn laskun tai sen hetkisen asunnon esteellisyyden vuoksi asumaan enää sen hetkisessä asunnossaan. Nopean ikääntymiskehityksen vuoksi esteettömien asuntojen tarve tulee lisääntymään huomattavasti. (Valtioneuvosto 2013, 2.)

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi keväällä 2016 kärkihankkeen ”Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa”. Kärkihankkeen tavoittelemien muutoksen edellytyksenä on, että ikääntymisen vaikutus väestön ikärakenteeseen ilmionä ja sen aiheuttamat vaikutukset ymmärretään. Hanke perustuu tiedolla johtamiseen ja kohdennettuun ohjaukseen kansallisella tasolla. Ikäihmisten arjen sujuvuuteen ja pärjäämisen edellytyksiin vaikuttavat vahvasti asuinympäristö ja sen palvelut. Toimintapidekokonaisuus on määrääkainen investointi ikäihmisten palveluiden pysyvään rakennemuutokseen. Tällä pyritään varmistamaan pysyvä muutos, toiminnan tehostumisesta saatavat säästöt sekä kustannusten kasvun hillintä. (Kärkihanke 2016, 7–9.)

Kärkihankkeella on kolme kärkeä eli päätehtävää: alueellisen palvelukokonaisuuden ja keskitetyn asiakas-/palveluohjauksen toimintamallin muodostaminen, iäkkäiden tuen ja palvelujen sisällön, erityisesti kotihoidon ja palvelurakenteen uudistaminen sekä omais- ja perhehoidon vahvistaminen ja näiden palveluvaihtoehtojen houkuttelevuuden lisääminen. Kärkihankkeen päätyttyä vuonna 2019 mm. iäkkäiden osallisuus, vaikuttamismahdollisuudet, yhdenvertaisuus, toimintakyky ja kuntoutumista edistävä toiminta ja palvelut ovat lisääntyneet, kohdennettuja palveluita tuotetaan paremmin ja joustavammin sekä tehostetun palveluasumisen tarve on vähentynyt. (Kärkihanke 2016, 7–9.) Sosiaali- ja terveysministeriö on myöntänyt kahdeksalle kärkihankkeelle rahoituksen. Varsinais-Suomeen myönnettiin rahoitus ”KomPassi - Varsinais-Suomen keskitetty asiakas- ja palveluohjaushanke” -hankkeeseen. Rahoitus on suuruudeltaan noin 2,37 miljoonaa euroa. (STM 2016.) Marttilan kunta on mukana hankkeessa.

Vanhuspalvelulain (2012/980) 5§: mukaan: ”Kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi”. Marttilan kunnassa suunnitelma on laadittu vuosille 2013–2016 (Marttilan kunta 2016b). Marttilan kunnan suunnitelma ikääntyneen väestön tueksi vuosille 2013–2016 noudattelee kunnan strategiaa. (Marttilan kunta 2016c). Kuviossa 3 esitetään ikäihmisten palveluiden strategiset tavoitteet ja toimenpiteet. Suunnitelmasta on pyritty tekemään työkalu, joka palvelee työntekijöitä ja eri luottamushenkilöitä jokapäiväisessä työssä ja päätöksenteossa.

Strategiset tavoitteet ja toimenpiteet



Kuvio 3. Marttilan kunnan strategiset tavoitteet ja toimenpiteet ikäihmisten palveluille (Marttilan kunta 2016b).

Suunnitelma ikäihmisten hyvinvoinnin tukemiseksi strategiset tavoitteet (kuvio 3) ovat hyvin käytännön läheisiä ja luovat hyvän pohjan laadukkaille ikääntyvien palveluille. Strategisissa tavoitteissa painotetaan valtakunnallisten suositusten mukaisesti kotona asumista ja sen tukemista erilaisin keinoin. Strategisilla tavoitteilla ja toimenpiteillä pyritään mahdollistamaan kotona asuminen ja vasta toimintakyvyn heikentyessä radikaalisti siirtämään pohtimaan asiakkaan tarpeista lähtien mahdollista sijoitusta ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon piiriin.

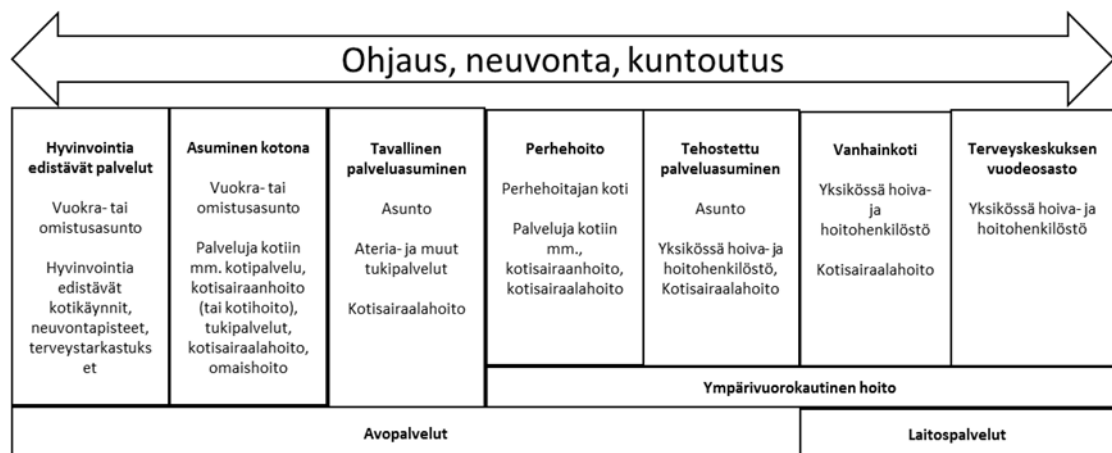
Tämän hetkiselä ikääntymispolittikalla niin valtakunnallisesti kuin kuntatasollakin suunnataan aktiivisesti voimavaroja kotona asumisen mahdollistamiseen ja sen tukemiseen. Tulevaisuuden haasteina on ikääntyneiden palveluiden saatavuuden ja laadun parantaminen sekä uusien toimintamallien laatiminen (Haverinen 2008, 220). Tässä hankkeessa iäkkään kotona asumisen tukemista lähestytään omahoitajatoimintamallin luomisen keinoin mahdollistaen iäkkäiden osallisuuden mallin luomisessa. Toimintamallilla tarkoitetaan yhdessä sovittua tapaa toimia, joka on tässä hankkeessa käytännön kuvaus omahoitajuudesta.

4 IÄKKÄIDEN KOTIIN ANNETTAVAT PALVELUT

4.1 Iäkkään väestön palvelujen muodot

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) tarkoituksena on muun muassa edistää ja ylläpitää hyvinvointia, vähentää eriarvoisuutta, edistää osallisuutta ja asiakaskeskeisyyttä, turvata yhdenvertaisin perustein tarpeenmukaiset, riittävät ja laadukkaat sosiaalipalvelut sekä muut hyvinvointia edistävät toimenpiteet. Sosiaalipalveluja on järjestettävä muun muassa tueksi jokapäiväisestä elämästä selviämiseen sekä sairaudesta, vammasta tai ikääntymisestä aiheutuvaan tuen tarpeeseen.

Ikääntyville tarkoitetut sosiaalipalvelut jaetaan karkeasti avo- ja laitospalveluihin (Kuvio 4). Avopalveluihin kuuluvat kotiin annettavat palvelut kuten kotipalvelu, kotihoito ja asumispalvelut. Laitospalveluihin taas kuuluu laitoksissa annettava ympärivuorokautinen palvelu kuten esimerkiksi vanhainkotihoito.



Kuvio 4. Ikäihmisten palvelujärjestelmä asuinpaikoittain (mukaillen Klemola 2016, 25).

Hyvinvointia edistävät palvelut

Hyvinvointia edistävillä palveluilla tarkoitetaan ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja. Palveluita tulee tarjota etenkin niille ikääntyneeseen väestöön kuuluville, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan tutkimustiedon tai yleisen elämäkokemuksen perusteella liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä. Hyvinvointia edistäviä palveluita voivat olla esimerkiksi ohjaus- ja neuvontapalvelut liittyen hyvinvointiin, terveellisten elintapojen ja

toimintakyvyn edistämiseen, sairauksien, tapaturmien ja onnettomuuksien ehkäisyyn sekä sosiaalisiin etuuksiin. Käytännössä tällaisia toimintamuotoja voivat olla neuvontapisteet ja – puhelimet, kotikäynnit, terveystarkastukset ym. (Vanhuspalvelulaki 980/2012, 10§.)

Kotiin annettavat palvelut

Kotipalvelulla tarkoitetaan esimerkiksi asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Tukipalveluihin kuuluvat turva-, ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut kuten esimerkiksi päivätoiminta sisältyvät kotipalveluihin. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 19§.) Kotipalvelua voi saada myös muut asiakasryhmät kuin ikäihmiset esimerkiksi pitkäaikaissairaat, vammaiset ja lapsiperheet. (Ronkainen ym. 2002, 100; Ikonen 2013, 15–19.)

Kotisairaanhoido on tilapäistä tai pitkäaikaista potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 25§). Kotisairaanhoido on terveyskeskuksen antamaa palvelua, jonka lääkäri on määrännyt. Kotisairaanhoidon tehtäviin kuuluvat pääasiassa lääkehoidon kokonaisuudesta huolehtiminen ja voinnin seuranta. Tarvittaessa kotisairaanhoidtaja ottaa verinäytteitä sekä hoitaa haavoja. (Ronkainen ym. 2002, 100; Ikonen 2013, 15–29.)

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävien muodostamaa kokonaisuutta (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 20§). Kotihoidon palvelut kuuluvat kunnan lakisääteiseen järjestämisvastuuseen, mutta voivat olla joko kunnan tuottamia tai kunnan yksityiseltä tai kolmannelta sektorilta ostopalveluina hankittuja. Asiakas voi myös suoraan hankkia kotihoitopalveluja yksityiseltä palvelutuottajalta omalla kustannuksellaan. (Ikonen 2013, 18.)

Kotisairaalahoido on määrääaikaista tehostettua kotisairaanhoidtoa. Kotisairaalahoido voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa ja sitä voidaan antaa myös ympärivuorokautisiin sosiaalipalvelujen yksiköihin. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 25§.)

Kotikuntoutus on psykososiaalista toiminta- ja liikuntakykyä ylläpitävä sekä edistävä kuntoutus toteutetaan iäkkään henkilön omassa kodissa tai palveluasunnossa, sen ulkoti-

loissa tai muussa iäkkään elinympäristöön liittyvässä paikassa. Kotikuntoutuksella tähdätään vuorovaikutuksen, mielialan, osallistumisen ja sosiaalisen yhteyden tukemiseen esimerkiksi keskustelun, kuuntelemisen, harrastuksiin ja ryhmiin ohjaamisen sekä näissä toimimisen avulla. Psykososiaalinen voi sisältää yksilöllisesti toteutettuja, lihasvoimaa, tasapainoa ja koordinaatiota kehittäviä liikkeitä sekä näiden harjoitusten avulla kotiaskareissa selviytymisen tukemista. (STM 2013, 64.)

Asunnon muutostöillä tarkoitetaan ikäihmisen asuntoon tehtäviä muutoksia, jotka parantavat hänen kotona asumisen mahdollisuuksia ja toimintakykyä. Valtio myöntää korjausavustusta esteettömyyden parantamiseen sekä asuntojen korvaamiseen. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus (ARA) osoittaa vuosittain kunnille määrärahat avustusten myöntämiseen vanhusten ja vammaisten asuntojen korjaamista varten. Iäkkäät voivat hakea tukea kunnalta. Kunnat myöntävät tukea määriteltujen kriteerien perusteella. (Valtioneuvosto 2013, 4–10.) Jos ikäihminen on vaikeavammainen, hänellä on myös oikeus vammaispalvelulain mukaisiin asunnon muutostöihin, jotka ovat hänelle maksuttomia (Laki 380/1987, 9§).

Liikkumista tukevat palvelut ovat ensisijaisesti toimivaa ja esteetöntä julkista joukkoliikennettä. Henkilöt, jotka eivät kykene itsenäisesti käyttämään julkisia liikennevälineitä sairauden, vamman tai muun toimintakykyä heikentävän syyn takia, ovat oikeutettuja saamaan tukea liikkumiseen. Liikkumista tukevia palveluita voivat olla esimerkiksi julkisten liikennevälineiden käytön ohjaus ja ohjattu harjoittelu, saattajapalvelu, ryhmäkulkutukset tai korvaamalla taksilla tapahtuvasta kuljetuksesta aiheutuvat kohtuulliset kustannukset. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 23§).

Omaishoidolla tarkoitetaan iäkkään henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Omaishoitaja hoitaa läheistään tekemällä omaishoitosopimuksen hoidon järjestämisestä vastaavan kunnan kanssa. on Omaishoidon tuki kokonaisuus, joka muodostuu hoidettavalle annettavista tarvittavista palveluista sekä omaishoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, 1–2§, Ikonen 2013, 18).

Perhehoidolla tarkoitetaan hoidon tai muun osa- tai ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä perhehoitajan yksityiskodissa tai hoidettavan kotona. Perhehoito perustuu toimeksiantosopimukseen, jonka kunta tai kuntayhtymä tekee perhehoitajan kanssa.

Perhehoidon tavoitteena on antaa perhehoidossa olevalle iäkkäälle mahdollisuus kodinomaiseen hoitoon ja läheisiin ihmissuhteisiin sekä edistää hänen perusturvallisuuttaan ja sosiaalisia suhteitaan. (Perhehoitolaki 263/2015, 1§,3§.)

Asumispalvelut

Asumispalveluita järjestetään sosiaalihoitolain (1301/2014, 21§) mukaan henkilöille, jotka erityisestä syystä tarvitsevat apua tai tukea asumisessa tai asumisensa järjestämisessä. Aiemmin mainitut kotiin annettavat palvelut ovat kuitenkin ensisijaisia suhteessa palveluihin, jotka edellyttävät muuttamista ja sisältävät sekä asumisen että palvelut.

Palveluasumisella tarkoitetaan asumismuotoa, jossa palvelun tuottajan tarjoaa asiakkaalle palvelukokonaisuuden. Siihen kuuluu oman asunnon lisäksi päivittäiseen selviytymiseen liittyvää apua: hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, ateria-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. (Laki 1301/2014, 21§.)

Tehostettua palveluasumista järjestetään asiakkaille, joiden hoidon ja huolenpidon tarve voi olla ympärivuorokautista. Tehostetun palveluasumisen yksikössä on henkilökuntaa ympärivuorokauden. (Laki 1301/2014, 21§.)

Laitospalvelut

Laitospalveluilla sosiaalihuollossa tarkoitetaan hoidon ja kuntouttavan toiminnan järjestämistä jatkuvaa hoitoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Laitospalveluja voidaan järjestää lyhytaikaisesti tai jatkuvasti, päivisin, öisin tai ympärivuorokautisesti. Pitkäaikainen hoito ja huolenpito toteutetaan laitoksessa vain, jos se on henkilön terveyden tai turvallisuuden kannalta perusteltua, taikka siihen on muu laissa erikseen säädetty peruste. (Sosiaalihoitolaki 1301/2014, 22§.) Myös terveydenhuollon yksiköt tuottavat ikääntyville ihmisille laitoshoidon. Laitoshoidolla terveydenhuollossa tarkoitetaan hoitoa ja kuntoutusta sairaalan, terveyskeskuksen tai muun terveydenhuollon toimintayksikön vuodeosastolla tai sitä vastaavissa olosuhteissa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 67§.)

Yleisesti ottaen asiakkuus iäkkäiden palveluiden eri muodoissa alkaa kotiin vietävistä palveluista, josta siirrytään asteittain seuraavien palveluiden piiriin riippuen iäkkään toimintakyvyn vajeesta sekä hoivan, hoidon ja palveluiden tarpeesta. Tässä hankkeessa keskitytään palveluiden alkutaipaleella olevan iäkkään henkilön tukemiseen kotipalvelussa.

4.2 Kotipalvelu

Omassa kodissa asuminen on ihmisille tärkeää ja ikääntymispolitiikka Suomessa tukee kotona asumista vahvasti. Kotona asuessaan ihmisellä on oma rauha ja siellä voi tehdä omia askareitaan omaan tahtiin. Monipuolinen kotona asumisen tukeva järjestelmä mahdollistaa kotona asumisen mahdollisimman pitkään huonokuntoisenakin. Kotiin annettavien palveluiden tavoitteena onkin useimmiten turvata ikääntyneiden elämänlaatua mahdollistamalla normaalia ja itsenäistä elämää. (Ronkainen ym. 2002, 100.)

lääkkään kotona asumisen turvaamiseksi annetaan kotiin erilaisia palvelukokonaisuuksia. Tyypillisemmin palvelut pitävät sisällään kotipalvelun, kotisairaanhoidon sekä tukipalvelut. (Kaskisaari ym. 2010, 55, STM 2013, 62.) Palveluita tuotetaan asiakkaalle yhdessä tehdyn hoito- ja palvelusuunnitelman perusteella. Kotipalvelu pitää sisällään ikääntyneen henkilökohtaiseen huolenpitoon sekä jokapäiväiseen elämään kuuluvissa toiminnoissa avustamista ja tarvittaessa niiden suorittamista. Tällaisia jokapäiväisiä tehtäviä voivat olla esimerkiksi pukeutuminen, wc-käynneissä avustaminen, peseytymisestä huolehtiminen, lääkkeiden antaminen, ruokailun onnistumisen takaaminen yms. (Ronkainen ym. 2002, 100; Ikonen 2013, 15–23.)

Kotipalvelutyöntekijöinä toimii pääasiassa lähihoitajia ja vähenemässä määrin kodinhoitajia. Aiemmin oli tyypillistä, että kotipalvelussa työskenteli myös kotiavustajia. Monessa kunnassa on luovuttu kokonaan kotiavustajista, koska kotipalvelutyö on yhä enemmän hoitamista ja esimerkiksi lääkehoitoa, johon vaaditaan hoitajan koulutusta sekä lääkeliä. Kotipalvelutyö vaatii monenlaista osaamista henkilöstöltä. Laadukas kotipalvelutyö perustuu ammatilliseen koulutukseen ja hyviin työkäytäntöihin (Kinos & Salonen 2012,7). Työskentely kotipalvelussa on laaja-alaista ja kokonaisvaltaista hoito- ja huolenpitotyötä. Lähtökohtaisesti se on ihmissuhdetyötä, jossa hyvät vuorovaikutus- ja viestintätaidot ovat edellytyksiä tehtävien menestyksekkääseen hoitamiseen. Kotipalvelutyössä on samat eettiset periaatteet kuin muussakin sosiaalityössä asiakkaan kunnioituksesta, inhimillisestä kohtelusta ja itsemääräämisoikeudesta. (Ronkainen ym. 2002, 101–102; Ikonen 2013, 172–196.)

Kotipalvelutyöntekijän ja asiakkaan suhde on useimmiten päivittäistä. Suhde saattaa kestää vuosia. Asiakkaille on tärkeää, että heillä käy samat, tutut työntekijät. Asiakkaaseen tutustuminen vie aikaa ja luottamus rakentuu pikkuhiljaa. Tutustuminen ikääntyneen elämään auttaa kotipalvelun työntekijää tunnistamaan ikääntyneen voimavaroja. Sovituista asioista ja aikatauluista kiinnipitäminen sekä vaitiolovelvollisuus vahvistavat

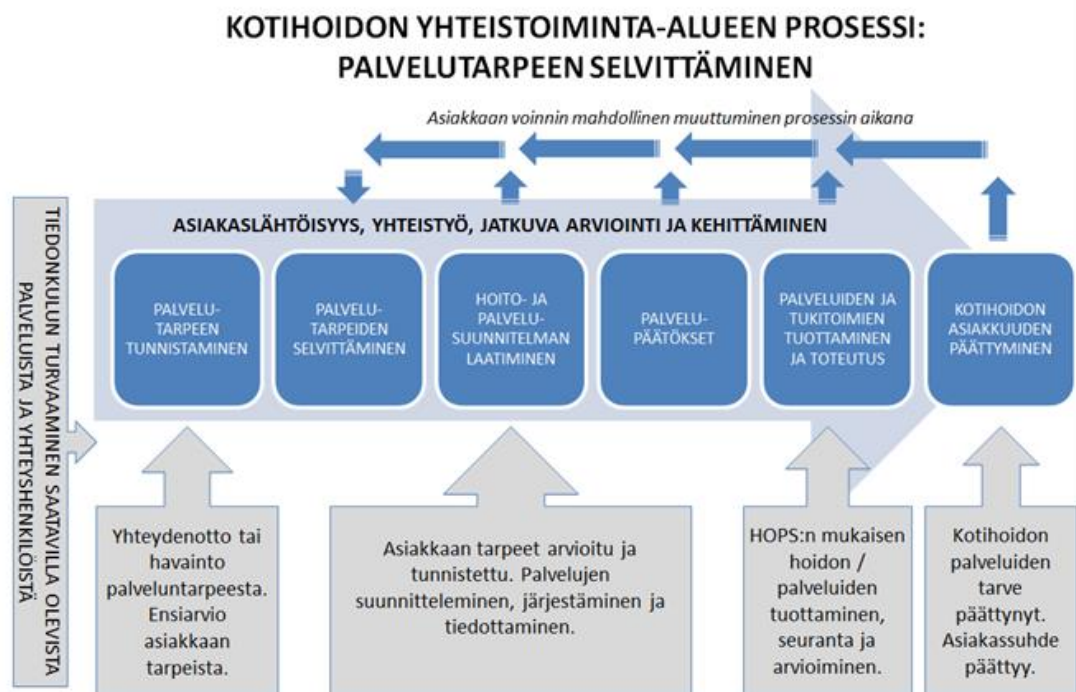
luottamuksellisuutta. Työntekijöiltä vaaditaan tiettyä herkkyyttä ja tilannetajua, kun työskennellään toisen ihmisen kodissa. Työskennellessä tulee kunnioittaa niin asiakasta kuin hänen kotiaan ja tapojaan toimia kodissaan (Ronkainen ym. 2002, 102–103; Ikonen 2013, 163.)

Marttilan kunnassa toimii kunnallinen kotipalvelu ja joukko kunnallisia tukipalveluita sekä yhteistoiminta-alueelta hankittava kotisairaanhoidon ja avosairaaloiminta. Tarvittaessa kotipalvelua saa yöaikaan palvelukeskuksen vieressä sijaitsevaan vanhusten rivitaloon. Tukipalveluista turvapuhelinauttamiskäyntejä tehdään myös ympäri vuorokauden. Marttilan kunnassa öiset auttamiskäynnit tehdään tehostetun palveluasumisen yksikön voimin. Yhteistyö eri toimijoiden välillä on pääasiassa mutkatonta ja joustavaa. Käytössä on yhteinen yhteistoiminta-alueen hallinnoima Effica-tietojärjestelmä, jonne kirjataan asiakkaan hoitoon liittyvät asiat kotipalvelun osalta. Kotipalveluun liittyvät sosiaalipalveluiden päätökset ja hoito- ja palvelusuunnitelmat kirjataan Marttilan kunnan hallinnoimaan ProConsona Vanhustyö-tietojärjestelmään.

4.3 Palvelutarpeen arviointi

Oikean palvelumuodon löytymiseksi on selvitettävä ja arvioitava ikääntyneen henkilön palvelutarve viipymättä. Arviointi tehdään yhdessä iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätyn edunvalvojan kanssa. Palveluntarpeiden selvittämisestä vastaa kunnassa iäkkään henkilön tarpeiden kannalta tarkoituksenmukainen sosiaalihuollon tai terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on laaja-alaista asiantuntemusta. Iäkkään henkilön sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden hänen hyvinvointiaan, terveyttään, toimintakykyään ja itsenäistä suoriutumistaan tukevien palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti. Palveluntarpeiden selvittämisestä vastaavan työntekijän on toimittava iäkkään henkilön tarpeita vastaavasti yhteistyössä muiden asiantuntijoiden kanssa sekä arvioitava iäkkään henkilön toimintakyky monipuolisesti ja luotettavasti arviointivälineitä käyttäen. Arvioinnissa on kiinnitettävä huomiota, miltä osin iäkäs henkilö pystyy suoriutumaan tavanomaisista elämän toiminnoista asuin- ja toimintaympäristössään, ja missä asioissa hän tarvitsee tukea ja apua. Arvioinnin kohteena ovat myös iäkkään henkilön fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä hänen ympäristönsä esteettömyyteen, asumisensa turvallisuuteen ja lähipalvelujensa saatavuuteen liittyvät tekijät. (Vanhuspalvelulaki 980/2012, § 10,15.)

Palvelutarvetta arvioidessa tulee kiinnittää erityisen tarkasti huomiota myös muihin kuin lääketieteellisiin vajavuuksiin tai poikkeamiin. On muistettava, että ihminen on psyykinen, fyysinen, sosiaalinen ja henkinen olento, jonka hyvinvointiin vaikuttavat moninaiset tekijät. Käytännön työssä etenkin iäkkäiden ihmisten kohdalla medikalisointi¹ on vahvasti näkyvillä. Vaikuttaa myös siltä, että niin iäkkäät itse kuin omaisetkin haluaisivat saada monelle toimintakyvyn vajeelle lääketieteellisen syyn, vaikka kyseessä on todennäköisesti muut ihmisen hyvinvointiin vaikuttavat tekijät.



Kuvio 5. Härkätien yhteistoiminta-alueen palvelutarpeen selvittämisen prosessimalli (Vuorio 2014, 72).

Martilan kunnan ikäihmisten palvelujen asiakkuus käynnistyy palvelutarpeen arvioinnilla. Oheisessa kuviossa kuvataan palvelutarpeen selvittäminen prosessina (Kuvio 5). Prosessi on mallinnettu Härkätien sosiaali- ja terveystarveluiden yhteistoiminta-alueella vuosina 2012–2014 yhteistyössä Turun Ammattikorkeakoulun kanssa. Prosessikuvauksen laadinta liittyi osana kehittämishanketta, jossa tavoitteena muun muassa oli yhdenmukaistaa yhteistoiminta-alueen palveluita. (Vuorio 2014, 71.)

¹ Medikalisoinnilla tarkoitetaan sosiaalisten ongelmien selittämistä lääketieteelliseksi (Kokkonen 2004, 15).

4.4 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Sosiaalihuollon asiakkaalle on laadittava suunnitelma palveluiden järjestämisestä (Lait 812/2000, 7§; 980/2012, 16§; 1301/2014 39§). Vanhuspalvelulain 16§ määrittelee tarkemmin ikäihmiselle laadittavasta suunnitelmasta. Suunnitelma tulee laatia palvelutarpeen selvittämisen jälkeen, jollei kyseessä ole ollut tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai suunnitelman laatiminen ole muutoin tarpeetonta. Palvelusuunnitelmassa määritellään iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvion perusteella, millainen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kokonaisuus tarvitaan hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä hänen hyvän hoitonsa turvaamiseksi. Iäkkään henkilön sekä mahdollisuuksien mukaan hänen läheisensä tai edunvalvojansa kanssa on neuvoteltava vaihtoehtoista kokonaisuuden muodostamiseksi. Iäkkään henkilön näkemyksen vaihtoehtoista kirjataan suunnitelmaan. Palvelusuunnitelma tarkistetaan tarvittaessa, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu hänen palvelutarpeeseensa vaikuttavia olennaisia muutoksia.

Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan iäkkäälle yhteistyössä hänen kanssaan palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä esiin tulleiden tarpeiden tyydyttämiseksi. Suunnitelman tarkoituksena on tukea iäkkään toimintakyvyn vajeita ja mahdollistaa hänen turvallinen asuminen kotona. Hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa nousee esille asiakkaan tarpeet ja toiveet sekä työntekijän asiantuntemus ja palvelumahdollisuudet. Palvelusuunnitelma toimii tavallaan sopimuksena asiakkaan ja palveluntuottajan välillä. (Ikonen 2013, 159).

Marttilan kunnassa hoito- ja palvelusuunnitelmat laaditaan kaikille säännöllisen kotipalvelun asiakkaille. Suunnitelmat pitävät sisällään lakien määrittelemät asiat. Vanhustyön johtaja tekee hoito- ja palvelusuunnitelman asiakkaan ja mahdollisesti hänen omaisensa kanssa. Useimmiten suunnitelman laatimisessa on mukana myös työntekijä kotipalvelusta. Asiakas ja omainen allekirjoittavat suunnitelman. Asiakas saa oman kappaleensa ja toinen arkistoidaan vanhustyön johtajan työhuoneeseen. Kotipalvelu saa kopion alkuperäisestä suunnitelmasta, jotta he tietävät toimia suunnitelman mukaisesti.

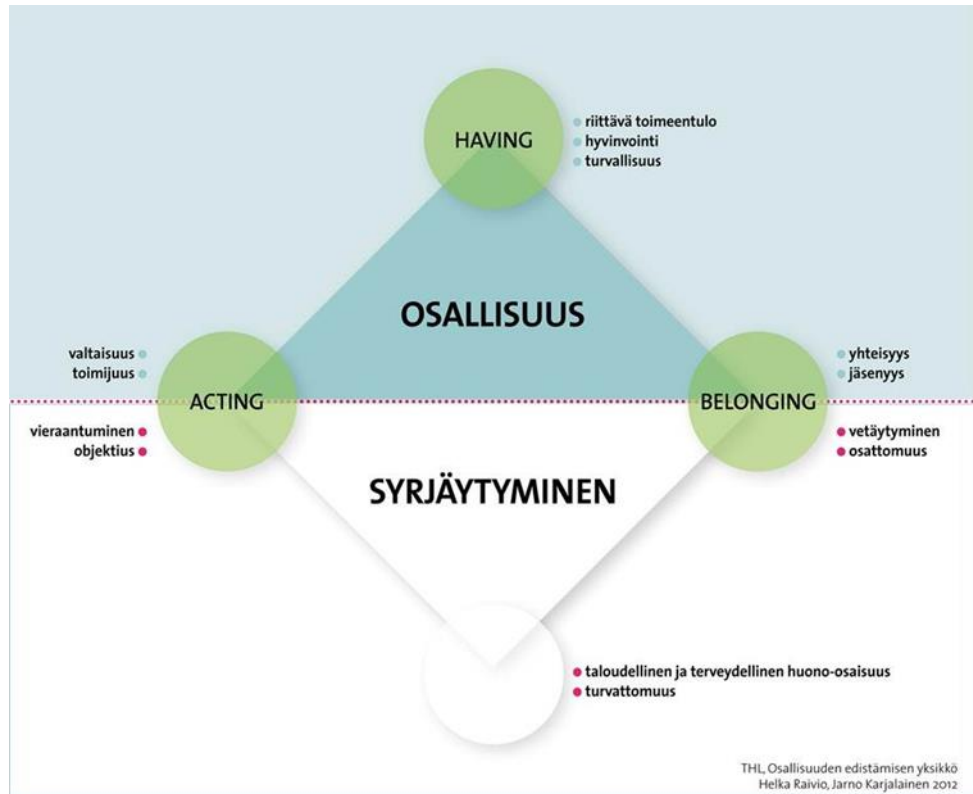
5 OMAHOITAJANA IÄKKÄÄLLE ASIAKKAALLE

5.1 Osallisuus vanhuspalveluissa

Osallisuutta pidetään osallistumista laajempänä käsitteenä. Osallistuminen saattaa jäädä pelkästään osallistumiseksi johonkin tilaisuuteen, kun taas osallisuus pitää sisällään ajatuksen palvelukäyttäjän vaikuttamisesta toimintaan tai palveluprosessiin. (Valkama & Raisio 2013, 92.) Osallisuuteen liitetään myös ajatus kiinnittymisestä yhteiskuntaan, kokemusta jäsenyydestä, mahdollisuutta osallistua, toimia ja vaikuttaa yhteisöissä ja yhteiskunnassa. Näistä lähtökohdista käsin osallisuuden kokemukset ovat myös kytkeytyneet osallistujan henkilökohtaiseen elämismaailmaan, identiteettiin ja verkostoihin. Vastakohtaksi osallisuuden kokemukselle voi nousta osattomuus, jolloin henkilö ei ole jostain syystä osallisena yhteiskunnassa tärkeinä pidettäviin asioihin. Syitä voivat olla esimerkiksi sosiaaliset suhteet, työmarkkinatilanne, vaikuttaminen taloudellisiin tai yhteiskunnallisiin asioihin. Voidaan myös ajatella, että ilman johonkin kuulumisen tunnetta - osallisuutta, puuttuu osallistumiselta perusta. (Närhi ym. 2013, 115–116.)

Kohonen ja Tiala (2002, 6) määrittelevät kansalaisen osallistumiseen vaikuttavan kaksi oleellista asiaa; kansalaisen omakohtainen kiinnostus sekä tarjolla olevat mahdollisuudet osallistua ja vaikuttaa. Etenkin tarjolla olevien mahdollisuuksien järjestämiseen voidaan vaikuttaa kehittämällä hallinto- ja päätöksentekojärjestelmää niin, että se tarjoaa keinoja kansalaisten osallistumiseen. Osallistuminen pitää sisällään ajatuksen aktiivisesta kansalaisesta osallistujana, joka haluaa ja osaa toimia aloitteellisesti itselle tärkeissä asioissa. Osallisuus taas voi liittyä esimerkiksi erilaiseen roolitukseen, jossa henkilö voi olla osallisena kansalaisena tai esimerkiksi palvelujen käyttäjänä osallisena asiakasroolissa.

Raivio & Karjalainen (2013, 16) mukaan osallisuus tarkoittaa, että ihmisellä on: käytössään riittävät aineelliset resurssit (HAVING), hän on omaa elämäänsä koskevassa päätöksenteossa toimijana (ACTING) ja hänellä on sosiaalisesti merkityksellisiä ja tärkeitä suhteita, jäsenyyttä erilaisissa ryhmissä (BELONGING).



Kuvio 6. Osallisuus syrjäytymisen vastaparina (Raivio & Karjalainen 2013, 17).

Kuviossa 6 jokaiselle osallisuuden ulottuvuudelle peilautuu sen negatiivinen vastapari – syrjäytymisen ulottuvuudet. Vajaus jollakin osallisuuden ulottuvuudella tarkoittaa osallisuuden vähentymistä ja syrjäytyneisyyden lisääntymistä. Syrjäytymisellä tarkoitetaan yhteisöllisen toiminnan ulkopuolelle jäämistä. Siihen liittyy useimmiten myös sosiaalista, taloudellista ja terveydellistä osattomuutta ja eriarvoisuutta. Jos jokin osallisuuden ulottuvuuksista puuttuu, ei muodostu täysimääräistä osallisuutta. Näin ollen kokemukseemme osallisuudesta vaikuttaa osallisuusulottuvuuksien tasapainoisuus. Osallisuuden kolmion ollessa tasapainossa sen voidaan katsoa ilmentävän yksilön hyvinvointia. (Raivio & Karjalainen 2013, 17.)



Kuvio 7. Osallisuuden ulottuvuudet (Särkelä-Kukko 2014,38).

Särkelä-Kukko (2014, 37) kuvaa monipuolisen ihmisarvoisen elämän rakentuvan elintason, kuulumisen ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuksien kokonaisuudesta (Kuvio 7). Pelkästään hyvä elintaso ei riitä takaamaan yksilölle laadukasta elämää. Sosiaalisten verkostojen ja osallisuuden merkitys ovat osa yksilön hyvinvointia.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa Laatusuosituksessa hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi osallisuuden monimuotoinen turvaaminen nostetaan läpileikkaavaksi periaatteeksi iäkkäiden ihmisten ääneen kuuluviin saamiseksi sellaisessa päätöksenteossa, joka koskee heitä. Laatusuosituksessa ikääntyneen väestön osallisuudella tarkoitetaan mahdollisuutta olla vaikuttamassa yhteisön jäsenenä ja kansalaisena yhteisön toimintaan ja palveluiden kehittämiseen. Osallisuus merkitsee iäkkään henkilön näkökulmasta osallistumista omien palvelujensa suunnitteluun, oman asiansa käsittelyyn asiakkaana sekä palvelujen laadun arviointiin erityisesti silloin, kun hänen toimintakykynsä on heikentynyt. (STM 2013, 17.)

Aidon ikäihmisten osallisuuden mahdollistaminen ja osattomuuden välttäminen vaativat yhteistä tekemistä kunnan sisällä eri toimialojen kesken tiiviissä yhteistyössä järjestöjen, yritysten ja seurakuntien kanssa. Lisäksi on kehitettävä areenoita, joissa eri toimijat ja

ikäpolvet voivat kohdata toisiaan ja oppia toinen toisiltaan. Yhteisen tekemisen pohjalta voidaan löytää jo olemassa olevat mahdollisuudet sekä kehittää uusia. Hyvä osallisuuden vahvistamisen keinoja on aktiivinen vanhusneuvostotyöskentely, joiden tärkein tehtävä on tuoda ikääntyneen väestön ääni suunnitteluun, päätöksentekoon ja arviointiin sekä toisaalta tiedottaa ikääntyneelle väestölle vireillä oleva olevista asioista. (STM 2013, 17; Kivelä & Vaapio 2011, 21.)

Marttilan kunnassa on toiminut vanhusneuvosto jo vuodesta 2002 alkaen. Vuonna 2016 vanhusneuvostosta tuli vanhus- ja vammaisneuvosto. Vanhusneuvoston jäsenistöön kuuluu ikääntyneitä henkilöitä eri yhdistyksistä, vammaisten edustaja, seurakunnan edustaja, luottamustoimen edustaja sekä viranhaltijaedustajat. Vanhusneuvosto koontuu säännöllisesti noin neljä kertaa vuodessa. Vanhuspalvelulain myötä vanhusneuvoston toiminta on muuttunut säännönmukaisemmaksi. Marttilan kunnan vanhusneuvosto seuraa kunnan vanhuspalveluiden tilannetta, tekee aloitteita sekä järjestää kerran vuodessa ikäihmisten iltapäivän. Iltapäivä on ollut odotettu tapahtuma ja siitä on tullut jo vakiintunut tapa. Ikäihmisten iltapäivässä on tietoisuus ikääntymiseen liittyen, mahdollisuus mittauttaa verenpainetta, tarjoilua sekä mukavaa ohjelmaa. Osallistujia on ollut vuosittain noin 100 henkilöä.

lääkäiden henkilöiden osallisuuden mahdollisuuksiin vaikuttaa myös esteetön saatavuus ja saavutettavuus, jotta ikääntyvät pystyvät käyttämään tuotetta, tilaa tai palvelua sairaudesta, vammasta tai toimintarajoitteesta huolimatta. Esteellisyyteen voivat vaikuttaa esimerkiksi mielekkään tekemisen puute, liikkumisen hankaluus, aistivammaisuus, kielelliset esteet, yhteiskunnan kielteiset asenteet, yksinäisyys, turvattomuus, koetun elämänlaadun heikentyminen sekä palvelujen ja ennalta ehkäisevän toiminnan riittämättömyys. Fyysistä esteettömyyttä lisäävät liikenneyhteydet, hyvät kulkumahdollisuudet rakennuksiin, henkilökohtaiset apuvälineet sekä toisen henkilön apua. Sosiaalista esteettömyyttä vahvistaa ilmapiiri ja toimintaympäristö, jossa hyväksytään jokainen ilman pelkoa syrjinnästä. (STM 2013, 19.)

Osallisuus siis kuvaa ihmisen osallistumista, toimijuutta ja kiinnittymistä yhteiskuntaan pyrkien vaikuttamaan sekä omiin että yhteiskunnallisiin asioihin. Osallisuus kuvaa sitoutuneisuutta asioihin, joissa kokee olevansa osallisena. Osallisuus tukee ihmistä omatoimisuuteen ja vastuunottoon sekä päätöksen tekoon omasta elämästä. Osallisuuden kokemus on henkilökohtainen ja se saattaa muodostua pienistä yksityiskohdista henkilön elämässä.

5.2 Iäkäs asiakkaana omassa kodissaan

Yleisesti ottaen asiakkaalla tarkoitetaan palveluiden tai tuotteiden vastaanottajaa, joka voi olla luonnollinen henkilö, henkilöryhmä tai organisaatio. Sosiaalihuollon asiakkuuden syntyminen edellyttää palveluiden piiriin ottamisen ehtojen täyttymistä toisin kuin esimerkiksi liiketalouden alalla. Sosiaalihuollon palvelujen käyttämisen asiakkuutta pidetään usein erityisenä asiakkuutena johtuen siitä, että kyseessä on terveydellisistä tai sosiaalisista ongelmista kärsivän henkilön kohtaaminen. On syytä muistaa, ettei sosiaalihuollon asiakkuudessa ole aina kyse niin sanotuista hyvinvointivajeista, vaan normaaliin elämäntyyliin kuuluvista palvelutarpeista kuten kotipalvelusta. (Virtanen ym. 2011, 15–17).

Nykypäivän sosiaalityössä asiakas nähdään subjektina, oman elämänsä asiantuntijana ja toimijana. Asiakkaan ja ammattilaisen välinen suhde on erityinen ja se nähdään tasa-vertaisten osapuolten kohtaamisena sekä vuorovaikutuksessa rakentuvana suhteena. Haasteena kuitenkin kohtaamisessa on läsnä oleva valta-asetelma, joka muodostuu asiakkaan tarvitsemasta ohjauksesta ja neuvonnasta suhteessa ammattilaiseen. Asiakkuuden syntymiseksi ja ylläpitämiseksi asiakkaan ja ammattilaisen välille vaaditaan kumppanuutta ja ymmärrystä. (Romakkaniemi & Kilpeläinen 2013, 244–245.)

Pohjolan (2010, 71) mukaan puhutaan yhä enemmän asiakkaan tarpeista lähtevistä palveluista, asiakaslähtöisyydestä, asiakkaiden osallistumisesta ja kumppanuudesta. Osaltaan puhe on vielä tavoitekielistä retoriikkaa, joka kuvastaa hyviä pyrkimyksiä, vaikka todellisuus onkin rakentunut pitkälti palvelujärjestelmän lähtökohdista käsin. Erityisesti käytännön palveluiden perustasolla asiakkaiden aseman parantamiseksi on tehty ja tehdään arvokasta työtä. Eri tahot ovat luoneet erilaisia osallistumisen ja osallisuuden muotoja. On kehitetty työmuotoja, joissa asiakkaat ovat toimineet oman palvelunsa päämiehinä, koulutettuina palveluiden laadunarvioitsijoina, kokemuskouluttajina sekä kehittäjäasiakkaina.

Kotipalvelun ja kotihoidon asiakkaat ovat pääsääntöisesti ikääntyneitä. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos kerää vuosittain tilastotietoa muun muassa kotihoidon asiakkaista. Säännöllisen kotihoidon 75 vuotta täyttäneiden osuus vastaavan ikäisestä väestöstä oli vuonna 2015 11,8 prosenttia. Kaikista kotihoidon asiakkaista 66 prosenttia oli naisia. Marttilan kunnan osalta asiakkaista lähes puolet saa palveluita yli 60 kertaa kuukaudessa. (Väyrynen & Kuronen 2016.)

Kotipalvelun asiakas on ikääntymisen lisäksi monesti monisairas, joilla avuntarpeen aiheuttaa yleensä fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen tai muistisairaus. Hän on työn keskipiste ja oman elämänsä paras asiantuntija. Asiakkuus muotoutuu kulloistenkin elämäntilanteiden ja olosuhteiden mukaisesti, jolloin elämän rajallisuus ja ihmisen vajavaisuus konkretisoituvat. Kotipalvelun asiakkuudessa korostetaan kuitenkin enemmän jäljellä olevia voimavaroja ja vanhuuden hyviä puolia. Ominaista kotipalvelun asiakkuudessa on myös monen eri organisaation tai palvelujärjestelmän asiakkuus samanaikaisesti. (Ikonen 2013, 42–43.) Marttilan kunnan kotipalvelun asiakkaat ovat suurimmaksi osaksi myös Härkätien sosiaali- ja terveystalouden asiakkaita. Kotipalvelutyössä on tärkeää ymmärtää, että asiakkaat ovat erilaisia keskenään ja heidän tarpeensa ovat hyvin yksilöllisiä (Luoma & Kattainen 2007, 18).

lääkkään asiakkaan omien voimavarojen, näkemyksien ja oman tahdon kunnioittaminen on toisinaan haasteellista työntekijöille. Eloranta (2009, 12–59) tarkasteli ikäihmisten kotona asumista sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta tarkoituksenaan lisätä ymmärrystä iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden voimavaroista arjesta selviytymisen näkökulmasta. Eräänä tutkimustuloksena oli asiakkaiden kokemus siitä, että hoitajat tekivät puolesta asioita tai asiakkaisiin liittyviä päätöksiä kuulematta asiakkaan omaa näkemystä asiasta. Eloranta esittääkin kotihoidon kehittämishaasteiksi muun muassa asiakkaan oman elämän asiantuntijuuden vahvistamista ja toimintakulttuurin suuntaamista tavoitteelliseksi toiminnaksi.

5.3 Omahoitajuus kotipalvelussa

Palveluja yhteensovittava kotiutumisen- ja kotihoitokäytäntö (PALKO) on kehitetty 1990-luvun lopulla yhdessä sairaaloiden ja kotihoidon työntekijöiden kanssa yhden kunnan alueella. Mallin tavoitteiksi asetettiin asiakkaan kotona selviytyminen ja sen kehittäminen perustui aikaisempiin tutkimuksiin ja käytännön asiantuntemukseen. Lähtökohtia kehittämiselle olivat hoidon jatkuvuuden, toiminnan asiakaslähtöisyyden, avohoidon ja -palvelujen laadun sekä asiakkaan osallistumisen ja itsemääräämisen lisääminen. (Perälä ym. 2003, 15.)

Ikonen (2013, 36) on määritellyt PALKO-mallia mukaellen omahoitajan tehtäviä kotihoitossa (Kuvio 8). Kootusti voidaan sanoa, että omahoitajan tehtävänä on siis toimia asiakkaan edunvalvojana hänen hoitoonsa ja palveluihin liittyvissä asioissa kotihoidon toiminta-alueella. Omahoitaja pitää yllä omaa tietämystään asiakkaan tilanteesta ja reagoi

siihen nopeasti. Omahoitaja osaa toimia kotihoitoon liittyvien asioiden ympärillä eri verkostoissa asiakkaansa parhaaksi.

Omahoitajan tehtävänä on :

- Osallistua asiakkaan hoivaan ja hoitoon yhtenä hoitotiimin jäsenenä
- Laatia palvelusuunnitelman yhdessä asiakkaan ja läheisten kanssa
- Koordinoida palvelut yhteen asiakkaan parhaaksi
- vastaa siitä, että asiakas selviytyy kotonaan
- Keskustella asiakasmaksuista ja erilaisista tukimuodoista asiakkaan ja läheisen kanssa
- Arvioida ja seurata asiakkaan hoidon ja palveluiden tarvetta ja ehdottaa tarvittavia muutoksia
- Koota eri työntekijöiltä sekä asiakkaalta ja läheiseltä saamat tiedot yhteen
- Vastata asiakasta koskevasta tiedonkulusta kotihoidon tiimin sisällä ja ulkopuolisten tahojen kanssa
- Toimia tietojen välittäjänä asiakkaan ja läheisten sekä tiimin välillä

Kuvio 8. Omahoitajan tehtävät kotihoidossa (Ikonen 2013, 36).

Omahoitaja on ihminen ihmiselle. Omahoitajan yksi tärkeimmistä tehtävistä on oppia kuuntelemaan asiakasta kaikilla aisteillaan. Asiakas ei aina sanallisesti kerro tai osaa kertoa keskeisiä asioita tilanteestaan tai elämästään. Säännöllinen oman asiakkaan tapaaminen ja häneen tutustuminen luo myönteistä suhdetta ja on perustana luottamuksellisen suhteen syntymiselle. Kun asiakas pystyy kertomaan tai ilmaisemaan omista tarpeistaan, on pohja yhteistyölle ja kehitykselle luotuna. (Vilhunen 2016, 79; Walmsley 2009, 58.)

Tekezin (2010, 54) rahoittamassa Kotihoito 2020 -hankeessa kehitettiin muun muassa tavoitteellista omahoitajatoimintamallia. Mallin keskeisenä piirteenä oli, että asiakas kohdataan aiempaa vahvemmin yksilöinä, joilla on oma roolinsa ja tehtävänsä toimintakykynsä ylläpitäjänä. Asiakkaille ja omaisille taas toimintamalli näyttäytyi osallistavimpana

työtapana hoitotyössä. Toimintamallissa kirjataan asiakkaalle tavoitteet näkyviksi ja omahoitaja toimii asiakkaan tukijana, ohjaajana ja motivoijana niiden saavuttamiseksi. Toimintamallin käyttöönotossa hyötyinä oli nähty tiimityön vahvistuminen sekä käyntien vähentäminen asiakkailla omatoimisuuden lisääntyessä.

Helsingin kaupungissa on vuosina 2006-2009 etsitty toimintamalleja lupaaviin käytäntöihin vanhusten yksinäisyyden ja syrjäytymisen kokemuksia vastaan. Erääksi toimintamalliksi ehdotetaan kotihoidon palveluiden kehittämistä yhteistoiminnalliseen suuntaan. Eheyttämistä kaipaavat vuorovaikutuksellinen, neuvotteleva keskustelu yhdessä asiakasvastuullisen työntekijän asiakkaan ja omaisen kesken, asiakkaan aktivointi elämänlaadun parantamiseksi ja verkostotyön kehittäminen. Tavoitteena on, että jokainen verkostossa mukana oleva tuntee kunkin asiakkaan palvelujen kokonaisuuden ja tietyn palvelun liitännät muihin. (Engeström ym. 2009, 271–272.)

6 OMAHOITAJATOIMINTAMALLIN KEHITTÄMISPROSESSI

6.1 Kehittämisprosessin eteneminen

Omahoitajatoimintamalli käynnistyi syksyllä 2015 kehittämishankkeen aiheen valinnalla ja rajaamisella (Kuvio 9). Hankkeen aihepiiriä käsiteltiin sekä kotipalvelun työyksikkökokouksissa että ylemmän johdon kanssa. Kehittämishankkeen kirjallinen suunnitelma valmistui joulukuussa 2015. Hankkeentekijä perehtyi kirjallisuuteen ja loi teoriapohjaa hankkeelle tammi-helmikuussa 2016. Kotipalvelun työyksikkökokouksissa pohdittiin heterogeenista edustusta asiakkaiden osalta työkonferenssiin.

Työkonferenssikutsut lähetettiin kotipalvelun asiakkaille tammikuun lopulla. Työkonferenssiin tuotoksista käsin muodostettiin Omahoitajatoimintamallin runko, jonka pohjalta toimintaa lähdettiin viemään eteenpäin. Samassa yhteydessä todettiin tarve päivittää hoito- ja palvelusuunnitelmalomaketta. Mallia sekä hoito- ja palvelusuunnitelmalomaketta käsiteltiin työyksikkökokouksissa perehdyttäen työntekijöitä niiden käyttöön.

Kotipalvelun asiakkaille toimitettiin kirje uuden toimintamallin käyttöönotosta sekä siitä, kuka toimii heidän omahoitajanaan kotipalvelussa. Kotipalvelun työntekijät päivittivät pikkuhiljaa hoito- ja palvelusuunnitelmia sekä tutustuivat omiin asiakkaisiinsa alkukesästä alkaen. Työyhteisökokouksissa käytiin lävitse pitkin matkaa esille tulleita asioita.

Työkonferenssikutsut lähetettiin kotipalvelun asiakkaille tammikuun 2016 lopulla. Työkonferenssiin tuotoksista käsin muodostettiin omahoitajatoimintamallin runko, jonka pohjalta toimintaa lähdettiin viemään eteenpäin. Samassa yhteydessä todettiin tarve päivittää hoito- ja palvelusuunnitelmalomaketta. Mallia sekä hoito- ja palvelusuunnitelmalomaketta käsiteltiin työyksikkökokouksissa perehdyttäen työntekijöitä niiden käyttöön.

AIKA	MENETELMÄ	TOIMIJAT	TUOTOS	
9-11/2015	Palaverit, erilliset keskustelut	Hankkeen tekijä, työntekijät, sosiaalijohtaja	Kehittämishankkeen aiheen valintaa, aihepiirin rajaaminen	Suunnittelu
12/2015	Palaverit, erilliset keskustelut	Hankkeen tekijä, työntekijät, sosiaalijohtaja	Kehittämishankkeen suunnitelma	
1/2016	Perehtyminen kirjallisuuteen, kirjoittaminen Kutsukirje Työkonferenssiin osallistujille	Hankkeen tekijä	Teoriaa omahoitajuudesta, työkonferenssista Informointi	
2/2016	Työkonferenssi Kirjoittaminen	Hankkeen tekijä, työntekijät, otos asiakkaista ja omaisista Hankkeen tekijä	Omahoitaja ikäihmisen tukena-toimintamallin teemoitus	Organisointi
3-4/2016	Työyhteisöpalaverit	Hankkeen tekijä, työntekijät	Toimintamallin muokkaaminen käyttöön, hoito- ja palvelusuunnitelma-lomakkeen muokkausta	
5/2016	Kirje kotipalvelun asiakkaille	Hankkeen tekijä	Informointi	
5-9/2016	Käytännön työ Työyhteisöpalaverit Kirjoittaminen	Työntekijät, asiakkaat Hankkeen tekijä, työntekijät Hankkeen tekijä	Kokemukset Kokemukset, palaute Dokumentointi	Toteutus
10/2016	Kysely kaikille kotipalvelun asiakkaille	Hankkeen tekijä, työntekijät, asiakkaat	Kokemukset, palaute	Arviointi
11/2016	Työyhteisöpalavereissa kokemukset omahoitajamallista	Hankkeen tekijä, työntekijät	Omahoitaja ikäihmisen tukena-toimintamallin päivittäminen	
10-11/2016	Kirjoittaminen	Hankkeen tekijä	Hankkeen loppuraportti, lomakkeiston päivitys Omahoitaja-toimintamalli	
12/2016	Kehittämishankkeen esittely	Hankkeen tekijä, sidosryhmät	Levitys, juurruttaminen, implementointi	Levitys

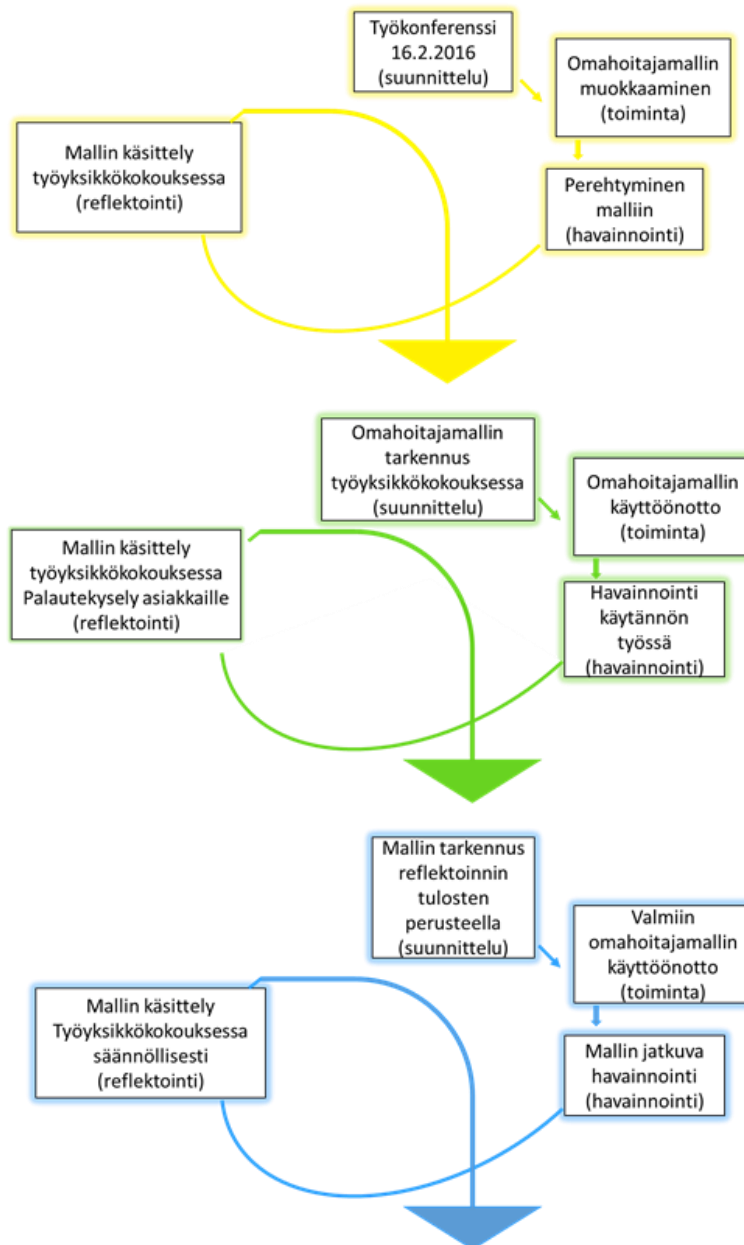
Kuvio 9. Omahoitajatoimintamalli- kehittämishankkeen eteneminen vuosina 2015–2016.

Kotipalvelun asiakkaille toimitettiin kirje uuden toimintamallin käyttöönotosta sekä siitä, kuka toimii heidän omahoitajanaan kotipalvelussa. Kotipalvelun työntekijät päivittivät pikkuhiljaa hoito- ja palvelusuunnitelmia sekä tutustuivat omiin asiakkaisiinsa alkukesästä alkaen. Työyhteisökokouksissa käytiin lävitse pitkin matkaa esille tulleita asioita.

Lokakuun aikana toteutettiin kysely kaikille kotipalvelun asiakkaille uudesta toimintamallista. Loka-marraskuun vaihteessa käsiteltiin työyksikkökokouksessa mallin toimivuutta ja kerättiin palautetta mallin jatkosuunnitelmista. Marraskuun aikana hankkeen raportti valmistui ja sen esittäminen tapahtui joulukuussa 2016. Tämän jälkeen mallin on tarkoitus elää Marttilan kunnan kotipalvelussa niin, että sitä arvioidaan säännöllisesti ja muokataan esiin tulevien tarpeiden mukaan.

Omahoitajamallin luominen edettiin spiraalimallin mukaisesti kehittämishankkeen ajan. Varsinainen hanke kesti vuoden 2016 ajan, mutta mallia tullaan jatkossakin kehittämään tarpeen mukaan.

Spiraalimallissa kehittämisprosessi aloitetaan suunnittelulla. Suunnittelun jälkeen siirytään toimintavaiheeseen. Toimintavaiheen ja sen havainnoinnin kautta reflektointiin, jonka jälkeen spiraalimainen kehittämisprosessi jatkuu uudella spiraalin kierroksella suunnitelmasta alkaen (Kuvio 10).



Kuvio 10. Kehittämishankkeen eteneminen spiraalimaisesti (Mukaillen Toikko & Rantanen 2009, 67).

Kehittämishankkeessa ensimmäinen suunnitteluvaihe oli työkonferenssi helmikuussa 2016, jossa laadittiin ensimmäinen omahoitajamalli kotipalveluun. Kevään ja kesän aikana omahoitajamallin toimintaan panoa suunniteltiin työyhteisökokouksissa, joiden toimintaperiaatteena oli syklinen ajattelu mallin hiomisessa koekäyttöön. Kesän aikana toimintaa havainnoitiin käytännön työssä. Havainnointien perusteella tehtiin reflektointia, jota jaettiin työyksikkökokouksissa. Reflektoinnin perusteella tehtiin uusia suunnitelmia

työyksikkökokouksissa omahoitajamallin eteenpäin viemiseksi. Omahoitajamallia reflektoidaan loppukesästä tehtävällä kyselyllä kaikille kotipalvelun asiakkaille, jonka pohjalta lähdetään taas uudelle syklin kierrokselle. Näin ollen koko kehittämishankkeen suunnitelmallisuutta ja prosessin etenemistä tukee jatkuva arviointi.

6.2 Kehittämismenetelmät

Työkonferenssi

Kehittämishankkeen tavoitteena oli lisätä kotipalvelun työntekijöiden ja asiakkaiden välistä yhteisymmärrystä, yhteistyötä, osallisuutta sekä asiakkaan oman äänen kuuluviin saamista hänen kotipalveluissaan. Omahoitajatoimintamallin kehittämisen käynnistämiseksi valittiin menetelmäksi työkonferenssi, joka on yhteistoiminnallinen ja osallistava kehittämismetodi. Työkonferenssi perustuu demokraattisen dialogiin, jossa työorganisaatioiden kehittämisessä pohjataan työyhteisön jäsenten mahdollisimman laajaan oma-kohtaiseen osallistumiseen. Pääpaino kehittämishankkeessa asetetaan niihin malleihin, joiden pohjalta ihmiset eri työyhteisöissä itse jäsentävät omaa toimintaansa. Malleja kutsutaan paikallisiksi teorioiksi. (Kasvio 1990, 113–114.)

Paikallisten teorioiden rakennuspaikat eli työkonferenssit ovat tilaisuuksia, joissa eri asemilla olevat työyhteisön jäsenet pohtivat keskenään mahdollisuuksia oman työnsä ja sitä koskevien järjestelyjen kehittämiseen. Kyseistä pohdintaa pyritään harjoittamaan käytännöllisellä tasolla sekä tietoisesti konkreettisiin muutosohjelmiin tähdäten. Työkonferenssi tilaisuuksissa ihmisten toivotaan voivan tuoda esille välineiksi oman työyhteisön kehittämiseksi sitä hiljaista tietoa, mitä he työtä tehdessään tai asiakkaana ollessaan omaksuneet. (Kasvio 1990, 113–114.) Tavoitteen asettelun perusteella työkonferenssi luo pohjan omahoitajatoimintamallin kehittämiseksi yhteisellä asiaan virittävyydellä. Työskentelymuodossa korostuu asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden välinen yhteisymmärrys, yhteistyö ja osallisuus. Työkonferenssimenetelmän avulla luotiin pohja myöhemmälle työskentelylle työyksikkökokouksissa.

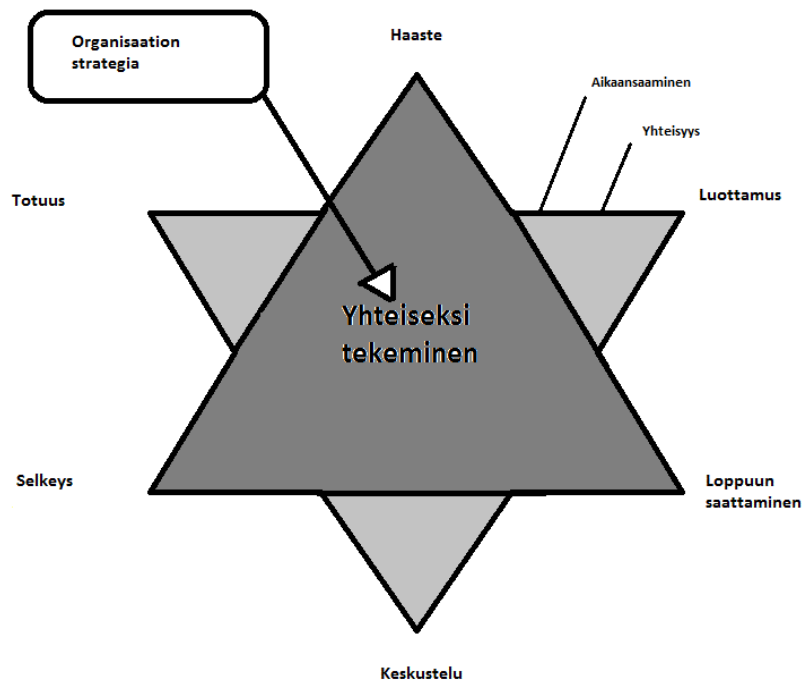
Työkonferenssi menetelmän avulla luodaan keskusteluareena, jossa pyritään mielipiteiden, ideoiden ja ratkaisujen yhteiseen jakamiseen. Työskentelyn tavoitteena on, että keskitytään kommunikaatioon ja ihmisten väliseen tasavertaiseen vuoropuheluun eli dialogiin suunnittelurationaalisen ajattelun sijaan. Dialogin avulla osallistujat itse tuottavat

varsinaisen asiasisällön, joka kuvataan puheena ja kirjoituksena. Työkonferenssiin osallistuu aina monipuolinen osallistujakunta kuten tässä hankkeessa työntekijöitä, asiakkaita ja omaisia. Työkonferenssin tavoitteena on yhteisymmärryksen löytäminen, jonka varassa rakennetaan omahoitajatoimintamalli. Näin toimien toimintamallin on tarkoitus muuttaa puhe yhteistoimintaan perustuviksi teoiksi. Työkonferenssi toimii oppimisen areenana, johon osallistujat tuovat aineellisen sisällön omien kokemustensa, tieto-taitojensa ja ymmärtämisensä pohjalta. Yleisesti ottaen työkonferenssi ei ole vain yksittäinen tapahtuma, vaan se liittyy johonkin toiminnalliseen ketjuun – prosessiin. Tutkimustietoa hyödynnetään työkonferenssin suunnittelussa, toteutuksessa ja toimintaan kytkemisessä. (Gustavsen 1992, 3-4; Lehtonen 2004, 15–16; Toikko & Rantanen 2009, 104.)

Työkonferenssin työtapoina ovat toimivat pienryhmä- ja yleiskeskustelut. Syväsen mukaan (Toikko & Rantanen 2009, 105) työkonferenssissa käsitellään ensimmäisen ryhmän aikana visio, toisen ryhmän aikana vision esteet, kolmannen ryhmän aikana ratkaistut esteisiin sekä viimeisenä kehittämissuunnitelmat. Jokainen ryhmään osallistuva osallistuu kaikkiin ryhmiin, joskin ryhmien kokoonpanot vaihtelevat aina työkonferenssin edetessä. Kasvio (1990, 121) on kuvannut teoksessaan vastaavanlaisen jaottelun ryhmätöiden aihepiiriin jaottelun. Lisäksi hän kuvaa ensimmäisen ryhmän olevan osallistujien osalta homogeeninen, toisen, kolmannen ja neljännen ryhmän hän kuvaa olevan enemmän heterogeenisiä. Kehittämissuunnitelman työkonferenssissa kokoonnuttiin ensimmäiseksi kolmeen ryhmään: asiakkaat, työntekijät ja omaiset. Toisessa ja kolmannessa ryhmässä oli jokaisessa kokoonpanossa edustajia asiakaista, työntekijöistä ja omaisista. Neljännessä ryhmässä palattiin takaisin alkuperäisiin homogeenisiin ryhmiin. Tavoitteena on, että ryhmät muodostuvat aina eri henkilöistä. Ryhmien välillä kokoonnutaan yleisistuntoihin, joissa vaiheen tulokset raportoidaan. Raportit muodostavat samalla konferenssin tuottaman dokumentaation.

Dialogiset työyksikkökokoukset

Työyksikkökokoukset Marttilan kunnan kotipalvelussa perustuvat dynaamisen työyhteisön johtamisen tähtimalliin (Kuvio 11). Malli soveltuu hyvin myös kehittämissuunnitelman toteutukseen, jossa luodaan uutta mallia omahoitajuuteen. Johtamisen tähtimallin keskustelu-kärki vastaa dialogista keskustelua menetelmänä, jota käsittelemme tarkemmin tähtimallin esittelemisen jälkeen.



Kuvio 11. Työyhteisön johtamisen tähtimalli (Jalava & Matilainen 2010.)

Työyhteisön johtamisen tähtimalli perustuu organisaation strategiaan, asioiden yhteiseen tekemiseen, asioiden aikaansaamiseen ja lopuksi yhteisyyteen, joka on koko ajatusrakennelman perusta. Mallin tarkoituksena on tuoda yksilöille ylätasoa päämäärät lähemmäksi ja muokata niistä oman toiminnan suuntaviivoja. Kuviossa on kaksi kolmiota päällekkäin. Päällimmäinen kolmio liittyy toisiinsa osatekijät: haaste, selkeys ja loppuun saattaminen. Alempi kolmio liittyy yhteen osatekijät: keskustelu, totuus ja luottamus. Kuvion osat ovat toisistaan riippuvaisia ja ovat tarkoitettuja esimiehen ja työyhteisön yhdessä tapahtuvan ajattelun ja oman toiminnan arvioinnin lähtökohdiksi sekä aktiivisen työskentelyn tavoitteiksi. (Jalava & Matilainen 2010, 94–95.)

Dialogi tarkoittaa vuoropuhelua. Se on tarkoitusten ja ajatusten selvittämistä -yhteistä tiedonvirtaa. Dialogissa on oleellista keskittyä kuuntelemaan ja olemaan avoin esiin tuleville asioille (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 65.) Yksi tärkeä elementti dialogisuudessa on vastavuoroisuus, jossa jokainen osapuolista pääsee luomaan tilannetta ja vaikuttamaan yhteiseen vuoropuhelun kulkuun. Dialogisuus on parhaimmillaan silloin kuin molemmat tai kaikki osapuolet oppivat ja voivat muuttaa mielipiteitään tai asenteitaan. Tämän vuoksi dialogia tulee ajatella kommunikaationa ja suhteenä. (Mönkkönen 2007, 87–89.)

Työyksikkökokouksissa kehittämishankkeen teeman käsittely on dialogista vuoropuhelua, yhteisen ymmärryksen luomista omahoitajuudesta ja sen menestyksekkäästi hoitamiseen vaatimista toimintamallista, ohjeista ja lomakkeista. Työyksikössä on jo aiemmin vallinnut hyvä henki ja sosiaalinen pääoma. Sosiaalinen pääoma viittaa sellaisiin työyhteisön jäsenten välisten suhteiden ominaisuuksiin, jotka yhteistoiminnan kautta vaikuttavat työyhteisön päämäärien toteuttamista edistävästi. Se on työyhteisön aineetonta, rakenteissa ja vuoropuhelussa piilossa oleva pääoman laji. Sosiaalinen pääoma on ollut myös yksi keskeinen lähtökohta Jalava & Matilaisen työyhteisön johtamisen tähtimällin (Kuvio 11) rakentamisessa. Luottamuksen vallitessa keskustelijoiden erilaiset näkemykset ja tulkinnat esiin nostava vuoropuhelu ovat sosiaalisen pääoman ilmentymisen ja hyödyntämisen kannalta paras tilanne. Näin ollen työyhteisö pystyy tuottamaan erilaisia ajatuksia, joiden arviointi ja yhdisteleminen tuottavat innovaatioita ja dynaamisuutta. (Jalava & Matilainen 2010, 96–97.)

Työyksikkökokousten dialogisuus vaatii esimieheltä tietynlaista järjestelmällisyyttä ja paneutumista asiaan, jotta dialogi ei olisi vain keskustelua vaan aitoa vuorovaikutusta osallistujien kesken. Jalava & Virtanen (1998, 106) määrittelevät projektinkehittäjältä vaadittavan monenlaisia suunnittelutaitoja ja kaukonäköisyyttä tavoitteisiin pääsemiseksi. Tällä viitataan paitsi projektiorganisaation toiminnan suunnittelemiseen myös suunnitelmalliseen työskentelyotteeseen omissa työtehtävissä ja rutiineissa. Suunnittelutaidot liittyvät asioiden hahmottamiseen kokonaisuuksien avulla. Niin pienet kuin suuretkin, jopa mitätömiltäkin tuntuvat asiat osataan liittää kontekstiin ja niiden ymmärretään liittyvän laajempaan syistä ja seurauksista muodostuvaan kausaalirakenteeseen. Projektin johtajan tulee uusiutua, on siedettävä mahdollista kaaosta ja omaksuttava itseohjautuvuuden periaatteet.

Palautekysely

Palautekyselyä käytettiin kahdessa kohtaa hanketta. Ensimmäinen kysely tehtiin työnkonferenssiin osallistuneille (Liite 2). Kehittämishankkeen edettyä toteuttamisvaiheeseen tehtiin strukturoitu kysely kaikille kotipalveluasiakkaille. Strukturoidulla kyselyllä tarkoitetaan suljettuja kysymyksiä, joihin on annettu valmiit vastausvaihtoehdot. Kyselyyn vastaajat rastittavat tai ympyröivät sopivan vaihtoehdon. Strukturoidut kysymykset ovat tarkoituksenmukaisia, kun selvästi rajatut vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen ja niitä on rajoitetusti (Heikkilä 2014, 49.)

Kyselyn avulla saadaan tietoa, miten asiakkaat ovat kokeneet muutoksen ja millaisia kehittämisehdotuksia heillä on. Kyselyn teettäminen koko asiakaskunnalle toi kaikille

mahdollisuuden saada äänensä kuuluviin, koska työkonferenssiin pääsi osallistumaan vain otos kotipalvelun asiakkaista. Kysely toteutettiin lokakuussa 2016. Kaikille säännöllisen kotipalvelun asiakkaille toimitettiin kotipalvelun mukana kyselykaavake (Liite 8). Asiakkailta oli mahdollisuus vastata kyselyyn joko itsenäisesti tai pyytää apua lomakkeen täyttämiseen esimerkiksi kotipalvelun työntekijältä tai omaiselta. Kyselyn vastaamisessa avustanut henkilö pyydettiin yksilöimään kyselyn lopussa.

Kyselytutkimuksen etuna on, että voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto useilta eri henkilöiltä ja samalla voidaan kysyä monia asioita. Kysely on menetelmänä tehokas, koska se säästää aikaa ja vaivaa. Kyselytutkimuksen heikkouksina on muun muassa mahdollisuus siihen, että vastaajat eivät ole suhtautuneet kyselyyn vakavasti, kysymysten onnistuneisuus vastaajan mielestä (ei sopivaa vastausvaihtoehtoa), vastaajien kato. (Hirsjärvi ym. 2014, 195.)

6.3 Kehittämishankkeen toteutus

Varsinaisen kehittämishankkeen käynnisti työkonferenssi 16.2.2016, johon kutsuttiin kaikki kotipalvelun työntekijät (6 kpl), otos asiakkaista (6 kpl) ja omaisista (5 kpl) sekä kotisairaanhoidaja että sosiaaliohjaaja. Työkonferenssikutsu lähetettiin noin kolme viikkoa ennen työnkonferenssia (Liite 1). Kutsuttujen määrä arvioitiin olevan riittävä, vaikka tulisikin peruutuksia. Valitettavasti peruutuksia tuli kuitenkin enemmän kuin alkuun osattiin odottaa. Paikalla työkonferenssissa oli 5 työntekijää, 4 asiakasta ja 2 omaista. Yksi osallistujista oli sekä työntekijän että omaisen roolissa. Yhden poissa olevan omaisen, kotisairaanhoidajan ja sosiaaliohjaajan kanssa sovittiin, että he perehtyvät vielä työkonferenssissa aikaansaatuihin toimintamallin ehdotuksiin ja kommentoivat halutessaan niitä.

Työkonferenssi pidettiin Marttilan Osuuspankin kokoustiloissa. Kyseinen tila oli valittu sen esteettömyyden vuoksi. Asiakkaille järjestettiin taksikytyditys paikanpäälle. Kokoustiloissa on hyvä välineistö kokoustamiseen, joka mahdollisti monipuolisen havainnollistamisen esitettävään asiaan.

Työskentely aloitettiin tervetulosanoilla sekä lyhyellä työkonferenssin ja iltapäivän aikataulunesittelyllä (Kuva 1). Työkonferenssiin oli varattu aikaa neljä tuntia. Työskentelyn

puolella välissä pidettiin kahvitauko. Ennen varsinaisen työkonferenssimetodin aloittamista kerättiin kaikilta osallistujilta suostumus kehittämishankkeeseen osallistumisesta (Liite 2).



Kuva 1. Työkonferenssin avaus (Kuva: Minna Kuokkanen).

Ensimmäisessä ryhmätyöskentelyssä osallistujat jaettiin kolmeen eri homogeeniseen ryhmään: asiakkaat, omaiset ja työntekijät. Kukin ryhmä käsitteli aihetta noin kymmenen minuutin ajan, jonka jälkeen ryhmien ajatukset koottiin yhteisistunnossa fläppitaululle jokaisen ryhmän osalta erikseen.

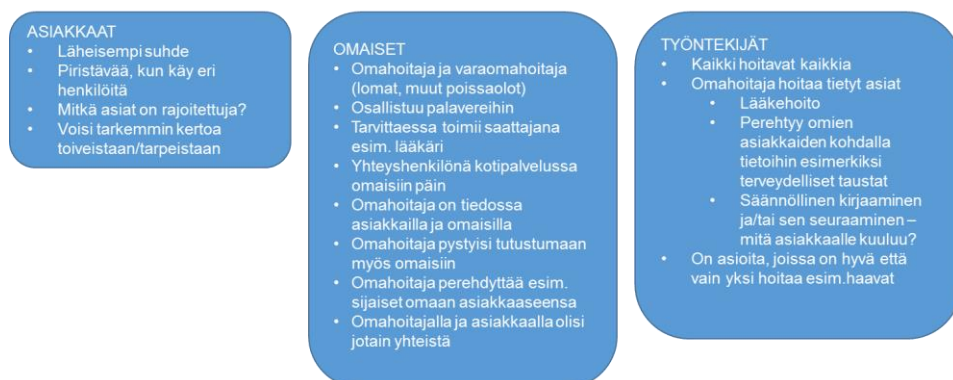


Kuva 2. Asiakasryhmän työskentelyä (Kuva: Maria Vesala).

Kuviossa 12 käy ilmi eri ryhmien ajatukset omahoitajatoimintamallin visiosta eli mitä omahoitajalta/omahoitajasuhteelta odotetaan kotipalvelun asiakkaana/työntekijänä. Asiakkaat visioivat omahoitajatoiminnan tuovan työntekijää läheisemmäksi sekä voisi itse kertoa omista toiveistaan ja tarpeistaan paremmin. Asiakkaat pitivät kuitenkin siitä, että

heillä käy useampi eri työntekijä. Omaisten ryhmässä visioitiin omahoitajuuden tarkoittavan lähinnä tiedonkulkua sekä läheisemmän suhteen muodostumista työntekijän ja asiakkaan välille. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että asiakas on tietoinen omahoitajastaan. Työntekijöiden ryhmässä visioitiin omahoitajamallin pitävän sisällään tiettyjä tehtäväkokonaisuuksia oman asiakkaan kohdalta kuten lääkehoidon, omien asiakkaiden tietoihin perehtyminen tarkemmin sekä vastuullisuus oman asiakkaiden säännöllisestä tietojen päivittämisestä. Työntekijöiden visiossa korostui, ettei omahoitaja työskentele ainoastaan yksin asiakkaansa kanssa vaan, että koko tiimi käy kuitenkin kaikkien asiakkaiden luona vuorollaan. Tärkeää kuitenkin olisi, että esimerkiksi haavoja hoitaisi vain muutama työntekijä vuorollaan, jotta haavan paranemisen seuranta olisi paremmin hallussa. Ryhmien ajatukset käytiin läpi yleisistunnossa ja ne jätettiin seinälle näkyviin seuraavaa ryhmätyöskentelyä varten.

1. Ryhmätyöskentely (Visio)
Mitä omahoitajalta/omahoitajasuhteelta odotetaan kotipalvelun asiakkaan/työntekijänä?



Kuvio 12. Visio omahoitajamallista.

Toisessa ryhmätyöskentelyssä osallistujat jaettiin heterogeenisiin ryhmiin niin, että jokaisessa ryhmässä oli edustus asiakkaista, omaisista ja työntekijöistä. Ryhmiä oli yhteensä kaksi. Tehtävänä oli pohtia vision esteitä eli omahoitajuuden toteuttamisen ongelmia kotipalvelussa (Kuvio 13).

2. Ryhmätyöskentely (Vision esteet) Omahoitajuuden toteuttamisen ongelmat kotipalvelussa?

HETEROGEEENISET RYHMÄT

- Tällä hetkellä asiakkaat eivät tiedä omahoitajaansa
- Työvuoro; lomat
- Omahoitajan valinta/valikoituminen
- Hoito- ja palvelusuunnitelmassa selkeämmin, mitä voidaan tehdä – omahoitaja voi käydä sen läpi asiakkaan kanssa
- Nykyinen hoito- ja palvelusuunnitelma ehkä vähän epäselvä

Kuvio 13. Vision esteet omahoitajuudessa.

Ryhmätyöskentelyn jälkeen ryhmien ajatukset koottiin yhdeksi kokonaisuudeksi fläppitaululle, koska todettiin molempien ryhmien ajatusten olevan samansuuntaisia (Kuva 3.). Ryhmien ajatuksia omahoitajuuden mahdollisista ongelmista oli työvuorojen ja lomien vaikutus omahoitajuussuhteeseen sekä omahoitajan valinta tai valikoituminen. Ryhmätyöskentelyssä ilmeni myös, että hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulisi näkyä selkeämmin asiakkaan palvelut. Omahoitaja voisi käydä oman asiakkaansa kanssa tarkemmin lävitse hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöä. Samassa yhteydessä kirjattiin ylös, että nykyinen hoito- ja palvelusuunnitelma on hieman epäselvä. Positiivista on se, että ryhmätyöskentelyn tuloksena nähtiin varsin vähän ongelmakohtia omahoitajuuden toteuttamisessa kotipalvelussa.



Kuva 3. Yleisistunnon koontia fläppitaululla (Kuva: Maria Vesala).

Kolmannessa ryhmätyöskentelyssä keskityttiin pohtimaan ratkaisuja omahoitajamallin mahdollisiin esteisiin. Ryhmät muodostettiin taas heterogeenisesti mutta kuitenkin niin, että ryhmät kaksi ja kolme muodostuivat eri henkilöistä. Ryhmien ajatukset koottiin yhteen yleisistunnossa.

Mahdollisiin esteisiin löydettiin neljä erilaista ratkaisumallia (Kuvio 14). Omahoitajan valintaan varataan aikaa ja mietitään kenellä työntekijällä ja asiakkaalla synkkaa hyvin yhteen. Kotipalvelutiimi esittää uudelle asiakkaalle muutaman vaihtoehdon omahoitajasta, joista asiakas saa sitten valita. Valintaa ehdottaa joku muu kuin vaihtoehtoisena oleva työntekijä. Hoito- ja palvelusuunnitelmalomake tulisi laatia uudelleen ja siitä pitäisi käydä ilmi kuka toimii omahoitajana, asiakkaan käyntiajat sekä mikä on asiakkaan palveluiden tarve ja mitä tehtäviä työntekijälle kuuluu. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta tulisi käydä ilmi mm. asiakkaan taustat ja mieltymykset. Lomakkeessa tulisi olla myös ajankohtaisten tai muuttuvien asioiden päivityssivu. Työntekijöiden työvuorojen ja lomien osalta mietittiin, että asiakkaalle nimetään varaomahoitaja, joka tuuraa omahoitajaa hänen poissa ollessaan. Jos omahoitaja ei ole vuorossa, voi asiakas tai omainen jättää toisen työntekijän kautta soittopyynnön. Kiireellisistä asioista huolehtii kuitenkin vuorossa oleva työntekijä. Omahoitajan osallistuminen asiakkaan hoitopalaveriin varmistetaan järjestämällä palaverit työntekijän työvuorojen mukaan. Omahoitajan tehtävänä on myös huolehtia tiedonkulusta ja hän voi olla omaiseen yhteydessä asiakkaan luvalla.

3. Ryhmätyöskentely (Ratkaisut esteisiin) Ehdotukset ongelmien ratkaisuun?

HETEROGEEENISET RYHMÄT OMAHOITAJAN VALINTA

Varataan aikaa, kenen kanssa synkkaa sekä työntekijän että asiakkaan mielipide – kotipalvelusta esitetään vaihtoehdot

SELKEÄMPI HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

Omahoitaja, käyntiaika, mitä tehtäviä kuuluu? Uuden hoito- ja palvelusuunnitelmakaavakkeen laatiminen

Asiakkaan taustat, mieltymykset yms.

Ajankohtaisten asioiden päivityssivu

TYÖVUOROT/LOMAT

Nimettynä varaomahoitaja kiireelliset asiat hoidetaan vuorossa olevan hoitajan kanssa

soittopyyntö omahoitajalle

palaverit sovittellaan myös omahoitajan

työvuorojen mukaan

YHTEYDENPITO OMAISIIN ASIAKKAAN LUVALLA

mm. onko omaiset huomanneet muutosta asiakkaan voinnissa tms.

Kuvio 14. Ratkaisut esteisiin omahoitajuudessa.

Neljänneksi osallistujat kokoontuivat alkuperäisiin homogeenisiin ryhmiinsä (Kuva 4). Ryhmät laativat kehittämissuunnitelmat omahoitajuudelle. Ryhmien tuotokset koottiin taas yhdelle yhteiselle fläpille, joka toimii myöhemmin omahoitajamallin runkona (Kuvio 15).



Kuva 4. Kehittämissuunnitelmien pohdintaa työntekijöiden kesken (Kuva: Maria Vesala).

Omahoitajan valinnasta todettiin, että kotipalvelu ehdottaa ja asiakas hyväksyy. Asiakkaan historiatiedot omahoitaja ja asiakas tekevät yhdessä keskenään. Asiakas saa kertoa itselleen tärkeistä asioista ilman omaisiaan. Omahoitaja toimii pääasiallisena yhteyshenkilönä omaisiin, kotisairaanhoidajaan ja muihin mahdollisiin yhteistyötahoihin. Omahoitajan rooliin kuuluu asiakkaan kuuleminen sekä hänen viestien eteenpäin vieminen. Omahoitaja osallistuu asiakasta koskeviin palavereihin mahdollisuuksien mukaan.

4. Ryhmätyöskentely (Kehittämishjelmat)

Omahoitajuuden tavoitteiden ja toimintamallin täsmentäminen?

- Omahoitajan valinta - kotipalvelu ehdottaa, asiakas hyväksyy
- Historiatiedot omahoitaja ja asiakas tekevät kahdestaan
- Omahoitaja pääasiallisena yhteyshenkilönä omaisiin, kotisairaanhoidajaan yms.
- Asiakkaan kuuleminen ja viestien eteenpäin vienti
- Palavereihin yms. osallistuminen

Kuvio 15. Omahoitajuuden kehittämishjelmat.

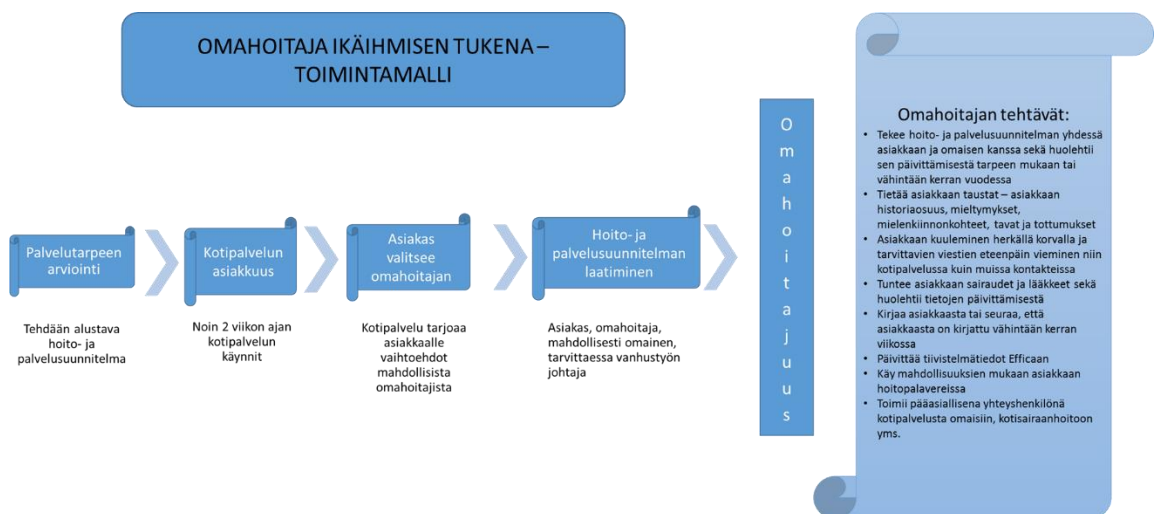


Kuva 5. Palautteen antoa työnkonferenssista (Kuva: Maria Vesala).

Työkonferenssiin osallistujat antoivat lyhyesti kirjallisen palautetta, mikä oli onnistunutta päivässä ja missä olisi ollut parannettavaa (Liite 3). Onnistuneeksi koettiin iltapäivän järjestelyt ja keskustelujen koettiin olleen antoisia. Omahoitajuuden toivottiin muodostuvan hyväksi käytännöksi. Parannettavaa olisi ollut lähinnä siinä, että tilaisuuteen olisi kutsuttu enemmän omaisia ja asiakkaita, koska nyt kutsutuista omaisista tilaisuuteen pääsi vain kaksi.

Kotipalvelutiimi kokoontuu työyksikkökokoukseen yhdessä esimiehen kanssa noin joka toinen viikko. Kokouksissa käsitellään ajankohtaisia asioita, asiakasasioita sekä toiminnan kehittämistä. Omahoitajuuden mallin kehittämistä on käsitelty osassa kokouksia laajemmin, osassa sitä on lähinnä sivuttu. Kokouksia on ollut vuoden 2016 maalimarraskuun aikana noin 15 kertaa.

Maalis-huhtikuun työyksikkökokouksissa käsiteltiin työkonferenssissa esiin nostettujen teemojen pohjalta omahoitajatoimintamallin luomista kotipalvelun työkäytännöksi. Omahoitajana työskentelyn rungoksi teimme kuvion 16 mukaisen mallin.



Kuvio 16. Alustava omahoitajamalli.

Kevään työyksikkökokouksissa laadimme kokonaan uuden hoito- ja palvelusuunnitelma lomakkeen (Liite 4), joka sisälsi osuuden asiakkaan elämäkerrasta ja yksisivuisen hoito- ja palvelusuunnitelman päivityslomakkeen vanhoille asiakkaille heidän palveluidensa muuttuessa (Liite 5) varsinaisen hoito- ja palvelulomakkeen tueksi.

Toukokuun 2016 alussa kaikille silloisille kotipalvelun säännöllisille asiakkaille toimitettiin henkilökohtaisesti kirje (Liite 6), jossa kerrottiin omahoitajatoimintamallista ja sen käyttöön otosta. Työntekijät kertoivat kirjeen viemisen yhteydessä vielä toimintamallin periaatteista.

Touko-lokakuun työyksikkökokouksissa käsiteltiin pääasiassa hoito- ja palvelusuunnitelmalomakkeen käyttöä ja siinä ilmenneitä päällekkäisyyksiä. Työntekijät kokivat, että heidän osaamisensa ei riittänyt lomakkeen täyttämiseen ja se tuntui liian monimutkaiselta palvelemaan työkaluna hoitajia. Ilmenneistä ongelmista käytiin avointa, dialogista keskustelua. Tavoitteenamme oli muokata lomaketta, mutta totesimme alkuperäisen lomakkeen olleen käyttökelpoisempi ja selkeämpi työkalu kotipalvelutyössä (Liite 7).



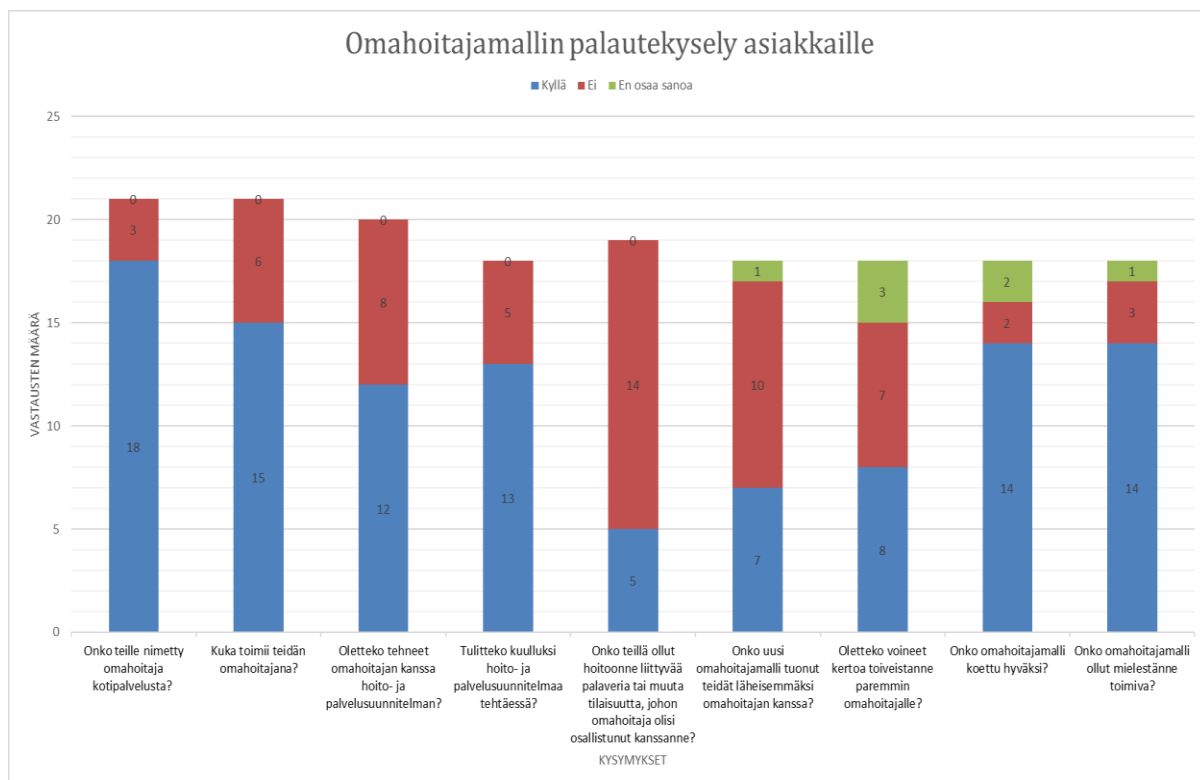
Kuva 6. Kotipalvelun työyksikkökokous (Kuva: Maria Vesala).

Marraskuun työyksikkökokouksessa keskustelimme omahoitajamallin toimivuudesta ja tavoitteesta lähentyä oman asiakkaansa kanssa (Kuva 6.). Keskustelimme myös asiakailta saaduista palautteista ja asiakkuuteen liittyvistä lomakkeista. Päädyimme palauttamaan käyttöön vanhan alkuperäisen hoito- ja palvelusuunnitelma lomakkeen, jonka esimies tekee asiakkaalle. Jatkossa omahoitajat täyttävät asiakkaan kanssa elämänkertalomakkeen ja palveluiden muuttuessa päivittävät hoito- ja palvelusuunnitelma lomakkeen palvelut erillisellä siihen tarkoitettulla lomakkeella.

Asiakas palautekyselyn tulokset

Asiakkaille toteutettiin palautekysely lokakuussa 2016 (Liite 8). Kyselyyn omahoitajamallin toimivuudesta vastasi 21 asiakasta. Kysely toimitettiin kotipalvelun toimesta 30:lle säännöllisen kotipalvelun asiakkaalle. Vastausprosentti kyselyyn oli 70. Kaikki asiakkaat eivät vastanneet kaikkiin kysymyksiin.

Kaikille kyselyn saaneille asiakkaille on nimetty omahoitaja. Omahoitajasta on tiedotettu toukokuussa 2016 omahoitajamallin informoinnin yhteydessä. Kyselyssä kysyttiin asiakailta omahoitajan nimeämisestä. 86 prosenttia asiakkaista tiesi, että heille on nimetty omahoitaja. Heistä 83 prosenttia tiesi, kuka toimii heidän omahoitajana. Kaikista vastanneista 29 prosenttia ei tiennyt omahoitajaansa (Kuvio 17).



Kuvio 17. Asiakaspalautteet omahoitajamallista.

Vastanneista 60 prosenttia kertoi tehneensä hoito- ja palvelusuunnitelman omahoitajansa kanssa ja 72 prosenttia kaikista vastaajista koki tulleensa kuulluksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Kyselyn mukaan hoito- ja palvelusuunnitelma oli tehty siis 12 asiakkaalle, mutta 13 asiakasta vastasi tulleensa kuulluksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Saattaa olla, että asiakkaat ovat muistelleet aiempia hoito- ja palvelusuunnitelman laadintoja kuin omahoitajan kanssa kesän aikana tehtyä. Uuden omahoitajatoimintamallin aikana vain 26 prosentilla asiakkaista oli ollut hoitoon liittyvä palaveri tai muu tilaisuus, johon he olisivat osallistuneet yhdessä omahoitajan kanssa.

Asiakailta kysyttiin, onko uusi toimintamalli tuonut heidät läheisemmäksi omahoitajan kanssa. Asiakkaista 39 prosenttia koki lähentyneensä omahoitajan kanssa. Yli puolet eli 56 prosenttia ei kokenut lähentyneensä omahoitajamallin ansiosta omahoitajansa

kanssa. Kuusi prosenttia ei osannut sanoa, onko lähentynyt omahoitajan kanssa vai ei. Kuitenkin 44 prosenttia kertoi voivansa kertoa toiveistaan paremmin omahoitajalle. 39 prosenttia vastaajista taas ei ole kokenut voivansa kertoa omahoitajalle paremmin toiveistaan. Vastaajista 17 prosenttia ei osannut vastata oliko tilanne muuttunut omahoitajamallin myötä.

Omahoitajamalli oli koettu hyväksi. Vastaajista 78 prosenttia koki mallin hyväksi. 11 prosentin mielestä omahoitajamalli ei ole ollut hyvä. Samoin 11 prosenttia vastaajista ei osannut sanoa, onko malli ollut hyvä vai ei. Omahoitajamallin oli kokenut toimivaksi myös 78 prosenttia vastaajista. 17 prosenttia vastaajista ei kokenut toimintaa hyväksi ja kuusi prosenttia ei osannut sanoa, oliko toimintamalli toimiva vai ei.

Vastauksista voidaan tulkita, että suurin osa kotipalvelun asiakkaista tietää, että heille on nimetty omahoitaja sekä tietävät ketä omahoitajana toimii. Suuri osa tietää heidän kanssaan tehtäneen hoito- ja palvelusuunnitelman ja suurin osa on tullut kuulluksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Kulunut seurantajakso on ollut varsin lyhyt pitkäaikaiselle omahoitajasuhteelle. Osittain tämän vuoksi vain joka neljännellä on ollut hoitoon liittyvä palaveri tai muu vastaava tilaisuus, johon omahoitaja on osallistunut yhdessä heidän kanssaan. Vastausten perusteella voidaan todeta, että omahoitajamalli on saavuttanut tavoitteensa lähentää asiakkaita ja omahoitajaa vasta osittain. Pääosin näyttää kuitenkin siltä, että omahoitajatoimintamalliin ollaan oltu tyytyväisiä. Omahoitajatoimintamalli kaipaa nyt aikaa sekä mahdollisuutta syventää asiakkaan ja omahoitajan välistä suhdetta.

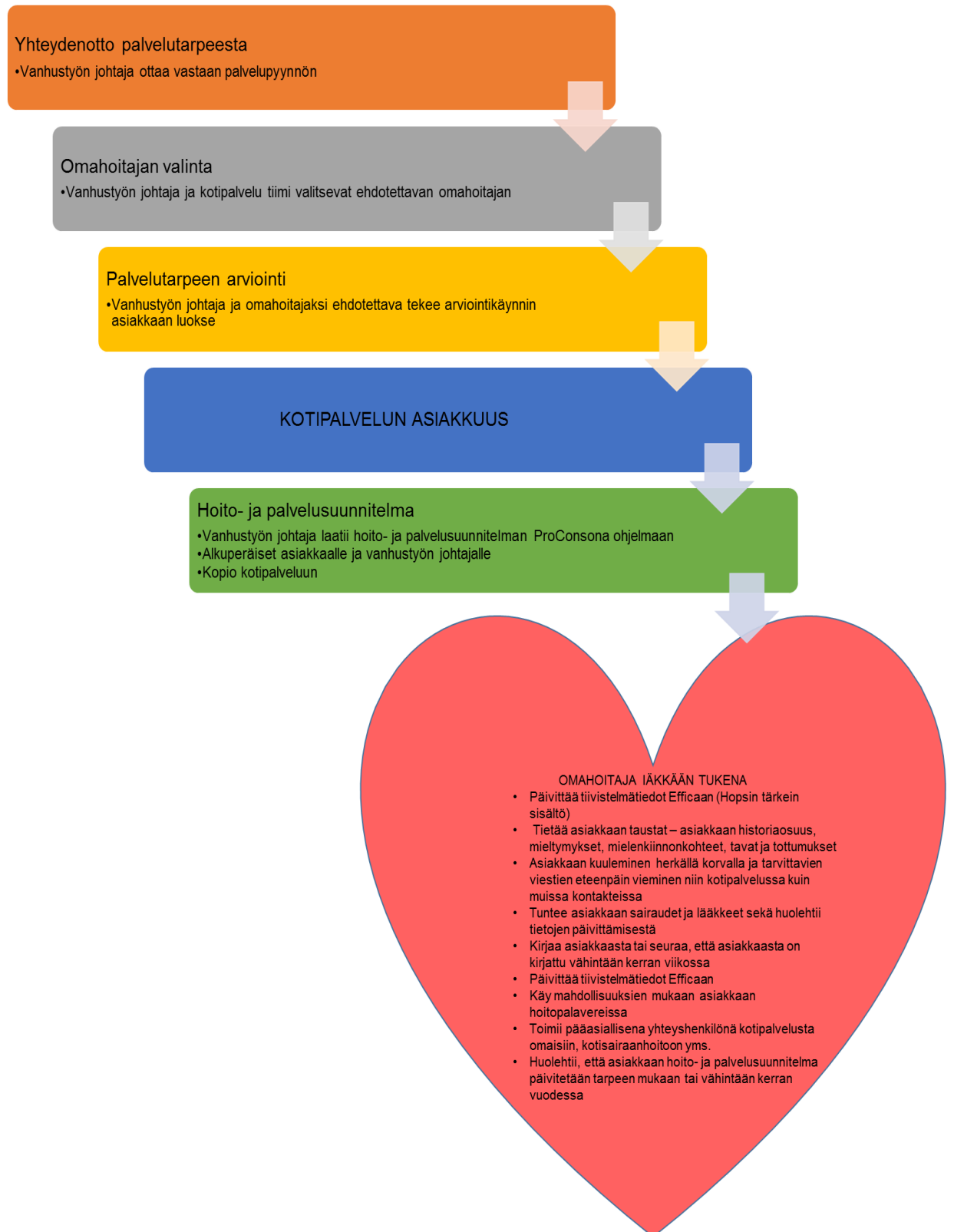
7 OMAHOITAJATOIMINTAMALLI

Kehittämishankkeen tehtävänä oli luoda konkreettinen toimintamalli omahoitajuuteen kotipalvelussa. Toimintamalli luotiin yhteistyössä asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden kanssa. Toimintamallin kehittäminen eteni spiraalimaisesti suunnittelun, toteutuksen, havainnoinnin ja reflektoinnin keinoin (Toikko & Rantanen 2009, 67). Toimintamallia koeikäytettiin käytännössä noin puolen vuoden ajan, jonka jälkeen sitä muotoiltiin nykyiseen muotoonsa.

Seuraavalla sivulla olevassa kuviossa 18 on kuvattuna omahoitajatoimintamalli, josta käy ilmi kotipalvelun asiakkuuden ja omahoitajuuden muodostumisen prosessi kotipalvelussa. Prosessi käynnistyy yhteydenotosta vanhustyön johtajalle koskien mahdollisen asiakkaan palvelutarvetta. Vanhustyön johtaja ja kotipalvelun henkilökunta käyvät läpi tiimin omahoitajatilanteen ja ehdottavat omahoitajaa palvelutarpeen yhteydessä. Palvelutarpeen arvioinnissa selviää, tarvitseeko asiakas kotipalveluja. Tämän jälkeen asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma.

Varsinaiset omahoitajuuteen liittyvät omahoitajan tehtävät on kuvattu kuvion 18 sydämessä. Omahoitajuuden pääasiallinen tehtävä on pitää asiakkaasta huolta kokonaisvaltaisesti. Omahoitajan tehtävät kuvastavat hyvin sosiaalihuolto- ja vanhuspalvelulain mukaisia keskeisiä tehtäviä, jossa omahoitaja seuraa asiakkaan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumista ja mahdollisia uusia palvelutarpeita sekä edistää asiakkaan edun toteutumista (Lait 1301/2014, 42§; 980/2012, 17§).

Asiakkaan osallisuus on korostunut omahoitajatoimintamallin luomisessa. Asiakkaan osallisuus on vahvasti mukana kotipalvelun asiakkuudessa. Vaikka omahoitajatoimintamallissa on kuvattu omahoitajan tehtävät, niin tavoitteena on asiakkaan oman osallisuuden korostaminen kaikkeen häneen liittyvissä asioissa. Omahoitajan rooli on tukea asiakasta ja luoda hänelle mahdollisuudet osallisuuteen (STM 2013,17).



Kuvio 18. Omahoitajatoimintamalli kotipalvelussa.

Toimintamallin lisäksi luotiin kaksi uutta lomaketta asiakkaiden ja työntekijöiden yhteisymmärryksen ja tiedonkulun välille. Toinen lomakkeista on asiakkaan elämäkertatietojen lomake (Liite 8) ja toinen on hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämiseen tarkoitettu lomake (Liite 4).

Omahoitaja-toimintamallin juurruttamista on tapahtunut koko kehittämishankkeen ajan. Kehittämiseen on osallistunut koko kotipalvelun tiimi ja heidän kanssaan on käyty dialogisia keskusteluita, joissa ollaan muodostettu yhteisiä tarkoituksia ja selvitetty ajatuksia omahoitajuudesta (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 65). Omahoitajatoimintamalli on nyt luotuna tämän hetkiseen malliinsa, mutta sen käyttö ja kehittäminen jatkuvat edelleen.

8 HANKKEEN ARVIOINTI

Omahoitajatoimintamallin varsinainen kehittämisprosessi eteni sille laaditun suunnitelman ja aikataulun mukaisesti vuoden 2016 helmikuusta joulukuulle. Prosessin eri vaiheet toimivat yhteen jouhevasti. Ainoastaan asiakkaille tehty palautekysely tehtiin arvioitua myöhempänä ajankohtana, koska ajateltiin sen palvelevan tarkoitustaan vasta muutamaa kuukautta myöhemmin. Prosessi toimi hyvin syklisen mallin mukaisesti, jossa vuorottelivat suunnittelu, toiminta, havainnointi ja reflektointi vaiheet luonnollisesti (Toikko & Rantanen 2009, 67).

Kehittämishankkeella oli kaksi tavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteena oli lisätä kotipalvelun työntekijöiden ja asiakkaiden välistä yhteisymmärrystä ja yhteistyötä. Asiakkaat kokivat tullessa kuulluksi esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmaan laadittaessa, mutta alle puolet asiakkaista koki lähentyneensä tässä vaiheessa omahoitajansa kanssa. Omahoitajatoimintamalli on ollut käytössä vasta vähän aikaa, joten asiakkaiden ja työntekijöiden välisen yhteisymmärryksen ja yhteistyön pohjaa on nyt luotuna. Myös osa työntekijöistä koki omahoitajatoimintamallin olleen käytössä vasta niin lyhyen ajan, ettei osannut arvioida, onko lähentynyt omien asiakkaidensa kanssa. Osa hoitajista taas koki selkeästi lähentyneensä omien asiakkaidensa kanssa.

Kehittämishankkeen toinen tavoite oli lisätä asiakkaiden osallisuutta ja heidän oman äänen kuuluviin saamista kotipalveluiden toteuttamisessa. Varsinainen kehittämissuunnitelman toiminnallinen osuus käynnistettiin asiakkaiden, omaisten ja työntekijöiden työkonferenssitilaisuudella. Työkonferenssi on menetelmänä osallistava ja yhteistoiminnallinen kehittämismetodi. Työskentelyssä asiakkaat, omaiset ja työntekijät pääsivät tutustumaan toisiinsa erilaisessa ympäristössä ja luomaan työkonferenssiin hengen mukaisesti paikallista teoriaa omahoitaja-toimintamallista. (Kasvio 1990, 113-114). Saatujen palautteiden mukaan työkonferenssiin oltiin tyytyväisiä ja koettiin saadun pienessä ajassa hyvät raamit omahoitajuuden kehittämiseksi. Lisäksi asiakkaille mahdollistuu osallisuus ja oman äänen kuuluviin saaminen koko heidän kotipalvelun asiakasprosessinsa aikana palvelutarpeen arvioinnissa, hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa ja kotipalvelun asiakkuudessa palveluiden toteutumisen seuraamisessa omahoitajan tukemana (Laki 980/2012 17§; Valkama & Raisio 2013, 92).

Kehittämishankkeen ensisijaisena tehtävänä oli luoda toimintamalli omahoitajuuteen. Hankkeen varsinainen tuotos on omahoitajatoimintamallin kuvaus kuviona. Toimintamallista ei haluttu tehdä tekstimuotoista raporttia, vaan yksinkertainen huoneentaulumainen kuvio. Mielestäni toimintamallista tuli riittävän yksinkertainen, selkeä ja informatiivinen.

Kehittämishankkeen toisena tehtävänä oli uudistaa hoito- ja palvelusuunnitelmalomaketta. Hankkeen alkupuolella luotiin uusi hoito- ja palvelusuunnitelmalomake, joka todettiin epäkäytännöllisemmäksi kuin alkuperäinen lomake. Tästä syystä päädyttiin laatimaan elämäkaarilomake ja hoito- ja palvelusuunnitelman päivityslomake erikseen tukemaan varsinaista alkuperäistä hoito- ja palvelusuunnitelmalomaketta.

Kehittämishankkeen toteuttaminen on ollut haastavaa, antoisaa ja opettavaista. Hankkeen myötä olen syventänyt taitojani kehittämisessä ja organisoinnissa. Olen saanut ammatilliseen työkalupakkiini uusia työskentelymenetelmiä, joita voin käyttää jatkossakin. Kokemukset erilaisten menetelmien käytöstä antaa rohkeutta kokeilla itselle aiemmin tuntemattomia menetelmiä rohkeasti. Olen oppinut käsitteellistämään työtäni ja jakamaan omaa ajattelua kotipalvelutiimin kanssa.

Omahoitajatoimintamallin käytännön toteutuksen muokkaaminen jatkuu edelleen työyksikössä. Noin vuoden päästä voimme saada todellisia tuloksia toimintamallin hyödyistä ja mahdollisista kehittämistarpeista. Omahoitajamalliin voisi lisätä esimerkiksi erillisen omahoitaja-ajan asiakkaalle, jonka toteutumista seurattaisiin kirjausten perusteella. Omahoitaja-aika voisi pitää sisällään muun muassa ulkoilua, seurustelua tai kahvilla käyntiä oman asiakkaan kanssa.

Lainsäädännön edellyttäessä omatyöntekijän tai vastuuhoidajan nimeämistä asiakkaalle, omahoitajatoimintamalli on joko suoraan monistettavissa muihin yksiköihin tai sen muotoutumisen prosessi on mahdollista toteuttaa missä tahansa asiakastyössä. Kehittämishankkeen prosessi kokonaisuudessaan on mahdollista toteuttaa missä ja milloin vain tukien asiakkaiden osallisuutta, koska työkonferenssin, dialogisten työyksikkökokousten ja asiakaspalautekyselyjen tekeminen ei vaadi suuria fyysisiä tai taloudellisia resursseja. Isommissa yksiköissä haasteeksi saattaa muodostua tiedonkulku ja kehittämiseen valikoitavat henkilöt.

Marttilan kunta päivittää ensi vuonna suunnitelman ikääntyneen väestön tueksi. Tämän kehittämishankkeen myötä on saatu positiivisia kokemuksia yhteisestä osallistavasta kehittämisestä. Entistä vahvemiksi tavoitteiksi nostettaneen erilaisten osallisuuden areenoiden mahdollistaminen ja yhteistyön lisääminen eri toimijoiden kesken kunnassa.

LÄHTEET

Alueuudistus 2016. Viitattu 1.12.2016. <http://alueuudistus.fi/etusivu>.

Eloranta, S. 2009. Supporting older people's independent living at home through social and health care collaboration. Turun yliopiston julkaisuja, sarja 869. Turku: Turun yliopisto.

Engeström, Y; Niemelä, A-L; Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Kohti yhteistoiminnallista kotihoitoa. Teoksessa Engeström, Y; Niemelä, A-L; Nummijoki, J. & Nyman, J. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Helsinki: PS-Kustannus.

Gustavsen, B. 1992. Dialogue and development. Theory of communication, action research and the restructuring of working life. Social science for social action: toward organizational renewal. Assen: Van Gorcum.

Haverinen, R. 2008. Osallisuutta ja ihmisen kunnioitusta – ikääntyneiden palvelukokemuksia. Teoksessa Suomi, A. & Hakonen, S. (toim.) Kulueraistä voimavaraksi. Sosiokulttuurinen puheenvuoro ikääntymiskysymyksiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 219 –242.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Helin, S. 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 35–67.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2014. Tutki ja kirjoita. 19. painos. Helsinki: Tammi.

Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. 3., uudistettu painos. Helsinki: Edita.

Jalava, U. & Matilainen, R. 2010. Dynaaminen johtaminen – kohti yhteisöllistä ja näkemyksellistä johtamista. Helsinki: PRO Tammi.

Jalava, U. & Virtanen, P. 1998. Tietoa luova projekti – polku oppivaan organisaatioon. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kaskisaari, M.; Tammelin, M.; Hirvonen, J.; Hämeenaho, P., Ilmarinen, K. & Vartiainen, A. 2010. Kuntalaisten arvioita sosiaalipalveluista. ParasSos-tutkimus Keski-Suomen yhdeksän kunnan alueella. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 6/2010. Helsinki: THL.

Kasvio, A. 1990. Työorganisaatioiden tutkimus ja niiden tutkiva kehittäminen. Kirjallisuuskatsaus. Tampere: Tampereen yliopisto.

Kinos, S. & Salonen, K. 2012. Background for development of home work in ageing Europe. Teoksessa Salonen, K. & Kinos, S. (eds.) Good practices and visions of the future of home care work in Bulgaria, Finland, Greece and Turkey – Based on the EQUIP II project (2010-2012). Turku: Vocational Institute.

Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia – Arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Helsinki: Suomen Senioriliike ry.

Klemola, L. 2016. Toimintakykyä kuvaava tieto ikäihmisten palveluissa. Tiedonhallinnan näkökulma. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio: Grano Oy.

Kohonen, K. & Tiala, T. (toim.) 2002. Kuntalaiset ja hyvä osallisuus. Lupaavia käytäntöjä kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseksi. Helsinki: Sisäasianministeriö & Suomen Kuntaliitto.

Kokkonen, P.; Holi, T. & Vasantola, S. 2004. Hoitotahto. Helsinki: Talentum.

Koskinen, S. 2007. Ikäihmisten asema Suomessa ja ikääntymisen käsityksiä. Teoksessa Tulva, T.; Uusitalo, I. & Harra, K. Vanhuuden monet kasvot. Helsinki: OKKA, 18–49.

Kärkihanke 2016. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:41. Helsinki: STM.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=2012%2F980>

Laki omaishoidon tuesta 937/2005. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=omais-hoidon%20tuesta>.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Saatavilla sähköisesti osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=asiakkaan%20asemasta>.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=asiakkaan%20asemasta>.

Laslett, Peter. 1991. A Fresh map of life. The Emergence of the Third Age. With a New Preface by the Author. Cambridge: Harvard University Press.

Lehtonen, J. (toim.) 2004. Työkonferenssi Suomessa – vuoropuheluun perustuva työyhteisöjen kehittämismetodi. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Luoma M-L- & Kattainen, E. 2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa Heinola, R. (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Helsinki: Stakes.

Marin, M. 2002. Yhteiskunta ja hyvä vanheneminen: lähestymistapoja hyvän vanhenemisen yhteiskunnallisiin ehtoihin. Teoksessa Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavara. Helsinki: Tammi, 89–117.

Marttilan kunta. 2016a. Marttilan kunnan organisaatio. Viitattu 30.11.2016 <http://www.marttila.fi/maatoksenteko/>

Marttilan kunta. 2016b. Marttilan kunnan suunnitelma ikääntyneen väestön tueksi vuosille 2013–2016. Viitattu 6.5.2016 http://www.marttila.fi/_FileRoot/651185.pdf.

Marttilan kunta. 2016c. Marttilan kunnan strategia. Viitattu 6.5.2016 http://www.marttila.fi/_FileRoot/650355.pdf.

Moss, P.; Cameron, C. & Boddy, J; (edit.). 2006. The Future of care work. Teoksessa Moss, P.; Cameron, C. & Boddy, J; (edit.). Care work. Present and future. New York: Routledge, 163–174.

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2013. Ikääntymisen ennakointi. Vanhuuteen varautumisen keinot. Helsinki: Talentum.

Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus – Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita.

Närhi, K.; Kokkonen, T. & Matthies A-L. 2013. Nuorten aikuisten miesten osallisuuden ja toimijuuden reunaehtoja sosiaali- ja työvoimapalveluissa. Teoksessa Laitinen, M. & Niskala, A. (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Osuuskunta Vastapaino, 113–145.

Perhehoitolaki 263/2015. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150263?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=perhehoitolaki>.

Perälä, M-L.; Rissanen P.; Grönroos, E.; Hammar, T.; Pöyry, P. & Tepari, J. 2003. PALKOmalli – Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Aiheita 27/2003.Helsinki: Stakes.

Pohjola, A. 2010. Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Laitinen, M. & Pohjola, A. (toim.) 2010.Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus, 19–74.

Raivio, H. & Karjalainen, J. 2013. Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Teoksessa Era, T. (toim.) 2013. Osallisuus, oikeutta vai pakkoa? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156, 12–34.

Romakkaniemi, M. & Kilpeläinen, A. 2013. Asiakkuus terveydenhuollon sosiaalityössä – Terveydenhuollon sosiaalityöntekijät asiakkaiden toimijuuden tilojen rakentajina. Teoksessa Laitinen, M. & Niskala, A. (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Osuuskunta Vastapaino. 244–271.

Ronkainen, R.; Ahonen, S.; Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Hoito ja palvelu kotona. Teoksessa Vuotilainen, P., Vaarama, M.; Backman, K.; Paasivaara, L.; Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – Opas laatuun. Helsinki: Stakes.

Saarenheimo. M.; Pietilä, M.; Maununaho, S.; Tiuhonen, A. & Pohjolainen, P. 2014. Ikäpolvien taju. Elämäntakuu ja ikäpolvet muuttuvassa maailmassa. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Salonen, K. 2015. Vapaa-ajan aktiviteettien tuottamat hyvinvointikokemukset kolmasikäisten keskuudessa. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 43. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=vanhuspalvelulaki>.

Sotkanet 2016. Tilastohaku. Viitattu 30.11.2016 <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/haku>.

STM 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM 2016. Rahoitettavat hankkeet. Viitattu 26.10.2016 <http://stm.fi/koti-ja-omaishoito/rahoitettavat-hankkeet>.

Särkelä-Kukko, M. 2014. Osallisuuden eriarvoisuus ja eriarvoistuminen. Teoksessa Jämsén, A. & Pyykönen, A. (toim.) Osallisuuden jäljillä. Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry. 34–50.

Tekes 2010. Kotihoito 2020: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon. Helsinki: Tekes.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Saatavilla sähköisesti osoitteessa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Valkama, K. & Raisio, H. 2013. Kansalaisraati – Deliberatiivinen demokratia rakenteellisen sosiaalityön muotona?. Teoksessa Laitinen, M. & Niskala, A. (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Osuuskunta Vastapaino. 87–112.

Valtioneuvosto 2013. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013 - 2017. Valtioneuvoston periaatepäätös 18.4.2013. Helsinki: Ympäristöministeriö.

Vilén, M.; Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. WSOY: Helsinki.

Vilhunen M-L. 2016. Hoitajan arkipäivä. Tuusula: Reuna Oy.

Virtanen, P.; Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Helsinki: TEKES.

Vuorio, E. 2014. TEHU – alueellisten hyvinvointipalvelujen kehittäminen kansalaislähtöisesti Varsinais-Suomessa. Teoksessa Anttila, M. & Willner, H. Ihminen kehittämisen keskiössä. Näkökulmia kansalaislähtöisyyteen, monituottajuuteen ja hyvinvointialan rakenteiden kehittämiseen. 52-71. https://www.laurea.fi/dokumentit/Documents/Pumppu_978-952-67941-5-0.pdf.

Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2016. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2015. Tilastokatsaus 8/2016, 29.6.2016 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130786/Tk08_16.pdf?sequence=1.

Walmsley, B. 2009. Good practice in home care in the United Kingdom – Older people's perspectives. Teoksessa Salonen, K. (ed.) Home care for older people – Good practices and education in six European Countries. Equip Project 2007–2009. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 91. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Kutsu työkonferenssiin



MARTTILAN KUNTA
Suvirannan palvelukeskus
Myllypellontie, 21490 MARTTILA
Puh* (02) 484 9360

ARVOISA KOTIPALVELUN ASIAKAS

Järjestämme

"Omahoitaja ikäihmisen tukena - uuden toimintamallin luominen Marttilan kotipalveluun"
käyttöönoton valmisteluun liittyvän kehittämispäivän tiistaina 16.2.2016 klo 12-16

Osuuspankin kerhuhuoneella osoitteessa Kirkkotie 2, 21490 Marttila.

Tilaisuudessa on kahvitarjoilu.

Marttilan kunnan kotipalvelussa halutaan luoda toimiva malli omahoitajuuteen ja sen luomiseksi tarvitaan yhteistä keskustelua ikäihmisten ja omaisten kanssa. Omahoitajana toimii kotipalvelun hoitaja. Tavoitteena on lisätä kotipalvelun työntekijöiden ja asiakkaiden välistä yhteisymmärrystä, yhteistyötä, osallisuutta sekä asiakkaan oman äänen kuuluviin saamista hänen kotipalveluissaan.

Saadaksemme mahdollisimman monipuolisen kuvan siitä, mitä ajatuksia ja tarpeita omahoitajuus herättää, olemme kutsuneet tilaisuuteen osallistujia kotipalvelun henkilökunnasta, asiakkaista, heidän omaisistaan, kotisairaanhoidosta ja sosiaalitoimesta. Kaikkiaan tilaisuuteen on kutsuttu noin 20 henkilöä.

Iltapäivän kuluessa keskustellaan omahoitajuudesta, pohditaan esteitä omahoitajuustoiminnassa sekä tehdään päätelmiä kehittämistyön jatkosta ja työn organisoinnista. Iltapäivä toteutetaan ns. työkonferenssimenetelmällä. Sen perusajatuksen mukaan osallistujat itse rakentavat tilaisuuden sisällön. Kehittämispäivän aluksi on lyhyt evästyspuheenvuoro, sen jälkeen työskennellään ryhmissä ja kaikkien osallistujien yhteisissä keskusteluissa. Keskustelujen lähtökohtana ovat jokaisen omat kokemukset kotipalvelusta ja palveluprosesseista omasta näkökulmasta katsottuna.

Kehittäminen tapahtuu osana vanhustyön johtaja Maria Vesalan YAMK-opintoja Turun Ammattikorkeakoulussa. Kehittämisiltapäivän keskusteluista ja aikaansaannoksista tehdään opinnäytetyöraportti, joka on julkinen. Asiakkaiden ja omaisten henkilöllisyys ei käy ilmi raportoinnissa. Tilaisuuteen on kutsuttu otos asiakkaista ja heidän omaisistaan. Tilaisuuteen osallistujat tulevat tietämään, keitä kehittämisiltapäivään on osallistunut. Kehittämisiltapäivän aikana mahdollisesti ilmenneet muiden henkilöiden henkilökohtaiset asiat jäävät luonnollisesti vain kyseiseen tilaisuuteen osallistuneiden keskuuteen. Osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja siihen osallistumisesta voi kieltäytyä. Tämä kutsu on henkilökohtainen.

Mukaan tarvitset omat kokemuksesi, avointa mieltä keskusteluun ja halua vaikuttaa yhteiseen asiaan. Ilmoitathan vanhustyön johtaja Maria Vesalalle osallistumisestasi tai esteestä 11.2.2016 mennessä.

Tervetuloa kehittämispäivään!

Suostumus kehittämishankkeeseen osallistumisesta

**MARTTILAN KUNTA**

Suvirannan palvelukeskus
Myllypellontie 6, 21490 Marttila
p. 02-4849360

SUOSTUMUS KEHITTÄMISHANKKEESEEN OSALLISTUMISESTA

Annan suostumukseni osallistumiseeni "Omahoitaja ikäihmisen tukena – uuden toimintamallin luominen Marttilan kotipalveluun" – kehittämiseen. Kehittäminen tapahtuu osana vanhustyön johtaja Maria Vesalan YAMK-opintoja Turun Ammattikorkeakoulussa. Kehittämisisiltapäivän keskusteluista ja aikaansaannoksista tehdään opinnäytetyöraportti, joka on julkinen. Asiakkaiden ja omaisten henkilöllisyys ei käy ilmi raportoinnissa.

Tilaisuudessa on otos asiakkaista, heidän omaisistaan sekä kotipalvelun henkilökunta. Tilaisuuteen osallistujat tietävät, keitä kehittämisiltapäivään on osallistunut. Kehittämisiltapäivän aikana mahdollisesti ilmenee muiden henkilöiden henkilökohtaisia asioita. Sitoudun siihen, etten mainitse tilaisuudessa mahdollisesti ilmi tulleita muiden henkilöiden henkilökohtaisia asioita muille henkilöille. Osallistuminen on minulle täysin vapaaehtoista ja siihen osallistumisesta olen voinut kieltäytyä.

Marttilassa 16.2.2016

Allekirjoitus

Nimenselvennys

Palautelomake työkonferenssissa

Palaute Työkonferenssista 16.2.2016

Mikä oli onnistunutta päivässä?

Missä olisi ollut parannettavaa?

KIITOS PALAUTTEESTASI!

Uusittu hoito- ja palvelusuunnitelmalomake

Marttilan kunta
Sosiaalitoimi/kotipalvelu



Kotipalvelun hoito- ja palvelusuunnitelma

(päivitetty 17.4.2016)

1 Asiakastiedot	Sukunimi ja etunimet		Hetu	
	Osoite			
	Puhelinnumero			
	Asuu yksin <input type="checkbox"/> toisen kanssa <input type="checkbox"/> _____			Puhelinnumero
	Omainen (nimi, osoite)			Puhelinnumero
2 Asuminen	Omakotitalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Kerrostalo <input type="checkbox"/>	Lämmin vesi <input type="checkbox"/> Viemäri <input type="checkbox"/> Suihku <input type="checkbox"/>	Sähkö <input type="checkbox"/> Muu lämmitys, mikä	
3 Taloudelliset asiat	Laskujen maksaminen: Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Edunvalvontavaltuutettu Edunvalvoja Omainen tai muu läheinen			
4 Hoitotahto	Elvytyskielto <input type="checkbox"/> Missä ja milloin tehty			
5 Aistitoiminnot	Näkö Normaali <input type="checkbox"/> Heikentynyt <input type="checkbox"/> Sokea <input type="checkbox"/>			
	Kuulo Normaali <input type="checkbox"/> Heikentynyt <input type="checkbox"/> Kuuro <input type="checkbox"/> Kuulolaite <input type="checkbox"/>			
6 Kommunikointi	Puhuminen: Ymmärrettävää <input type="checkbox"/> Epäselvää <input type="checkbox"/> Ei ymmärrettävää <input type="checkbox"/> Kommunikoinnin apuvälineet			

<p>7 Fyysiset voimavarat</p> <p>RaVa: IADL: ADL:</p>	<p>Liikkuminen sisätiloissa: Normaali <input type="checkbox"/> Epävarma <input type="checkbox"/> Itsenäinen kävelytuen avulla <input type="checkbox"/> Itsenäinen pyörätuolin avulla <input type="checkbox"/> Avustettava tai ohjattava <input type="checkbox"/> Kaatuileva <input type="checkbox"/> Avustettava siirtymisessä pyörätuoliin tms. <input type="checkbox"/> Vuodepotilas <input type="checkbox"/> Liikkuminen ulkona Muuta mainittavaa (esim. autoilu)</p>	
	<p>Ruokaileminen: Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Avustettava <input type="checkbox"/> Letkuruokinta <input type="checkbox"/> Syötettävä <input type="checkbox"/></p>	
	<p>Pukeutuminen: Itsenäinen <input type="checkbox"/> Avustettava tai ohjattava <input type="checkbox"/></p>	
	<p>Peseytyminen: Itsenäinen <input type="checkbox"/> Avustettava tai ohjattava <input type="checkbox"/></p>	
	<p>WC-toiminnot:</p>	
	<p>Virtsaaminen: Norm. tai ei avuntarvetta <input type="checkbox"/> Pidätyskyvytön tai avustettava inkontinenssin hoidossa <input type="checkbox"/> Katetroitava <input type="checkbox"/></p>	<p>Ulostaminen: Norm. tai ei avuntarvetta <input type="checkbox"/> Pidätyskyvytön tai avustettava inkontinenssin hoidossa <input type="checkbox"/> Tuhriva <input type="checkbox"/> Toimitettava <input type="checkbox"/></p>
	<p>Kaupassa käynti: Itsenäisesti <input type="checkbox"/> Toisen avustuksella, miten</p>	
	<p>Kodinhoidolliset tehtävät: Kevyet siivoustyöt (tiskaus, imurointi tms.) Raskaat siivoustyöt (ikkunoiden pesu, mattojen vienti ulos, lumenluonti tms.)</p>	
<p>8 Psykkiset voimavarat</p> <p>MMSE: GDS-15:</p>	<p>Kuvaus psyykkisestä toimintakyvystä</p> <p>Muisti ja orientaatio: Normaali <input type="checkbox"/> Alentunut <input type="checkbox"/> Muistamaton <input type="checkbox"/></p>	

	<p>Mieli ja käyttäytyminen:</p> <p>Normaali <input type="checkbox"/></p> <p>Depressiivinen <input type="checkbox"/></p> <p>Aggressiivinen <input type="checkbox"/></p> <p>Sekava <input type="checkbox"/></p> <p>Häiritsevä <input type="checkbox"/></p> <p>Eksyvä <input type="checkbox"/></p> <p>Kontaktikyvytön <input type="checkbox"/></p>
9 Sosiaaliset voimavarat	Kuvaus sosiaalisesta toimintakyvystä (vahvuudet ja heikkoudet):
10 Terveystila (lääkkeet erillisessä lääkelistassa)	Asiakkaan diagnostisoidut sairaudet (ei latinaa):
	Tiedot terveystilasta (toistuvat infektiot, allergiat, ruokavalio)
	<p>Lääkehoidon toteutuminen:</p> <p>Itsenäinen <input type="checkbox"/></p> <p>Avustettava <input type="checkbox"/></p> <p>Valvottava <input type="checkbox"/></p>
11 Nukkumisen/vuorokausirytm	
12 Alkoholin käyttö	

13 Tupakointi	
14 Omaishoito	
15 Mieleiset asiat (tekeminen, ruoka tms.)	
16 Asumisen tur- vallisuus ja esteet- tömyys	
17 Lähipalvelujen saatavuus	

18 Iäkkään henkilön näkemys palveluiden vaihtoehdoista	
19 Kotihoidon tavoite	Kotihoidon tavoitteena on:
20 Toimintakyvyn tukemisen keinot	Fyysinen toimintakyky
	Psyykkinen toimintakyky
	Sosiaalinen toimintakyky
21 Tuen ja avun tarve	Henkilökohtainen hygienia (WC-käynnit, peseytyminen, pukeutuminen)
	Lääkitys
	Ruokailu
	Kodinhuollolliset tehtävät
	Liikkuminen

22 Kotihoidon palvelut	Kotipalvelun käynnit ajalla							
	Käyntiaika	ma	ti	ke	to	pe	la	su
	Kotisairaanhoidon käynnit ajalla							
	Käyntiaika	ma	ti	ke	to	pe	la	su
23 Terveysthuollon palvelut (mm. lääkärikäynnit, laboratori-onäytteiden ottaminen)								
24 Omahoitaja/vastuuhoitaja kotipalvelussa								
25 Elämänhistoria	Lapsuus:							
	Nuoruus:							
Aikuisikä:								
Eläkeikä:								

26 Allekirjoitukset	Paikka ja aika	Asiakas
	Paikka ja aika	Omainen
	Paikka ja aika	Omahoitaja

Hoito- ja palvelusuunnitelman päivityslomake

Martilan kunta
Sosiaalitoimi/kotipalvelu



Hoito- ja palvelusuunnitelman päivitys

Päivämäärä								
Päivitetyt kohdat ja asiat								
Päivitetyt kohdat ja asiat								
	Kotipalvelun käynnit ajalla/alkaen							
	Käyntiaika	ma	ti	ke	to	pe	la	su
PAIKKA JA PÄIVÄMÄÄRÄ								
ALLEKIRJOITUKSET	Asiakas		Omainen		Omahoitaja			

Kirje omahoitajatoimintallin käyttöönotosta



MARTTILAN KUNTA

Suvirannan palvelukeskus
Myllypellontie 6, 21490 MARTTILA
Puh* (02) 484 9360

2.5.2016

ARVOISA KOTIPALVELUN ASIAKAS

Marttilan kunnan kotipalveluun ollaan luomassa uutta toimintamallia ”**Omahoitaja ikäihmisen tukena**”. Kotipalvelussa halutaan luoda toimiva malli omahoitajuuteen. Kotipalvelun asiakkaan omahoitajana toimii kotipalvelun hoitaja. Tavoitteena on lisätä kotipalvelun työntekijöiden ja asiakkaiden välistä yhteisymmärrystä, yhteistyötä, osallisuutta sekä asiakkaan oman äänen kuuluviin saamista hänen kotipalveluissaan.

Olemme käynnistäneet uuden toimintamallin luomisen tilaisuudella, johon osallistui kotipalvelun henkilökuntaa, asiakkaita, heidän omaisiaan. Kotisairaanhoidajan ja sosiaalihoitajan kanssa on keskusteltu omahoitajuuteen liittyen. Omahoitajan tehtäväksi asiakassuhteessa muodostui seuraavat asiat:

- Tekee hoito- ja palvelusuunnitelman yhdessä asiakkaan ja omaisen kanssa sekä huolehtii sen päivittämisestä tarpeen mukaan tai vähintään kerran vuodessa
- Tietää asiakkaan taustat – asiakkaan historia, mieltymykset, mielenkiinnonkohteet, tavat ja tottumukset
- Asiakkaan kuuleminen herkällä korvalla ja tarvittavien viestien eteenpäin vieminen niin kotipalvelussa kuin muissa kontakteissa
- Tuntee asiakkaan sairaudet ja lääkkeet sekä huolehtii tietojen päivittämisestä
- Kirjaa asiakkaasta tai seuraa, että asiakkaasta on kirjattu vähintään kerran viikossa
- Päivittää tiivistelmätiedot Efficaan
- Käy mahdollisuuksien mukaan asiakkaan hoitopalaverissa
- Toimii pääasiallisena yhteyshenkilönä kotipalvelusta omaisiin, kotisairaanhoidoon yms.

Teidän omahoitajaksi on nimetty _____

Uudesta omahoitajatoimintamallista tehdään kysely kaikille asiakkaille elokuussa 2016.

Kehittäminen tapahtuu osana vanhustyön johtaja Maria Vesalan YAMK-opintoja Turun Ammattikorkeakoulussa.

Lopullinen hoito- ja palvelusuunnitelmalomake

MARTTILAN KUNTA
HÄRKÄTIE 773

HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

1 / 7

21490 MARTTILA

27.11.2016

		Hetu
Asiakas	_____	_____
Osoite	_____	_____
Puhelin	_____	Äidinkieli
Perhesuhde	_____	Ammatti
Vahinkonro	_____	Inv.%
Srk/rekisteri	_____	Puhelin
Yhteyshenkilö	_____	_____
Omainen	_____	_____
Edunvalvoja	_____	_____
Asioiden hoitaja	_____	_____
Maksaja	_____	_____
Osoite	_____	_____
		Hetu
Puoliso	_____	_____
Perheenjäsenet	_____	_____
Lisätiedot	_____	_____
ASUMINEN		
Asumismuoto	<input type="checkbox"/> Yksinasuminen <input type="checkbox"/> Yhteisasuminen <input type="checkbox"/> Pysyvä laitoshoido <input type="checkbox"/> Asunnoton	
Asumista haittaavat tekijät	<input type="checkbox"/> Puutteet asunnon varustetasossa <input type="checkbox"/> Sopimaton asunto <input type="checkbox"/> Portaat <input type="checkbox"/> Hissittömyys <input type="checkbox"/> Vaikeat kulkuyhteydet asuinympäristössä	
Asuinkumppanit	_____	
Naapuri	_____	
Sisäänkääsy	_____	
Lisätietoja	_____	
Asumisen erityisongelmat	_____	
Asunnon tiedot	Huoneluku _____	Pinta-ala _____
Asunnon tyyppi	<input type="checkbox"/> Kerrostalo <input type="checkbox"/> Rivitalo <input type="checkbox"/> Omakotitalo	
<hr/> <p>MARTTILAN KUNTA Puheli (02) 484 490 HÄRKÄTIE 773</p>		

MARTTILAN KUNTA
HÄRKÄTIE 773

HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

2 / 7

21490 MARTTILA

27.11.2016

-
- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> kaukolämpö | <input type="checkbox"/> öljylämmitys | <input type="checkbox"/> puulämmitys | <input type="checkbox"/> sähkölämmitys |
| <input type="checkbox"/> keittiöhuone | <input type="checkbox"/> avokeittiö | <input type="checkbox"/> keittosyvennys | |
| <input type="checkbox"/> hissi | <input type="checkbox"/> sauna | <input type="checkbox"/> wc | <input type="checkbox"/> viemäri |
| <input type="checkbox"/> suihku | <input type="checkbox"/> amme | <input type="checkbox"/> lämminvesi | |

MARTTILAN KUNTA
HÄRKÄTIE 773

Puheli (02) 484 490

21490 MARTTILA

MARTTILAN KUNTA
HÄRKÄTIE 773

HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

3 / 7

21490 MARTTILA

27.11.2016

TOIMINTAKYKY

_____ päivä_____
päivämäärä

Liikkuminen

- itsenäisesti taluttajan avulla kävelyteline
 pyörätuoli keppi/sauvat vuodepotilas

Ruokaileminen

- Itsenäisesti tarjoiltuna autettava
 täysin autettava

Pukeutuminen

- itsenäisesti toisen auttamana täysin autettava

Peseytyminen

- itsenäisesti tarvitsee apua täysin autettava

Näkökyky

- normaali heikentynyt sokea

MARTTILAN KUNTA
HÄRKÄTIE 773

Puheli (02) 484 490

21490 MARTTILA

MARTTILAN KUNTA
HÄRKÄTIE 773

HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

4 / 7

21490 MARTTILA

27.11.2016

Kuulo

normaali heikentynyt kuuro

Puhe

selkeä sekava afasia
 epäselvä

Erittäminen

itsenäisesti tarvitsee apua ummetus/löysä
 kastelu

Psyyke

normaali masentunut aggressiivinen
 sekava häiritsevää harhaileva
 muisti heikentynyt muistamaton kontaktikyvytön
 psykiatrinen sairaus kehitysvammaisuus

Lääkehoito

Itsenäisesti Autettava Valvottava

MARTTILAN KUNTA
HÄRKÄTIE 773

Puheli (02) 484 490

21490 MARTTILA

MARTTILAN KUNTA
HÄRKÄTIE 773

HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

5 / 7

21490 MARTTILA

27.11.2016

Kodinhoito

Itsenäisesti

Jonkin verran apua

Täysin autettava

Taloudelliset asiat

Itsenäisesti

Tarvitsee apua

Edunvalvonta

Elvytyskielto

Kyllä

MARTTILAN KUNTA
HÄRKÄTIE 773
21490 MARTTILA

Puheli (02) 484 490

MARTTILAN KUNTA
HÄRKÄTIE 773

HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

6 / 7

21490 MARTTILA

27.11.2016

KOTIPALVELU JA KOTISAIRAANHOITO

Palvelu _____ Ajalle _____ - _____
 Jakson pituus _____ viikkoa

	MA	TI	KE	TO	PE	LA	SU
aamu klo 7-9							
aamupäivä klo 9-12							
iltapäivä klo 12-16							
ilta klo 16-20							
Lisäkäynnit							
Lisäkäynnit							
Yö klo 23							
Yö klo 4							

Palvelun määrä / kk _____

Lisätietoja _____

Hoitaja _____ Hoitajaryhmä _____

Syy

 tarve syy 1 tarve syy 2 tarve syy 3 tarve syy 4 tarve syy 5

Palvelu _____ Ajalle _____ - _____
 Jakson pituus _____ viikkoa

	MA	TI	KE	TO	PE	LA	SU
aamu klo 7-9							
aamupäivä klo 9-12							
iltapäivä klo 12-16							
ilta klo 16-20							
Lisäkäynnit							
Lisäkäynnit							
Yö klo 23							
Yö klo 4							

Palvelun määrä / kk _____

Lisätietoja _____

Hoitaja _____ Hoitajaryhmä _____

Syy

 tarve syy 1 tarve syy 2 tarve syy 3 tarve syy 4 tarve syy 5MARTTILAN KUNTA
HÄRKÄTIE 773

Puheli (02) 484 490

21490 MARTTILA

MARTTILAN KUNTA
HÄRKÄTIE 773

HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA

7 / 7

21490 MARTTILA

27.11.2016

Asiakkaan suostumus Suostun siihen, että salassapitovelvollisuuden estämättä minua koskevia tietoja saa vaihtaa sosiaalitoimen ja terveystoimen välillä.

kyllä

ei

_____ päivä

Allekirjoitus

_____ Paikka ja aika

_____ Asiakas

_____ Omainen

MARTTILAN KUNTA
HÄRKÄTIE 773
21490 MARTTILA

Puheli (02) 484 490

MARTTILAN KUNTA

VANHUSTYÖ

27.11.2016

1

nimi	henkilötunnus
osoite 21490 MARTTILA	puhelinnumero
Puoliso	

08.11.2016

Nykytilanne
21.11.2016

Laatijat
21.11.2016

Tarpeet
21.11.2016

Asiakkaan näkemys omista
palv.
21.11.2016

Tavoitteet
21.11.2016

MARTTILAN KUNTA

VANHUSTYÖ

27.11.2016

2

Toimenpiteet ja palvelut
21.11.2016

Seuranta ja arviointi
21.11.2016

jakelu
21.11.2016

Asiakaspalautekysely omahoitajatoimintamallista



MARTTILAN KUNTA
 Suvirannan palvelukeskus
 Myllypellontie 6, 21490 MARTTILA
 Puh 044-0845392

KYSELY

Nimi: _____

Onko teille nimetty omahoitaja kotipalvelusta? Kyllä Ei

Kuka toimii teidän omahoitajana? _____

Oletteko tehneet omahoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman? Kyllä Ei

Tulitteko kuulluksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä? Kyllä Ei

Jos vastasitte edelliseen kysymykseen ei, mikä oli syynä, ettette tulleet kuulluksi?

Onko teillä ollut hoitoonne liittyvää palaveria tai muuta tilaisuutta, johon omahoitaja olisi osallistunut kanssanne? Kyllä Ei

Onko uusi omahoitajamalli tuonut teidät läheisemmäksi omahoitajan kanssa? Kyllä Ei

Oletteko voineet kertoa toiveistanne paremmin omahoitajalle? Kyllä Ei

Onko omahoitajamalli koettu hyväksi? Kyllä Ei

Onko omahoitajamalli ollut mielestänne toimiva? Kyllä Ei

Muuta palautetta omahoitajamallista:

Lomakkeen täyttämässä avustanut henkilö _____

KIITOS VASTAUKSISTANNE!

Elämänkaarilomake

Marttilan kunta
Sosiaalitoimi/kotipalvelu



Elämänkaarilomake (asiakas ja omahoitaja täyttävät yhdessä)

(päivitetty 30.11.2016)

1 Asiakastiedot	Sukunimi ja etunimet	Hetu
	Osoite	
	Puhelinnumero	
2 Omahoitaja/vastuuhoitaja kotipalvelussa		
3 Kuvaus sosiaalisesta toimintakyvystä (vahvuudet ja heikkoudet)		
4 Mieleiset asiat (tekeminen, ruoka tms.)		
5 Asumisen turvallisuus ja esteettömyys		
6 Lähipalvelujen saatavuus		

7 Elämähistoria	Lapsuus:	
	Nuoruus:	
	Aikuisikä:	
	Eläkeikä:	
26 Allekirjoitukset	Paikka ja aika	Asiakas
	Paikka ja aika	Omahoitaja