

Sari Koski

LAITILAN KAUPUNGIN TEHOSTETUN KOTIHOIDON
TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN IÄKKÄIDEN
PALVELURAKENNESELVITYKSEN YHTEYDESSÄ

Vanhustyön (ylempi AMK) - koulutusohjelma
2017



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

LAITILAN KAUPUNGIN TEHOSTETUN KOTIHOIDON TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN IÄKKÄIDEN PALVELURAKENNESELVITYKSEN YHTEYDESSÄ

Koski, Sari
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Vanhustyön (ylempi AMK) -koulutusohjelma
Huhtikuu 2017
Sivumäärä: 70
Liitteitä: 3

Asiasanat: tehostettu kotihoito, iäkkäiden palvelurakenneselvitys, työkonferenssi

Suomalaisen ikäihmisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän yksi tavoite on ikäihmisen hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen edistäminen ja tukeminen sekä kotona asumisen mahdollistaminen. Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelmaan on linjattu ikäihmisten kotiin annettaviin palveluihin panostaminen. Ikäihmisten kotihoidon kehittäminen onkin yksi hallituksemme eturivin hankkeista.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää Laitilan kaupungin tehostetun kotihoidon toimintamalli iäkkäiden palvelurakenneselvityksen pohjalta hyödyntäen samalla aiempia tutkimus- ja teorianäkökohtia. Tehostetun kotihoidon tavoitteena on vapauttaa terveyskeskusosaston potilaspaiikkoja niitä enemmän tarvitseville ja samalla tarjota yksilöllistä ja erityisosaamista vaativaa hoitoa asiakkaalle tämän omaan kotiin tai kodinomaiseen asumisyksikköön. Tehostettu kotihoito on vanhusväestön määrän lisääntyessä yksi keino vastata sosiaali- ja terveyspalvelujen kasvutarpeeseen ja kustannusten hillitsemiseen. Tehostettu kotihoito on myös inhimillistä. Asiakkaat pyritään hoitamaan omilla asumispaikoissaan minimoimalla paikkasiirtoja.

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena, jossa yhdistyvät teoria ja käytäntö. Menetelmänä käytettiin työkonferenssia, joita järjestettiin iäkkäiden palvelurakenneselvityksen 15.12.2015-26.4.2016 aikana neljä. Työkonferenssien tavoitteena oli tarkastella kaikkia Laitilan kaupungin iäkkäiden palveluja ennaltaehkäisevistä palveluista laitoshoidon asti ja kehittää samassa yhteydessä tehostetun kotihoidon toimintamallia.

Työkonferenssissa keskeinen työväline on tasaveroisen vuoropuhelu, jonka avulla osallistujat itse tuottavat tilaisuuden varsinaisen asiasisällön. Kaikilla osallistujilla on oikeus osallistua ja tulla kuulluksi. Työkonferenssissa eri ammattikuntien edustajat vaihtavat kokemuksiaan, käsittelevät erilaisia näkemyksiään ja kehittävät uusia toimintamalleja. Pyrkimyksenä on toimia yhteisymmärryksessä.

Työkonferensseissa aikaansaatiin monia konkreettisia, hyviä, uusia työkäytäntöjä iäkkäiden palveluissa. Osa työkäytännöistä on jo vakiinnuttanut paikkansa iäkkäiden hoiva- ja hoitotyössä. Osa työkäytännöistä on tarvinnut uudelleenkehittämistä ja osasta on luovuttu kokonaan. Tehostetun kotihoidon toimintamallin käyttöönotto on aloitettu sairaanhoitajien viikonloppu- ja arkipyhäpäivystyksinä. Päivystys on tarkoitettu tilanteisiin, joissa tarvitaan kiireellistä lääkärin toteamaa sairaanhoidollista osaamista.

DEVELOPMENT OF A MODEL FOR ENHANCED HOME CARE IN LAITILA

Koski, Sari
Satakunta University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Elderly Care
April 2017
Number of pages: 70
Appendices: 3

Key words: enhanced home care, survey on the structure of the services for the elderly, work conference

One of the aims of the Finnish social and health care system for the elderly is to promote and support the elderly's well-being, health, function and independence and to make it possible for them to live at home. Prime Minister Juha Sipilä's governmental policy emphasizes services provided for the elderly at home. As a result, the development of the elderly's home care is one of the focus areas of the government.

The purpose of this thesis was to develop a model for enhanced home care on the basis of the survey on the structure of the services for the elderly and relevant theoretical knowledge. One of the aims of enhanced home care is to provide beds on the long-stay ward of the health care centre for those who have an urgent need. Another aim is to provide individual and special care for clients at home or in a residential home. Enhanced home care is one way of meeting the growing needs in the social and health care sector and of cutting down the costs. In addition, enhanced home care provides a humane solution. The clients are treated in their homes with minimal transfers.

The thesis was carried out as an action research, where theoretical knowledge was combined with practice. The method consisted of work conferences, which were arranged four times during the survey on the structure of the services for the elderly. The aim of the work conferences was to consider all the services for the elderly in Laitila from preventive services to institutional care. The outcome of these work conferences was to be a model for enhanced home care.

The central tool in the work conferences was dialogue. In other words the participants themselves produced the actual content of the conferences in equal discussions. All participants had a right to take part and be listened to. In the work conferences various professionals discussed their experiences and perspectives and developed new ways of working in cooperation.

The work conferences produced several good work practices for the services. Part of them are already used, some required re-development and others were abolished. Enhanced home care was started with the nurses' emergency care duties during weekends and on holidays. Emergency care is intended for situations where emergency nursing care is required and prescribed by a physician.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KOTONA TAPAHTUVA HOITO	7
2.1	Kotihoito	7
2.2	Tehostettu kotihoito	10
2.3	Tärkeimmät kotihoitoa ohjaavat lait ja suositukset	12
2.4	Tehostetun kotihoidon vahvuuksia ja haasteita	17
2.5	Ikäihmisten hyvän kotihoidon malli	20
3	LAITILAN KAUPUNGIN IÄKKÄIDEN PALVELUT	23
3.1	Laitilan ikääntyneen väestön palveluiden järjestämissuunnitelma	24
3.2	Laitilan kaupungin kotihoito.....	28
3.3	Laitilan kaupungin kotihoidon asiakasprosessi	30
4	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS.....	34
4.1	Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet	34
4.2	Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä.....	35
4.3	Työkonferenssimenetelmä toimintatutkimuksessa	38
4.4	Kehittämistyön lähtötilanteen kartoittaminen.....	41
4.5	Työryhmätyöskentely	42
5	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	51
5.1	Laitilan kaupungin iäkkäiden palvelurakenneselvityksen yhteenvetoa.....	51
5.2	Laitilan kaupungin tehostetun kotihoidon toimintamalli.....	52
6	KEHITTÄMISTYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	56
7	POHDINTA.....	60
	LÄHTEET.....	65

1 JOHDANTO

Suomen väestö ikääntyy Euroopan maista nopeimmin. 65 vuotta täyttäneitä arvellaan olevan vuonna 2030 yli 600 000 enemmän kuin tänä päivänä. Samanaikaisesti 80 vuotta täyttäneiden määrä on jopa kolmin- tai nelinkertainen. (Saaristo 2011, 131.) 1990-luvulla tapahtuneen ikäihmisten palvelurakennemuutoksen myötä on ikäihmisten laitoshoidoa vähennetty sekä avohoitoa ja palveluasumista vastaavasti lisätty ja kehitetty (Ikonen 2015, 10–14). Kotihoidon rooli kodin ja laitosasumisen välimaastossa tulee korostumaan vielä nykyistä enemmän väestön ikääntyessä. Ikäihmiset toivovat saavansa asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään myös silloin, kun he tarvitsevat sairaalatasoista hoitoa tai saattohoitoa (Myller 2011, 8).

Jokaisella Suomen kansalaisella on oikeus ikääntyä arvokkaasti ja turvallisesti tarvitsemallaan hyvällä hoivalla ja hoidolla (Kivelä 2012, 126). Jotta kuntien hoivan ja hoidon muutos laitospainotteisuudesta avopainotteisuuteen jatkuu edelleen, tarvitaan hyvinvointia tukevia ja edistäviä palveluja kotihoidon kehittämiseen. Tämän päivän kotihoitoa tarvitsevat entistä iäkkäämmät ja samanaikaisesti hoivan ja hoidon painopiste on muuttunut sairaanhoidollisempien toimintojen suuntaan (Nummijoki 2009, 99; Ikonen 2015, 28).

Ikäihmisten hyvinvoinnin kannalta on olennaista, että vanhustenhuollon resurssit kohdennetaan palvelutarpeiden kannalta mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Asiakkaan siirtyminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumuodosta toiseen oikea-aikaisesti ja asiakkaan hoitaminen oikeassa paikassa ovat tehokkaasti ja taloudellisesti toimivan sosiaali- ja terveydenhuollon tunnuspiirteitä.

Tehostetun kotihoidon tarkoituksena on helpottaa ja vähentää sairaalahoidon paineita (Hägg ym. 2007, 15–16; Ikonen 2015, 73). Tehostettu kotihoito tukee asiakkaan nopeaa kotiutumista sairaalasta ja turvaa sairaalajakson jälkeisen jatkohoidon kotona (Liikka 2006, 9; Laakso 2014, 12; Ikonen 2015, 19). Tehostetun kotihoidon asiakkaat eivät tarvitse sairaalahoidoa, mutta tarvitsevat vaativampaa akuuttia lääketieteellistä ja sairaanhoidollista hoitoa, mitä normaali kotihoito voi tarjota (Aronen 2013, 6; Ikonen

2015, 73). Tehostettu kotihoito perustuu aina lääkärin päätökseen ja asiakkaan ja hänen omaisensa ja läheisensä vapaaehtoisuuteen. Asiakkaalla on siis oikeus ja mahdollisuus itse päättää, haluaako hän saada sairaanhoitoa omassa kodissaan, kodinomaisessa asumisyksikössään vai sairaalassa. (Hägg ym. 2007, 24, 140; Hirvonen 2011, 24; Kallio & Miettinen 2014, 7–8; Laakso 2014, 12; Ikonen 2015, 73.)

Omaisten ja läheisten rooli on keskeisessä asemassa tehostetussa kotihoidossa, sillä heillä on hoitovastuu kotihoitokäyntien välillä. Siksi onkin tärkeää, että omaisten ja läheisten rooli, vastuut ja mahdollisuudet selvitetään huolellisesti ennen tehostetun kotihoidon käynnistymistä. Hoitoon sitoutuneiden hoitovastuun jakamista tulee tukea erilaisin yhteisöllisin, taloudellisin ja sosiaalisin keinoin. (Hirvonen 2010, 20.) Tehostettu kotihoito tarvitsee ympärilleen myös moniammatillisen tiimin, jossa kaikki eri tahot työskentelevät hyvässä yhteistyössä keskenään (Hirvonen 2011, 25).

Asiakkaat ja heidän omaisensa, päättäjät, työntekijät sekä yhteistyötahot on saatava vakuuttuneiksi siitä, että vanhustenhuolto tarvitsee uudenlaisia tapoja tuottaa palveluja ja tehostettu kotihoito on yksi tällainen tapa. Ikäihmisten palveluja kehitettäessä tulisi kuitenkin muistaa, että hoivalle ja hoidolle arvon antaa ikäihminen itse. Hänen kokemuksensa määrittelee, onko hoiva ja hoito hyvää vai ei. (Valkonen 2014, 11.)

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kehittää Laitilan kaupungin tehostetun kotihoidon toimintamalli iäkkäiden palvelurakenneselvityksen pohjalta hyödyntäen samalla aiempia tutkimus- ja teorian tietoja. Kehittämistyö toteutetaan toimintatutkimuksena, jossa tutkimusmenetelmänä käytetään työkonferenssia. Laitilan kaupungin tehostetun kotihoidon tavoitteena on vapauttaa terveyskeskusosaston potilaspaikkoja niitä enemmän tarvitseville ja samalla tarjota yksilöllistä ja erityisosaamista vaativaa hoitoa asiakkaalle tämän omaan kotiin tai kodinomaiseen asumisyksikköön. Tällöin tehostettu kotihoito on muita avohoidon palveluja täydentävä kotihoidon vaihtoehto. Perimmäisenä tavoitteena on rakentaa hyvä tehostetun kotihoidon toimintamalli, jonka toivotaan edistävän kotihoidon kehittämistä kunnassamme.

2 KOTONA TAPAHTUVA HOITO

Suomalaisen ikäihmisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän yksi tavoite on ikäihmisen hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen selviytymisen edistäminen ja tukeminen sekä kotona asumisen mahdollistaminen (Sarvimäki & Heimonen 2010, 23; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013a, 15–16; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 1 §; Ikonen 2015, 10–12). Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelmaan on niin ikään linjattu ikäihmisten kotiin annettaviin palveluihin panostaminen. Ikäihmisten kotihoidon kehittäminen onkin yksi hallituksemme eturivin hankkeista. (Hallitus 2015, 20–21.)

Lyhyesti sanottuna kotihoito on kotipalvelujen, tukipalvelujen ja sairaanhoitopalvelujen palvelukokonaisuus. Kotihoidon painopiste on nykyään asiakkaan kokonaisvaltaisessa henkilökohtaisessa hoivassa ja hoidossa. Kotihoito on siis sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuus, jonka tarkoituksena on erilaisin hoiva- ja hoitotyön keinoin taata asiakkaalle hyvä ja turvallinen omassa kodissa asuminen ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen. (Ikonen 2015, 15–23.) Kotihoidon tarpeet vaihtelevat kevyistä kotitöistä vaativiin sairaanhoidollisiin toimenpiteisiin (Hammar 2008, 46).

Kunnan tulee joko yksinään tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa järjestää kuntalaisilleen kotihoidon palveluja (Tepponen 2007, 65; Sanerma 2009, 41; Kivelä & Vaapio 2011, 14; Kivelä 2012, 129; Hiilamo & Hiilamo 2015, 44). Kunnan on myös mahdollista hankkia palvelut ostopalveluina sekä yksityisiltä että julkisilta palvelun tuottajilta (Laine, Noro, Finne-Soveri & Björkgren 2006, 140; Tepponen 2007, 65; Sanerma 2009, 41; Hiilamo & Hiilamo 2015, 44; Ikonen 2015, 18).

2.1 Kotihoito

Kotihoitoa käsitteenä ei ole helppoa määritellä. Tämä johtuu ainakin osittain siitä, että kotihoidon muodostavat kotipalvelu ja kotisairaanhoito ovat toimineet erillisinä yksiköinä (Tepponen 2009, 17; Ikonen 2015, 21, 47) ja eri hallintokuntien alaisina 1990-luvun alkupuolelle asti. Tämän jälkeen kunnan on ollut mahdollista palveluvalikos-

saan yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuva kotipalvelu ja terveydenhuoltolakiin perustuva kotisairaanhoito yhteiseksi kotihoidoksi. Kotihoitoa käsitteenä on kritisoitu muun muassa sen vuoksi, että se korostaa kotona annettavien palveluiden hoidollisuutta ja tätä myöten lääketieteellistää kotipalveluita. (Tepponen 2009, 17–18.)

Koti on työympäristönä haasteellinen, sillä kotihoito on julkista työtä, mutta asiakkaan koti on yksityinen työympäristö. Kotihoidon sisältöä määrittää asiakkaan avun ja palveluiden tarve, jotka tulee arvioida oikea-aikaisesti ja huolellisesti vuorovaikutuksessa asiakkaan, hänen omaistensa/läheistensä ja tarvittavien yhteistyötahojen kanssa (Ikonen 2015, 146). Tavoitteena on antaa hoivaa, hoitoa ja tukea niille kotona asuville asiakkaille, joiden toimintakyky on väliaikaisesti tai pysyvästi heikentynyt (Sanerma 2009, 43; Hiilamo & Hiilamo 2015, 43; Ikonen 2015, 15).

Kotihoito voi olla säännöllistä tai tilapäistä. Säännöllinen kotihoito perustuu aina yhdessä asiakkaan, hänen omaisensa/läheisensä ja muiden yhteistyötahojen kanssa laadittuun palvelu- ja hoitosuunnitelmaan (Hägg ym. 2007, 24–25; Jämsén 2010, 448, 457; Ikonen 2015, 149–151). Palvelu- ja hoitosuunnitelma tähtää asiakkaan kotona asumisen mahdollistamiseen, asiakaslähtöiseen ja kuntouttavaan työotteeseen sekä palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämiseen. Kotihoidossa tehtävän työn tulee perustua ikäihmisen omien fyysisten, psyykkisten, kognitiivisten ja sosiaalisten voimavarojen ja toimintakyvyn tukemiseen. (Ikonen 2015, 23, 43, 151, 159–160.) Huomioitavaa on, että ikäihmisen päivittäisen avun ja palveluiden tarve määrittelevät kotihoidon sisällön (Hammar 2008, 22).

Kotihoidon asiakkaat ovat eri-ikäisiä, erilaisissa elämäntilanteissa ja olosuhteissa eläviä asiakkaita. Ikäihmisistä 75–84 -vuotiaat, joilla on monia pitkäaikaissairauksia, ovat kotihoidon suurin asiakasryhmä. Muut asiakkaat ovat yleisimmin mielenterveys- ja päihdeongelmaisia sekä vammaisasiakkaita. (Ikonen 2015, 19, 42.)

Ikäihmisten kotihoidossa korostuvat elämänlaatu, hyvinvointi ja tyytyväisyys. Ikäihmisen hyvä terveys ja toimintakyky mahdollistavat tämän selviytymisen omassa kodissaan. Asiakaslähtöinen kotihoito huomioi ikäihmisen yksilöllisyyden, itsemääräämisoikeuden, tarpeet ja toiveet. Kunnan velvollisuus on tuottaa kotihoidon palveluja

riittävästi, oikeudenmukaisesti ja tasapuolisesti kaikille niille, jotka palveluja tarvitsevat. (Tepponen 2009, 166–169; Ikonen 2015, 28.) Monissa kunnissa on laadittu kotihoidon kriteerit, joiden tarkoituksena on kohdentaa palvelut niitä tarvitseville (Ikonen 2015, 28).

Kotona tehtävä hoiva- ja hoitotyö kehittyy aina vain vaativammaksi. Tämä asettaa haasteita myös ammattihenkilöiden koulutukselle. Laadukkaan kotihoitotyön toteuttamiseksi työntekijällä tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot, johon kuuluvat rauhallinen ja osallistuva keskustelu sekä kuuntelemisen taito. Yhteistyökyky eri yhteistyötahojen kanssa liittyy kiinteästi työntekijän osaamiseen. Yleisimmin kotihoidon työntekijät ovat koulutukseltaan terveyden- ja sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia, kodinhoitajia, kotiaavustajia ja fysioterapeutteja. Kotihoidon esimies vastaa kokonaisvaltaisesti kotihoidon palvelutyöstä ja sen toimivuudesta. (Ikonen 2015, 34–37, 172–176.)

Kotihoidossa tehtävä työ on itsenäistä. Asiakkaiden luona työskennellään pääasiassa yksin, usein päivätyön lisäksi myös iltaisin, viikonloppusin ja öisin. Yksin työskentelyssä on sekä positiivisia että negatiivisia puolia. Yksin työskennellessä pystyy suunnittelemaan oman päivärytminsä melko vapaasti ja kohtaamaan asiakkaan henkilökohtaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Toisaalta taas työntekijällä on yksin työskennellessään suuri vastuu, eikä hänellä ole välittömässä läheisyydessään työyhteisön tukea. Yksin työskentelyssä voi olla myös erilaisia turvallisuusriskejä, kuten väkivaltaisesti käyttäytyvän asiakkaan kotona syntyvät vaaratilanteet (Ikonen 2015, 181).

Monilla paikkakunnilla ikäihmisten itsenäistä selviytymistä edistäviä kotihoidon tuki- ja palveluja ovat ateria-, siivous-, turvapuhelin-, vaatehuolto-, kylvetys-, kauppa- ja muut asiointi-, kuljetus- ja saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä tukevat palvelut (Jämsén 2010, 450; Hiilamo & Hiilamo 2015, 43; Ikonen 2015, 72).

2.2 Tehostettu kotihoito

Kotona tapahtuvalla sairaalatasoisella hoidolla on monia nimityksiä. Tästä huolimatta toimintaperiaatteet ovat kuitenkin hyvin samanlaisia. Toiset puhuvat tehostetusta kotihoitosta, toiset tehostetusta kotisairaanhoidosta ja jotkut puolestaan kotisairaalaista. Itse käytän tässä kehittämistyössä tehostetun kotihoidon nimitystä.

Tehostettu kotihoito on alkanut yleisemmin Suomessa vasta 1990-luvun puolivälissä. Sen tarkoituksena on helpottaa ja vähentää sairaalahoidon paineita. (Hägg ym. 2007, 15–16; Ikonen 2015, 73.) Tehostettu kotihoito tukee asiakkaan nopeaa kotiutumista sairaalasta ja turvaa sairaalajakson jälkeisen jatkohoidon kotona (Liikka 2006, 9; Laakso 2014, 12; Ikonen 2015, 19). Tehostettu kotihoito voi myös estää asiakkaan sairaalajaksolle joutumisen (Shepperd ym. 2009; Ikonen 2015, 19). Tehostettua kotihoitoa voidaan kutsua peruserikoissairaanhoidon palveluksi, joka tähtää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rajapinnoissa tehtävän hoivan ja hoidon toimivuuden edistämiseen (Hirvonen 2011, 23).

Tehostetun kotihoidon asiakkaat eivät tarvitse sairaalahoitoa, mutta tarvitsevat vaativampaa akuuttia lääketieteellistä ja sairaanhoidollista hoitoa, mitä normaali kotihoito voi tarjota (Aronen 2013, 6; Ikonen 2015, 73). Tehostettu kotihoito perustuu aina lääkärin päätökseen ja asiakkaan ja hänen omaisensa/läheisensä vapaaehtoisuuteen. Asiakkaalla on siis oikeus ja mahdollisuus itse päättää, haluaako hän saada sairaanhoitoa omassa kodissaan, asumisyksikössään vai sairaalassa. (Hägg ym. 2007, 24, 140; Hirvonen 2011, 24; Kallio & Miettinen 2014, 7–8; Laakso 2014, 12; Ikonen 2015, 73.) Valinnanvapaus lisää asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä. Nämä ovat puolestaan keskeisiä tekijöitä tehostetun kotihoidon asiakastyytyväisyydessä. (Halonen 2012, 17.)

Tehostetusta kotihoitosta vastaa aina lääkäri. Silloin, kun asiakkaan hoito vaatii tai asiakas itse toivoo, hänen on viipymättä päästävä kotoa sairaalahoitoon. (Hägg ym. 2007, 24, 140; Ikonen 2015, 73.) Tehostetussa kotihoitossa asiakkaan luona on mahdollista käydä ympärivuorokautisesti montakin kertaa päivässä. Palvelutarpeen muuttuessa tehostetun kotihoidon käyntejä on mahdollista vähentää ja lisätä. (Ikonen 2015,

73–74.) Tehostetussa kotihoidossa kunta tarjoaa usein uusia palvelumuotoja, sairaanhoitajien iltakäyntejä ja asiakkaan voinnin tarkistuskäyntejä (Hirvonen 2011, 24). Lääkäri päättää aina tehostetun kotihoidon asiakkuuden päättymisestä. Tällöin asiakas siirtyy yleensä muiden sosiaali- ja terveystalvelujen piiriin, omaishoitoon tai omahoitoon. (Winter 2012, 18.)

Suonensisäistä antibioottia, nesteensiirtoa, leikkausten jälkeistä hoitoa, saattohoitoa tai palliatiivista hoitoa vaativat asiakkaat kuuluvat useimmiten tehostetun kotihoidon asiakaskuntaan. Tehostettu kotihoito ei sovellu päihdeongelmallisille, mielenterveysongelmista kärsiville, yksin asuville muistisairaille eikä niille asiakkaille, jotka eivät tarvitessaan apua, osaa sitä hälyttää. (Hägg ym. 2007, 141–142; Ikonen 2015, 73–75.) Asiakkaan tehostetussa kotihoidossa tarvitsemat lääkkeet ja hoitosuunnitelmassa sovitut hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon (Ikonen 2015, 75).

Asiakkaalle tulee olla diagnoosin lisäksi tehtynä palvelu- ja hoitosuunnitelma, jotta hän voi ylipäätään tulla tehostettuun kotihoitoon hoidettavaksi. Tehostettu kotihoitoyksikkö ei ole tutkimusyksikkö, vaan nimenomaan hoitoa toteuttava yksikkö. (Hägg ym. 2007, 141–142.) Tehostettua kotihoitoa voidaan antaa sovitusti myös kunnallisissa palveluasumis- ja tehostetuissa palveluasumisyksiköissä sekä vanhainkodeissa (Hyry 2011, 41). Näissä yksiköissä tehostetun kotihoidon tavoitteena on estää asukkaiden siirto omasta asuinpaikastaan sairaalaan silloin, kun tämä tarvitsee lyhytkestoisista erikoissairaanhoidosta (Malmberg 2010, 13).

Omaisten ja läheisten rooli on keskeisessä asemassa tehostetussa kotihoidossa, sillä heillä on hoitovastuu kotihoitokäyntien välillä. Siksi onkin tärkeää, että omaisten ja läheisten rooli, vastuut ja mahdollisuudet selvitetään huolellisesti ennen tehostetun kotihoidon käynnistymistä. Hoitoon sitoutuneiden hoitovastuun jakamista tulee tukea erilaisin yhteisöllisin, taloudellisin ja sosiaalisin keinoin. (Hirvonen 2010, 20.) Helinin (2016, 4) mukaan kotihoidon laajentamisen myötä on saattohoidon, tehostetun kotihoidon sekä kotona läheistään auttavan omaisen tukimuotoja kehitettävä. Tehostettu kotihoito tarvitsee ympärilleen myös moniammatillisen tiimin, jossa kaikki eri tahot työskentelevät hyvässä yhteistyössä keskenään (Hirvonen 2011, 25).

Tehostetussa kotihoidossa painopiste on lääketieteellisessä ja sairaanhoidollisessa osaamisessa (Ikonen 2015, 73). Tehostetussa kotihoidossa työskentelee pääasiassa sairaanhoitajia, joilla kaikilla on oltava intravenosis-luvat (iv-luvat). Ilman iv-lupaa ei ole mahdollista toteuttaa suonensisäistä lääkehoitoa. (Hyry 2011, 41.) Tehostettu kotihoito vaatii työntekijältä vahvaa ammattitaitoa, sillä hän on linkki asiakkaan ja lääkärin välillä. Työntekijän ja lääkärin tulee luottaa toistensa ammattitaitoon ja päätöksentekoon, jotta asiakkaan hoito onnistuu parhaalla mahdollisella tavalla. (Hägg ym. 2007, 141.) Tehostetussa kotihoidossa on tärkeää, että asiakkaan hoidon suunnittelu on yksilöllistä ja että sama hoitaja käy kotikäynnillä mahdollisimman usein. Jos hoitajat vaihtuvat tiheästi, vaikuttaa se hoitosuhteen syntymiseen heikentävästi - hoitosuhteet jäävät hajanaisiksi. (Halonen 2012, 28.)

2.3 Tärkeimmät kotihoitoa ohjaavat lait ja suositukset

Eri valtakunnalliset lait ja suositukset ohjaavat kuntia reagoimaan yhteiskunnassa tapahtuviin muutoksiin ja kehittämään laadukkaita ikäihmisten palveluja. Seuraavassa on lyhyesti kuvattu minkälaisia lakeja ja suosituksia on annettu ikäihmisten palvelujen, lähinnä kotihoidon, järjestämiseksi, sillä tämä kehittämistyö keskittyy tehostetun kotihoidon toimintamallin kehittämiseen.

Kotihoito koostuu kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta. Kotipalvelutoimintaa säätelee sosiaalihuoltolaki (L1301/2014) sosiaalihuoltoasetuksineen (607/1983) ja kotisairaanhoitotoimintaa terveydenhuoltolaki (L1326/2010).

Sosiaalihuoltolain §:ssä 19 (1301/2014) kotipalvelun ja siihen liittyvien tukipalvelujen tarkoitus määritellään asiakkaan jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamiseksi ja niissä avustamiseksi. Kotipalvelua voivat saada henkilöt, jotka tarvitsevat sitä sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen toimintakykyä heikentävän syyn tai erityisen perhe- tai elämäntilanteen vuoksi. Lapsiperheitä lukuun ottamatta muilla ei sosiaalihuoltolain mukaan ole subjektiivista oikeutta kotipalvelun saamiseen. Kotipalvelua on kuitenkin myönnettävä muillekin, jos se on välttämätöntä henkilön hoivan turvaamiseksi. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 12 §.)

Kotipalvelun tukipalveluja ovat esimerkiksi ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, saattaja-, kuljetus-, asiointi-, siivous- ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut (Sosiaali- huoltoasetus 607/1983, 9 §). Peseytymisessä avustaminen on kotipalvelua, mutta sosiaalista kanssakäymistä edistävänä palveluna, on mahdollista järjestää tukipalveluna esimerkiksi käyntejä yleiseen saunaan. Kodin ulkopuolella asiakasta voidaan tukea esimerkiksi asioiden hoidossa. Tärkeää on, että lähtökohtana pidetään asiakkaan tukemista, ei puolesta tekemistä.

Terveydenhuoltolain §:ssä 25 puolestaan määritellään kotisairaanhoitopalvelu, joka voi perustua palvelu- ja hoitosuunnitelmaan tai olla tilapäistä, jolloin palvelu- ja hoitosuunnitelmaa ei tarvitse tehdä. Joka tapauksessa se on kunnan järjestämää moniammatillista yhteistyötä tehtävää terveyden- ja sairaanhoidon palvelua potilaan kotona tai kodinomaisessa yksikössä. Samaisessa terveydenhuoltolain pykälässä määritellään myös määräaikaisen tehostetun kotisairaanhoidon tarkoitus, jonka järjestämisestä voi vastata perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito tai molemmat yhdessä.

Laatusuosituksella hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi ja lailla ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista eli niin sanotulla vanhuspalvelulalla (tässä kehittämistyössä jatkossa käytettävä nimi) ohjataan kotihoitoon kuuluvia toimenpiteitä. Suosituksessa ja laissa tähdätään kotihoitoon panostamiseen ja laitoshoidon vähentämiseen tulevaisuudessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013a, 36; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 16.) Suositukset liittyvät valtion antamaan kuntien informaatio-ohjaukseen, eivätkä ne olla samalla tavalla velvoittavia kuin lait.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat kirjoittaneet laatusuosituksensa ikäihmisten palvelujen kehittämiseksi vuosina 2001, 2008 ja 2013. Vuoden 2013 laatusuositus tukee omalta osaltaan vuonna 2013 voimaan tulleen vanhuspalvelulain toimeenpanoa kunnissa. Tällä hetkellä kirjoitetaan taas uutta laatusuositusta, jossa on tarkoituksena täsmentää muun muassa henkilöstön laskenta- ja mitoitusperusteita sekä pohtia keinoja valtiovallan asettamien säästöjen aikaansaamiseksi. Uudistetun suosituksen pitäisi olla valmiina kuluvan vuoden lopussa. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2016.)

Perhe- ja peruspalveluministeri Juha Rehulan mukaan tämänhetkistä laatusuosituksia uudistetaan, jotta se vastaisi paremmin ikäihmisten palvelujen tämän päivän haasteita ja tavoitteita. Ministeri Rehula toteaa: ”Nyt on kotihoidon sisällön kehittämisen aika. Laatusuosituksella, kärkihankkeella ja monilla juuri uudistetuilla laeilla pyritään siihen, että iäkkäiden ihmisten on hyvä elää ja asua kotona. Sitä varten tarvitaan uusia ja innovatiivisia palvelumuotoja sekä joustavuutta henkilöstön työjärjestelyihin. Hyvällä johtamisella mahdollistetaan se, että henkilöstöä on sopiva määrä kaikissa työtilanteissa, myös kotihoidossa.” (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2016.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus antaa kunnille hyvän tietopohjan ja työvälineen, joita ne voivat käyttää ja soveltaa oman kuntansa iäkkäiden palveluja suunnitellessaan ja arvioidessaan. Laatusuositus tähtää asiakaslähtöisyyteen, ikäihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja palvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen. Laatusuosituksella kannustetaan ikäihmisiä osallistumaan ja vaikuttamaan sekä kehittämään palveluja. Suosituksella halutaan edistää myös eri ikäihmisten parissa työskentelevien toimijoiden yhteistyötä. Laatusuosituksella halutaan kiinnittää huomiota asennemuutokseen, ikäystävällisten asenteiden vahvistumiseen ja toiminnan eettiseen perustaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013a, 3, 8–10.)

Ikäihmisten palvelurakennemuutoksella tavoitellaan ikäihmisen kotona asumisen edistämistä. Siitäkin huolimatta, että muutosta on tehty, on Suomen ikäihmisten palvelurakenne edelleen laitospainotteisempi kuin monen muun Euroopan maan. Asumisen ongelmien vuoksi ikäihmisiä muuttaa asumaan sekä vanhainkoteihin että palveluasumisyksiköihin. Palvelurakennemuutos vaikuttaa sekä ikäihmisen elämänlaatuun ja palveluiden laatuun että sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin. Jos palvelurakennetta ei uudisteta, kustannusten kasvua on työlästä hillitä, sillä väestön ikärakenne muuttuu nopeasti ja samalla sosiaali- ja terveystalouden palvelujen tarve kasvaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013a, 22, 36, 57.)

Laatusuosituksessa painotetaan kotihoidon kuntouttavaa työtä. Kodin muutostöillä ja peruskorjauksilla sekä kotiin tarjottavilla palveluilla kunnat tukevat ikäihmisen kotona asumista. Turvallinen ja esteetön koti tukee ikäihmisen itsenäisyyttä, omatoimisuutta ja itsemääräämisoikeutta. Kodin tarpeellisten muutostöiden ja palvelujen turvin

ikäihmisen on mahdollista kuulua siihen yhteisöön, jonka hän on itse valinnut. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013a, 21–23, 34.)

Vuoden 2013 laatusuositukseen on kirjattu ikäihmisten palvelujen toteuttamisen valtakunnalliset tavoitteet, jotka kuntien on huomioitava asettaessaan omat tavoitteensa suhteessa kunnan asukkaiden tarpeisiin. Nämä tavoitteet käyvät ilmi alla olevasta taulukosta yksi (Taulukko 1).

Taulukko 1. 75 vuotta täyttäneiden asuminen vuosina 2005 ja 2011 ja asumisen valtakunnalliset tavoitteet vuonna 2017 (mukaellen Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013a, 39).

75 vuotta täyttäneet (%-osuus vastaavan ikäisestä väestöstä)	2005	2011	2017
Kotona asuvat	89,6	89,6	91,0 – 92,0
Säännöllistä kotihoitoa saavat (tilanne 30.11.)	11,2	12,2	13,0 – 14,0
Omaishoidon tukea saavat	3,7	4,4	6,0 – 7,0
Tehostetun palveluasumisen piirissä olevat	3,4	5,9	6,0 – 7,0
Vanhainkodissa tai terveyskeskuksessa pitkäaikaishoidossa olevat	6,8	4,4	2,0 – 3,0

Vanhuspalvelulaki säättää kotihoidon ikäihmisten ensisijaiseksi palvelumuodoksi täydennettynä muilla sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluilla (Laki 980/2012, 13 §; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 16). Vanhuspalvelulain yleinen tarkoitus on vahvistaa asiakkaan asemaa ja itsemääräämisoikeutta sekä edistää ikäihmisten palvelujen laadun valvontaa. Laki muun muassa parantaa ikääntyneen väestön hyvinvointia, toimintakykyä, omatoimista selviytymistä ja mahdollisuuksia osallistua elinympäristöönsä vaikuttavien päätösten valmisteluun ja palveluiden kehittämiseen kunnassa. Lisäksi laki edellyttää, että ikäihminen saa tarvitsemansa palvelut oikea-aikaisesti ja oikeanlaisina. (Laki 980/2012, 1 §, 13 §.)

Kunnilla tulee olla suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi. Suunnitelmassa tulee arvioida kunnan ikääntyneen väestön hyvinvointia ja määritellä tavoitteet ja toimenpiteet, joilla ikääntyneen väestön hyvinvointia tuetaan ja palveluja kehitetään. Li-

säksi suunnitelmaan tulee kirjata eri toimenpiteiden vastuutahot ja kunnan tekemä yhteistyö eri toimialojen, kuten julkisten tahojen, yritysten, järjestöjen ja yhteisöjen kanssa. (Laki 980/2012, 4–5 §; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 8–9.)

Kuntien tulee aktiivisesti tarjota neuvontaa ja muita hyvinvointia edistäviä palveluja ikäihmisille (Laki 980/2012, 12 §; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 14). Ikäihmisen palvelujen tarve tulee selvittää huolellisesti ja monipuolisesti ikäihmisen itsensä ja tarvittaessa hänen omaisensa/läheisensä kanssa (Laki 980/2012, 15 §; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 18; Valvira 2014, 2). Palvelu- ja hoitosuunnitelma, johon kirjataan ikäihmisen tarvitsemat palvelut, hoivan ja hoidon tavoitteet ja toimenpiteet tavoitteisiin pääsemiseksi, tehdään palvelutarpeen selvittämisen jälkeen. Ikäihmisen omat toiveet ja näkemykset palveluista tulee kirjata suunnitelmaan. (Laki 980/2012, 16 §; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 20–21.)

Ikäihmistien palvelujen laadun, turvallisuuden ja asianmukaisuuden varmistamiseksi ja kehittämiseksi tulee palveluissa, siis myös kotihoidossa, suorittaa omavalvontaa. Omavalvonnalla kyetään tunnistamaan, ehkäisemään ja korjaamaan palvelujen epävarmat ja riskiä mahdollisesti aiheuttavat tilanteet välittömästi. Omavalvontasuunnitelma tulee olla julkisesti nähtävänä. Kuntien on arvioitava tuottamiensa palvelujensa laatua ja riittävyyttä säännöllisellä palautesysteemillä, joka kohdistetaan palvelujen käyttäjiin, heidän omaisiinsa ja sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstöön. (Laki 980/2012, 6 §, 23 §; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013b, 9, 24–25.)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviran ja terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemien vanhuspalvelulain seurannan kuntakyselyjen tuloksissa keväällä 2013 ja syksyllä 2014 havaittiin, että kunnat ovat pyrkineet asiakaskeskeisimpiin ja kotihoitopainotteisimpiin ratkaisuihin. Lisäksi arviot kotihoidon palveluiden riittäväydestä kasvoivat. Palveluja tarjottiin entistä enemmän ikäihmisen kotiin tai muuhun kodinomaiseen asuinpaikkaan. (Alastalo, Noro, Mäkelä & Finne-Soveri 2014, 4.)

Tulosten mukaan ongelmia esiintyi edelleen päivittäisen avun tarjoamisessa kolmen ja neljän käynnin sekä viikonloppuina ja yöllä tapahtuvien käyntien kohdalla, joiden

määrät pysyivät ennallaan (Alastalo ym. 2014, 4). Kyselyn tulosten mukaan julkisista kotihoitoyksiköistä 35 %:a ja yksityisistä kotihoitoyksiköistä 60 %:a ei tarjoa yöaikaista hoivaa ja hoitoa. Valvira kehottaa kuntia huolehtimaan, että ikäihmisille tarjottavat palvelut vastaavat ikäihmisten palvelutarpeita ja että näiden on mahdollista saada tarvitsemansa palvelut mihin vuorokauden aikaan tahansa. (Valvira 2014, 1–2.)

2.4 Tehostetun kotihoidon vahvuuksia ja haasteita

Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedossa on, että tehostetun kotihoidon tapainen hoito parantaa asiakkaiden elämänlaatua. Asiakkaat haluavat elää omassa kodissaan mahdollisimman pitkään ja tehdä voitinsa mukaan omassa aikataulussaan normaaleja arjen askareita sairaudestaan huolimatta. Kotioloissa asiakas on yleensä aktiivisempi oman hoitonsa suhteen. (Halonen 2012, 28.) Asiakkaan läheisillä on tärkeä osuus tehostetun kotihoidon mahdollistajana, sillä asiakas on heidän vastuullaan hoitohenkilökunnan käyntien ja puhelinkontaktien välillä (Hirvonen 2010, 20). Omassa kodissaan asiakkaalla on paremmat mahdollisuudet normaaliin sosiaaliseen kanssakäymiseen ja yksityisyyteen kuin sairaalahoidossa ollessaan (Hirvonen 2011, 23; Ikonen 2015, 73).

Ikäihmisten kotona selviytymisen yksi uhkatekijä on turvattomuuden tunne. Sairaalaan kotiutumisen jälkeiset päivät ja yöt ovat kriittisimpiä. (Kivelä, Seittenranta & Jäntti 2007, 2–4.) Jo asiakkaan sairaalassaoloaikana tuleekin kiinnittää huomiota hänen kotiutumiseensa mahdollisesti liittyviin pelkoihin ja pyrittävä ehkäisemään niitä riittävällä tiedonjaolla tulevasta kotona tapahtuvasta hoidosta. Turvattomuuden tunne lisää asiakkaan paluuta kotihoidosta takaisin sairaalahoitoon (Hirvonen 2010, 48). Winterin (2012) tutkimuksessa nousi esille asiakkaan valinnanvapauden ja itsemääräämisoikeuden tärkeys eli asiakas sai itse päättää hoidettiin häntä sairaalaosaston ulkopuolella esimerkiksi kotonaan tai omassa ympärivuorokautisessa asuinpaikassaan, tehostetussa palveluasumisyksikössä tai vanhainkodissa.

Tehostetun kotihoidon on todettu vähentävän sairaaloiden vuodeosastojen ja päivystyspoliklinikoiden kuormittavuutta. Eri tutkimuksissa on niin ikään todettu tehostetun kotihoidon ehkäisevän sairaalabakteeritartuntojen lisäksi myös muita infektioita. Te-

hostetun kotihoidon asiakkaila ei ole myöskään tavattu niin paljon sekavuutta akuuttien sairauksien yhteydessä kuin sairaalassa hoidettavilla. (Hägg ym. 2007, 17, 143; Leppävuori 2012, 17.)

Aronen (2013) haastatteli tutkimuksessaan sekä kotisairaalan potilaita että työntekijöitä. Tutkimuksessa nousi hyvin esille potilaiden mielipiteet kotisairaalan laadusta; osa potilaista oli tyytyväisiä ja osa tyytymättömiä. Tyytymättömät potilaat kokivat, että hoitajat keskittyivät vain pelkkään ”tehtävään” eli syyhyn, miksi potilas oli yli-päätänsä kotisairaalan asiakas. Kotisairaalahoido ei heidän mukaansa ollut niin kokonaisvaltaista kuin sairaalassa toteutettava hoito. Yhtä mieltä kaikki vastaajat olivat siitä, että potilaita kohdeltiin yksilöllisesti. Samansuuntaisia tutkimustuloksia sai myös Halonen (2012) omassa pro gradu-tutkielmassaan.

Suurin osa kotisairaalan potilaista koki, ettei ollut saanut vaikuttaa omaan hoitoonsa (Halonen 2012; Aronen 2013). Arosen tutkimuksessa haastateltavat hoitajat ja esimiehet olivat asiasta kuitenkin toista mieltä. Lähtökohtana henkilökunta piti sitä, että potilas itse, jos kykenee, päättää hoidostaan ja hänen omat toiveensa ja tarpeensa huomioidaan mahdollisuuksien mukaan. Jatkossa potilaiden päätöksentekoa omasta hoivastaan ja hoidostaan on potilaiden mukaan mahdollistettava enemmän.

Asiakkaiden yhteyden saaminen lääkäriin koettiin haasteelliseksi (Halonen 2012; Winter 2012; Aronen 2013). Monelle asiakkaalle tieto lääkärin saatavuudesta tarvittaessa olisi jo riittänyt. Lääkärin rooli onkin keskeinen tehostetussa kotihoitotoiminnassa (Hirvonen 2010, 79). Hoitajien käytöksessä ei ollut moitittavaa, sillä he olivat helposti tavoitettavissa ja toimivat hoitotilanteissa kiireettömästi ja ammattitaitoisesti. Negatiivisena asiana koettiin hoitajien jatkuva vaihtuvuus. Toiveena olikin, että sama hoitaja kävisi asiakkaan luona mahdollisimman usein. Tämä ei kuitenkaan ollut mahdollista silloin, kun asiakas tarvitsi useamman kotikäynnin vuorokaudessa. (Halonen 2012.)

Kallion ja Miettisen (2014) tutkimuksessa haastateltiin Kuopion kotisairaalapilottihankkeeseen osallistuneita sairaanhoitajia ja ensihoitajia. Haastateltavien mukaan tärkeitä asioita kotisairaaloiminnan käynnistyessä olivat muun muassa myönteinen ilmapiiri, työntekijöiden saama mahdollisuus osallistua toimintamallin suunnitteluun

(esimerkiksi asiakasmäärärajaukset) ja positiivisista asioista kertominen. Organisaation, lähinnä helposti lähestyttävän esimiehen antama tuki, sitoutuminen ja arvostaminen oli ensiarvoisen tärkeää (Winter 2012; Kallio & Miettinen 2014).

Potilasturvallisuus oli työtehtäviä tehdessä tärkein asia (Kallio & Miettinen 2014). Eli työntekijöiden oman osaamisen arviointi ja omien vastuurajojen tunteminen oli tärkeää. Vaikka kotisairaalahoido olikin onnistunut vaihtoehto sairaalahoidon sijaan, haastateltavat korostivat kotisairaala-asiakkuuskriteeristöjen tärkeyttä. Tutkimuksessa korostettiin myös työntekijöiden hoidollisen työkokemuksen, ammattitaidon ja tiimityöskentelyn tärkeyttä. Moniammatillinen yhteistyö olivat kotisairaaloiminnan henkilöstön ammatillisia vahvuuksia. Työskentely kotisairaalassa mahdollisti työntekijän oman ammattitaidon kehittämisen ja työnkuvan monipuolistamisen. (Winter 2012.)

Asiakkaan kohtaaminen ja voinnin arvioiminen oli yksi tärkeimmistä ammatillisista vahvuuksista, jota tarvittiin kotisairaalatyöskentelyssä (Winter 2012; Kallio & Miettinen 2014). Jotta kotona tapahtuva työ oli ylipäätään mahdollista, oli uskallettava tehdä itsenäisiä päätöksiä asiakkaan hoitoon ja mahdollisiin jatkotoimenpiteisiin liittyen. Työyhteisö ei ollut asiakkaan kotona välittömästi tukemassa työntekijän tekemiä päätöksiä. (Kallio & Miettinen 2014.)

Asiakkaan selkeän palvelu- ja hoitosuunnitelman tekoon oli paneuduttava. Suunnitelman tuli olla valmiina ennen kuin kotisairaalasoinen hoito voitiin ylipäätään aloittaa. (Winter 2012; Aronen 2013.) Yksi alku onnistuneelle omaisyhteistyölle olisi esimerkiksi se, että omainen otetaan mukaan palvelu- ja hoitosuunnitelman tekoon. Näin toteutettuna omainen saisi samat tiedot potilaan hoivasta ja hoidosta kuin potilas itsekin. (Aronen 2013.)

Loppupäätelmänä Winterin (2012) tutkimuksesta voidaan todeta, että sekä tehostetun kotisairaanhoidotoiminnan asiakkaat että henkilöstö olivat pääosin tyytyväisiä toimintaan. Henkilöstön tyytyväisyys tuli esille muun muassa työssä onnistumisissa ja työssä jaksamisessa. Työnkiertoon kannustettiin ja työnohjaus mahdollistettiin. Tehostettu kotisairaanhoidotoiminta vaikutti myönteisesti myös yhteistyön lisääntymiseen sosi- ja terveystoimissa. Tehostetun kotisairaanhoidotoiminnan henkilöstö toi kehittämiskohteina esille työaikajärjestelyihin liittyviä asioita. Työaikapankin käyttöönottoa

ja virka-ajan ulkopuolisen päivystävän sairaanhoitajajärjestelmän kehittämistä muun muassa ehdotettiin.

Se, että kotisairaala-asiakasta hoidettiin tämän kotona, koettiin asiakkaalle inhimilliseksi ja yhteiskunnalle kustannustehokkaaksi, koska sairaalapaikat annettiin niitä enemmän tarvitseville (Winter 2012; Kallio & Miettinen 2014). Kustannustehokkuus näkyi selvänä sekä kustannusten että asiakkaiden lääkäripäivystyskäyntien määrän vähenemisinä ja nopeina kotiutuksina terveyskeskuksesta. Tehostettu kotisairaanhoidotoiminta oli myös inhimillistä, kun asiakkaat pyrittiin hoitamaan omissa asumispai-koissaan ja paikkasiirrot minimoitiin. (Winter 2012.)

2.5 Ikäihmisten hyvän kotihoidon malli

Kotihoidon hyvä malli pitää sisällään hyvän kotihoidon tavoitteet, toimintaperiaatteet, perustehtävät ja tulokset. Kotihoidon tavoitteet ja toimintaperiaatteet tulee miettiä sekä asiakasta että palvelujärjestelmää silmälläpitäen. (Tepponen 2009, 165.) Kotihoidon perustehtävissä jako tehdään asiakasryhmittäin: ennakkoiva ja ehkäisevä kotihoito, yksittäiset palvelut ja tilapäinen kotihoito, jatkuva kotihoito ja tehostettu kotihoito (Tepponen 2009, 165–166; Ikonen 2015, 16–18). Kotihoidon tulokset esitetään asiakkaan, palvelujärjestelmän ja yhteiskunnan kannalta (Tepponen 2009, 165–166).

Ennakoivaa ja ehkäisevää kotihoitoa ovat esimerkiksi monipuolinen palveluneuvonta, ikä-, seniori- tai vanhusneuvolat, ehkäisevät kotikäynnit, asunnon muutostyöt ja erilaiset harrastustoiminnat (Tepponen 2009, 166; Helin & von Bonsdorff 2013, 427, 435; Ikonen 2015, 12, 18, 101). Tähän asiakasryhmään kuuluvat omatoimiset ikäihmiset, joiden asiakkuus on kertaluonteista. Kunnassa tulee olla palveluneuvontapiste, josta saa tietoa kaikista alueen julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamista palveluista. Palveluneuvontaa kunnassa toteuttaa kunnan työntekijöiden lisäksi kolmas sektori, esimerkiksi eläkeläis-, kulttuuri- ja liikuntajärjestöt. Neuvontaa tulee antaa esimerkiksi ikäihmisten taloudellisten etuisuuksien hakuun ja asunnon muutostöiden tarvearviointiin. (Tepponen 2009, 166, 170–171; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013a, 27.) Ehkäisevillä kotikäynneillä kiinnitetään huomio ikäihmisen

terveydentilaan ja toimintakykyyn (Tepponen 2009, 170–171; Sarvimäki & Heimonen 2010, 24–25; Helin & von Bonsdorff 2013, 435; Ikonen 2015, 103).

Yksittäisten palvelujen ja tilapäisen kotihoidon asiakkaita ovat vähän apua tarvitsevat ikäihmiset, joiden asiakassuhteet ovat lyhytaikaisia. Nämä asiakkaat tarvitsevat yleensä erilaisia kotihoidon tukipalveluja, kuten siivous-, turva-, ateria-, päivätoiminta- ja sairaanhoitopalveluja. (Tepponen 2009, 166, 172; Ikonen 2015, 72.) Iso puute ikäihmisten kotona asumisen tukemisessa on siinä, etteivät kunnat tarjoa ikäihmisille riittävästi siivouspalveluja (Tepponen 2009, 166, 172; Paljärvi 2012, 83).

Jatkuvan kotihoidon asiakkaat ovat paljon jokapäiväistä hoivaa ja hoitoa tarvitsevia ikäihmisiä, joiden asiakassuhteet ovat jatkuvia. Ikäihmiset tarvitsevat kodinhoitoavun ja tukipalveluiden lisäksi apua esimerkiksi henkilökohtaisessa puhtaudessa, liikkumisessa (jalkeille tai liikkeelle auttamisessa), ruokailussa ja lääketieteellisissä tutkimuksissa ja hoidoissa. Kuntouttavassa kotihoidossa panostetaan ikäihmisen toimintakyvyn tukemiseen ja ulkoilumahdollisuuksien lisäämiseen. (Tepponen 2009, 166, 172–173; Ikonen 2015, 23.)

Tehostettu kotihoito suunnataan erittäin paljon apua tarvitseville ikäihmisille, joiden asiakkuus on jatkuvaa. Yleisimmin nämä asiakkaat ovat vaikeimmin sairaita ja heikkokuntoisimpia. Jatkuva hoiva ja hoito, kotisairaalahoito, tehostettu kotisairaanhoito, tehostettu kuntoutus ja saattohoito ovat esimerkkejä tämän ryhmän asiakkaille tarjottavista palveluista. Pienissä kunnissa tehostettu kotihoito on mahdollista toteuttaa esimerkiksi kotihoidon ja terveyskeskuksen vuodeosaston yhteistyönä. (Tepponen 2009, 166, 173; Ikonen 2015, 73–75.)

Tepposen (2009, 167) mukaan keskeisimmät kotihoidon puutteet liittyvät ympärivuorokautisen kotihoidon saatavuuteen, palvelujen hajanaisuuteen, kodinhoitoavun vähäisyyteen, teknologian hyödyntämättömyyteen sekä ennaltaehkäisevän ja sosiaalista toimintakykyä tukevien toimintojen riittämättömään saatavuuteen. Silloin, kun asiakkaan toimintakyky ja terveys tilapäisesti heikkenee, ei aina ole myöskään saatavilla tarpeeksi sairaanhoidollista apua.

Hyvän kotihoidon tavoitteena on asiakkaan kannalta tämän hyvä elämänlaatu eli hyvinvointi, toimintakyky, terveys ja tyytyväisyys elämään sekä kotona asumisen mahdollistaminen (Tepponen 2009, 167; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013a, 37). Yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän tasolla hyvällä kotihoidon mallilla pyritään rajoittamaan ikäihmisten tarvitsemien palvelujen kustannusten kasvua ja parantamaan palvelujen kustannusvaikuttavuutta. Hyvällä kotihoidolla pystytään ehkäisemään ja vähentämään asiakkaan joutumista kalliiseen erikoissairaanhoidon ja siirtämään myöhemmäksi tämän joutumista pitkäaikaiseen laitoshoidon. Suurin osa, esimerkiksi ikäihmisistä, haluaa asua omassa kodissaan. (Tepponen 2009, 167–168; Kehusmaa 2014, 12.)

Hyvän kotihoidon toteuttamisen ohjaaja on eheyttämisen eli integroinnin periaate. Palvelujärjestelmässä se tarkoittaa sitä, että toiminnan organisointi ja johtaminen on eheytettyä ja että monitoimijainen palvelujärjestelmä on sovitettu yhteen. (Tepponen 2009, 168.) Tähän päästään häivyttämällä eri organisaatioiden, palvelujen, ammattiryhmien ja muiden toimijoiden rajapinnat. Asiakkaan kannalta tarkoitus on luoda palvelukokonaisuus, joka on eheä ja vastaa asiakkaan tarpeita. Hyvää kotihoitoa ohjaavat ennakoinnin, ongelmien ehkäisyn ja varhaisen puuttumisen periaatteet, jotka velvoittavat estämään ja ehkäisemään hoivan ja hoidon tarvetta sekä puuttumaan ongelmiin ajoissa ennakoivilla, ehkäisevillä ja kuntouttavilla työotteilla. (Tepponen 2009, 168; Helin & von Bonsdorff 2013, 441.)

Priorisointi eli palvelujen ensisijaistaminen on yksilöä, yhteiskuntaa ja palvelujärjestelmää koskeva periaate. Kotihoitoa tulee tarjota ensisijaisesti kaikkein huonokuntoisimmille, iäkkäimmille tai avuttomimmille asiakkaille (Tepponen 2009, 168; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010, 37; Ikonen 2015, 20, 28), unohtamatta kuitenkaan ennakoivien ja ehkäisevien palvelujen kohdentamista hyväkuntoisille ja nuoremmille asiakkaille. Asiakkaiden on saatava riittävästi tarvitsemaansa kotihoitoa. Yhteiskuntatasoa ajatellen kotihoitoa on tarjottava oikeudenmukaisesti ja tasa-arvoisesti taloudelliset mahdollisuudet huomioiden kaikille niille, jotka palvelua tarvitsevat. (Tepponen 2009, 168–169.)

Asiakas- ja tarvelähtöisessä kotihoidossa unohdetaan standardipalvelut ja annetaan kotihoitoa asiakkaille ja asiakasryhmille heidän tarpeidensa, toiveidensa ja vaatimustensa

mukaisesti. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja vapaus valita korostuu. Ikäihmisille tulee taata mahdollisuus osallistua yhteiskuntaan ja vaikuttaa palveluiden suunnitteluun aktiivisesti esimerkiksi vanhusneuvostoissa ja asiakasraadeissa. Ikäihmisen omia fyysisiä, psyykkisiä, kognitiivisia ja sosiaalisia voimavaroja tulee aktivoida ja tukea toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Tepponen 2009, 169; Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto 2013a 17–19.)

Hyvän kotihoidon mallia käytettäessä tuloksena saadaan fyysiseltä, psyykkiseltä, kognitiiviselta ja sosiaaliselta toimintakyvyltään ja terveydeltään hyvinvoiva asiakas, joka kokee elämälaatuksa hyväksi ja on tyytyväinen elämäänsä. Hyvin toimiva kotihoito on myös kustannustehokas. Sillä on mahdollista siirtää ikäihmisen joutumista raskaampaan ja kalliimpaan palvelumuotoon, esimerkiksi tehostettuun palveluasumisyksikköön tai laitoshoittoon, tai ainakin siirtää sitä tuonemmaksi. (Tepponen 2009, 166–169; Kehusmaa 2014, 12.) Hyvällä kotihoidon mallilla saadaan aikaiseksi myös eheä palvelukokonaisuus sekä hyvinvoivat työntekijät (Tepponen 2009, 166–169; Helin & von Bonsdorff 2013, 442).

3 LAITILAN KAUPUNGIN IÄKKÄIDEN PALVELUT

Tämän kehittämistyön toimintaympäristönä on Laitilan kaupungin iäkkäiden palvelut, jotka tarjoavat avo- ja laitospalveluja laitilalaisille ikäihmisille huomioiden heidän elämäntilanteestaan ja toimintakyvystään johtuvat palvelutarpeet.

Kotihoito on jakautunut maantieteellisesti kolmeen kotihoitoryhmään, Kanervaan, Kattajaan ja Kuusamaan. Iäkkäiden palveluissa työskentelee yksi omaishoidon lomittaja. Laitila on mukana maakunnallisessa perhehoitoyksikkötoiminnassa, jossa isäntäkuntana toimii Kaarina. Laitilassa toimii vanhuspalvelulain mukainen muisti- ja palveluneuvontapiste.

Laitilan kaupungin ylläpitämiä iäkkäiden tehostettuja palveluasumisyksiköjä ovat 18-paikkainen Pihlajakoto ja 19-paikkainen Koivukoto. Lisäksi iäkkäiden tehostetussa

palveluasumisessa on käytössä palveluseteli, joka on kunnan yksi tapa järjestää tehostettua palveluasumista kunnan omien palvelujen lisäksi. Sosiaalihuoltolain mukaisia laitospalveluja järjestetään 52-paikkaisessa vanhainkodissa, Kaukolankodissa. Vanhainkodista Laitila omistaa 38 asukas-, Pyhäranta 11 asukas- ja Rauma 3 asukaspaikkaa.

3.1 Laitilan ikääntyneen väestön palveluiden järjestämissuunnitelma

Tämänhetkinen Laitilan ikääntyneen väestön palveluiden järjestämissuunnitelma on voimassa vuosina 2013-2016. Suunnitelmaa on päivitetty kerran vuodessa. Uuden suunnitelman laadinta vuosille 2017-2020 on aloitettu. Tuleva suunnitelma tulee ulottumaan vuodelle 2020 asti, koska vielä ei ole täyttä varmuutta suunnitteilla olevan valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ja maakuntien perustamisen voimaantuloista.

Laitilan ikääntyneen väestön palveluiden järjestämissuunnitelma antaa sekä kuntapäätäjille, henkilöstölle että kuntalaisille tietoa Laitilan kaupungin iäkkäiden palveluista. Suunnitelmasta saa selville, miten Laitilan kaupunki järjestää ja kehittää tulevina vuosina ikääntyvien kuntalaisten palveluja. (Laitilan kaupungin www-sivut 2016.)

75 vuotta täyttäneiden laitilalaisten määrä lisääntyy koko ajan (Taulukko 2) ja lisääntyy entisestään niin sanottujen suurten ikäluokkien saavuttaessa 75 vuoden iän. Laitilan ikääntyneen väestön palvelujen peittävyys arvioinnin tulosten mukaan säännöllistä kotihoitoa saavien asiakkaiden määrä tulee lisääntymään. Uusia pitkäaikaisia laitoshoidon paikkoja ei lähivuosikymmeninä tarvita. (Laitilan kaupungin www-sivut 2016.)

Taulukko 2. Laitilalaisten 75 vuotta täyttäneiden määrä (Sotkanet 2016)

Päiväys	75 vuotta täyttäneiden laitilalaisten määrä
23.5.2011	847
7.10.2013	905
2.11.2015	917
7.11.2016	954

Vuosien 2013-2016 järjestämissuunnitelman keskeinen tavoite on saavuttaa kaikissa palvelumuodoissa valtakunnallinen ikääntyneen väestön laatusuosituksen mukainen palveluiden peittävyys (Laitilan kaupungin www-sivut 2016). Taulukossa kolme (Taulukko 3) on esitetty laitilalaisten 75 vuotta täyttäneiden palvelujen asiakasmäärät palvelumuodoittain. Asiakasmäärät perustuvat vuosina 2011, 2013, 2015 ja 2016 tehtyihin RaVa-poikkileikkaustutkimuksiin. Taulukko neljä (Taulukko 4) kertoo saman asian prosenttiosuuksittain ja kuvaa lisäksi eri palvelumuotojen valtakunnalliset tavoitteet.

Taulukko 3. Laitilalaisten 75 vuotta täyttäneiden palvelujen asiakasmäärät palvelumuodoittain (RaVa-poikkileikkaustutkimus 2011, 2013, 2015 ja 2016)

Palvelumuoto	23.5. 2011	7.10. 2013	2.11. 2015	7.11. 2016
Säännöllistä kotihoitoa saavat	88	105	99	105
Omaishoidontukea saavat	22	28	29	32
Tehostetun palveluasumisen piirissä olevat	47	64	73	73
Vanhainkodissa olevat	35	38	41	40
Terveyskeskuksessa pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat	4	4	0	3

Taulukko 4. Laitilalaisten 75 vuotta täyttäneiden palvelujen peittävyiden % -osuudet palvelumuodoittain (RaVa-poikkileikkaustutkimus 2011, 2013, 2015 ja 2016)

Palvelumuoto	23.5. 2011	7.10. 2013	2.11. 2015	7.11. 2016	Valtakunnallinen tavoite
Kotona asuvat	89,9 %	88,3 %	87,6 %	88,2 %	91 – 92 %
Säännöllistä kotihoitoa saavat	10,4 %	11,6 %	10,8 %	11,0 %	13 – 14 %
Omaishoidontukea saavat	2,6 %	3,1 %	3,2 %	3,4 %	6 – 7 %
Tehostetun palveluasumisen piirissä olevat	5,6 %	7,1 %	8,0 %	7,7 %	6 – 7 %
Vanhainkodissa tai terveyskeskuksessa pitkäaikaishoidossa olevat	4,6 %	4,6 %	4,5 %	4,5 %	2 – 3 %

Laitilan ikääntyneen väestön palvelujen tavoitteet, keinot, mittarit, aikataulut ja vastuhenkilöt on kuvattu suunnitelmassa seuraavissa osa-alueissa: ikääntyneiden henkilöiden hyvinvointi, henkilöstön hyvinvointi, palvelujen järjestämisen taloudelliset ja muut voimavarat ja palvelurakenne (Laitilan kaupungin www-sivut 2016).

Ikäihmisten syrjäytymistä ja yksinäisyyttä ehkäisevät palvelut ovat tärkeä kehittämiskohde. Yksinasuvien ikäihmisten määrä lisääntyy ennusteiden mukaan. Kotona ja erilaisissa ryhmissä tapahtuva fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen on tärkeää. Sosiaali- ja terveystoimen lisäksi myös muiden hallintokuntien (esimerkiksi sivistystoimi, tekninen toimi), seurakunnan ja kolmannen sektorin palvelut ovat merkityksellisiä. Yksinasuviin on Laitilassa kiinnitetty aiempaa enemmän huomiota vuodesta 2015 lähtien, jolloin kaupungin työntekijä on ollut yhdessä kolmannen sektorin kanssa järjestämässä ystäväpiirejä yksinäisille ikäihmisille. Ystäväpiirejä järjestetään myös kuluvana vuonna. (Laitilan kaupungin www-sivut 2016.)

Ikäihmisten määrän lisääntyessä myös muistisairaiden määrä lisääntyy. Muistihoitajan työpanos sekä toimiva ja katkeamaton muistisairaiden hoitoketju tehostavat Alzheimerin taudin diagnosointia ja lääkityksen aloittamista. Vanhainkodissa toimivan demen-tiayksikön lisäksi tullaan tulevaisuudessa tarvitsemaan uusi hoitoyksikkö nimenomaan

käytöshäiriöisille muistisairaille. Erityisosaamista vaativana yksikkönä tämä palvelu voitaisiin järjestää muuna kuin lähipalveluna. (Laitilan kaupungin www-sivut 2016.)

Laitilan ikääntyneen väestön palvelujen yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi on kirjattu ikäihmisten kotona asumisen mahdollistaminen mahdollisimman pitkään tarjoamalla kotiin kotihoitoa, omaishoitoa ja muita sosiaali- ja terveydenhuollon avopalveluita. Ikäihmisten itsenäistä selviytymistä pyritään tukemaan myös turvateknologian käytön lisäämisellä. Kotihoidossa tehtävä työ muuttuu koko ajan sisällöltään vaativammaksi. Kahden autettavien asiakkaiden määrä tulee lisääntymään ja kotona hoidetaan yhä huonokuntoisempia asiakkaita. Laitilan kaupungin tavoitteena on lisätä kotihoitoa saavien asiakkaiden määrää ja vähentää ympärivuorokautisten tehostettua palveluasumispaikkaa tai laitospaikkaa tarvitsevien määrää. (Laitilan kaupungin www-sivut 2016.)

Laitilan kaupungilla ei ole ympärivuorokautista kotihoitoa. Ikäihmisen lähellä asuvia omaisia on kannustettu osallistumaan omaisensa hoivaan ja hoitoon. Tämänhetkisillä kotihoidon henkilöstöresurssilla ei ole pystytty toteuttamaan juurikaan ennaltaehkäisevää vanhustyötä, vaan kaikki resurssit on käytetty niin sanottuun ”korjaavaan” vanhustyöhön. Pelkkä henkilöstön määrän kasvattaminen ei vuosi toisensa jälkeen riitä, vaan tapaa työskennellä tulee myös kehittää. (Laitilan kaupungin www-sivut 2016.)

Vaikka laitoshoitopaikkojen määrä Laitilassa on vähentynyt viimeisen kuuden vuoden aikana, on kunnassa laatusuosituksen (2013) ja vanhuspalvelulain (2012) mukaan silti liian paljon laitoshoitopaikkoja, jotka tulisikin pitkällä tähtäimellä muuttaa tehostetun palveluasumisen paikoiksi. Laitosvastaisuuden ollessa kovin voimakasta valtakunnallisessa ikäihmisten palveluajattelussa, on kuitenkin muistettava myös se, että osalle ikäihmisistä tarkoituksenmukaisin hoitomuoto on laitoshoido. (Laitilan kaupungin www-sivut 2016.)

Tehostettu palveluasumispaikka ei ole ikäihmisen edun mukainen silloin, kun ikäihminen on elämänkaarensa loppuvaiheessa, eikä pysty miltään osin hyödyntämään itsemääräämisoikeuttaan. Tehostetun palveluasumisen ja pitkäaikaisen laitoshoidon osalta kehittämisen painopiste on palvelujen laadun varmistamisessa. Tavoitteena on, että terveyskeskusosastolla hoidetaan ainoastaan äkillistä sairaanhoitoa tarvitsevia

ikäihmisiä. Kenenkään asumispaikka ei voi olla terveystieteiden osasto. (Laitilan kaupungin www-sivut 2016.)

3.2 Laitilan kaupungin kotihoito

Laitilan kaupungin kotipalvelu ja kotisairaanhoidot ovat yhdistyneet kotihoidoksi keväällä 2010. Yhdistämisen tavoitteena oli sosiaali- ja terveystoimen toiminnallinen ja hallinnollinen yhdistäminen, jolloin palvelut pystyttäisiin järjestämään järkevämmiin ja kustannukset olisivat paremmin hillittävässä. Kotihoito toimii sosiaalitoimen alaisuudessa. Tässä kehittämistyössä Laitilan kaupungin kotihoidon kuvaus perustuu kotihoidosta tehtyyn laatukäsikirjaan.

Kotihoidon yleisimmille ikäihmisille tarjotut palvelut jakautuvat kotihoitoapuun ja tukipalveluihin. Kotihoitoapua on kahdenlaista, tilapäistä tai jatkuvaa ja säännöllistä. Pitkäaikainen kotihoitoapu perustuu aina asiakkaan ja omaisten/läheisten sekä kunnan välille laadittuun palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Kotihoito on maksullista. Jatkuvasta ja säännöllisestä kotihoidosta perittävä maksu koostuu palvelun laadusta ja määrästä, palvelun käyttäjän maksukykyistä sekä perheen koosta. Tilapäisestä kotihoidosta peritään kunnan vuosittain päättämä kohtuullinen kertamaksu. Kotona annettavasta palvelusta perittävä maksu ei saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia todellisia kustannuksia.

Laitilan kotihoidon tarkoitus on avustaa asiakasta omassa kodissaan asumisen, henkilökohtaisen hoidon ja hoidon sekä muiden tavanomaisten elämään kuuluvien tehtävien tekemisessä. Tavoitteena on auttaa, tukea ja kuntouttaa asiakasta selviytymään mahdollisimman pitkään ja hyvin omassa kodissaan omien omaistensa/läheistensä ja muun sosiaalisen verkostonsa kanssa. Kotihoitoasiakkaiden sairaanhoitotyötä ohjaa kotihoidon lääkäri.

Laitilan kotihoidon palveluajatuksella tavoitellaan asiakkaan hyvää elämänlaatua tukemalla hänen itsemääräämisoikeuttaan ja omatoimisuuttaan. Palvelussa pyritään eettisyyteen ja asiakaslähtöisyyteen ottamalla huomioon myös eri yhteistyötahot kuten sosiaalitoimi, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidot. Kaikessa asiakastyössä

käytetään kuntouttavaa työtettä. Henkilökunnan ammattitaito ja oikea henkilökunta-
mitoitus vaikuttavat osaltaan palvelujen laatuun. Asiakkaalle on annettava myös laa-
tuaikaa (lähellä olo, kuunteleminen ja keskusteleminen). Hoitajien varma, rauhallinen,
ystävällinen ja arvostava käytös on tärkeää asiakkaan luottamuksen syntymiselle ja
turvallisuuden kokemiselle.

Asiakkaan palveluntarpeen tultua esille, arvioidaan se mahdollisimman pikaisesti, luot-
tettavasti ja oikeudenmukaisesti. Palveluarviointi pyritään tekemään viimeistään seu-
raavan täyden työviikon aikana yhteydenotosta. Ei-kiireellisissä tapauksissa kunnan
on järjestettävä pääsy palvelutarpeen arviointiin 75 vuotta täyttäneille ja kansaneläke-
lain mukaista erityishoitotukea saaville viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä yhtey-
denotosta. Kiireellisissä tilanteissa kaikkien palvelujen tarve on iästä riippumatta arvi-
oitava viipymättä.

Palvelut pyritään järjestämään niin nopeasti kuin mahdollista, viimeistään:

- perustason säännölliset kotihoitopalvelut kahden täyden työpäivän aikana yhtey-
denotosta
- tilapäisen kotihoidon odotusaika pisimmillään kaksi täyttä työpäivää
- muut tilapäiset avunpyynnöt viiden täyden työpäivän aikana yhteydenotosta

Kotihoitoryhmän lähiesimiehenä toimii sairaanhoitaja. Muu henkilöstö työskentelee
hoitaja-, kodinhoitaja-, kotiavustaja- tai perushoitajanimikkeellä. Kotihoidossa työskentelee myös vanhusten neuvonta- ja palvelupisteestä vastaava ja muistihoitajana toi-
miva sairaanhoitaja. Kotihoidon vakituisen henkilöstön määrä on 32. Lisäksi tällä het-
kellä pidempiaikaisissa määräaikaisissa työsuhteissa 31.12.2017 asti kotihoidossa
työskentelee kolme hoitajaa ja yksi fysioterapeutti. Kotihoidon esimiehenä toimii avo-
palvelujohtaja.

Kotihoidon toimintaympäristöön kuuluu koko Laitilan kaupungin alue. Jokaisella lai-
tilalaisella on asuinpaikasta riippumatta oikeus saada tarvitsemansa kotihoito kotiinsa
arkisin klo 7.00–21.00 ja viikonloppuisin ja arkipyhisin klo 7.00–21.00 välillä niin
pitkään kuin se on mahdollista tai taloudellista ja muista painavista syistä tarkoituk-
senmukaista järjestää kotona.

Kotihoidossa toteutetaan kuntoutumista edistävää työtettä. Kuntoutumista edistävä työote perustuu asiakkaan ja työntekijän yhdessä päivittäisissä toimissa tekemiseen. Asiakas käyttää omia voimavarojaan ja kotihoitohenkilökunta avustaa vain niissä toiminnoissa, joista asiakas ei itse selviydy. Käytännön työtilanteissa kotihoitohenkilökunta huolehtii siitä, että asiakas selviytyy päivittäisistä toiminnoistaan (pukeutuminen, peseytyminen, wc-käynnit, ruokailu, liikkuminen, lääkkeiden otto, sairaanhoidolliset toimenpiteet) mahdollisimman pitkään omatoimisesti. Asiakas osallistuu mahdollisuuksiensa mukaan myös kodinhoidollisiin tehtäviin (tiskaus, vaatehuolto, vuoteen petaus/vuodevaatteiden vaihto, siivoaminen) ja hoitaa itse omat kauppa-, pankki- ja apteekkiasiansa.

Kotihoidossa on tavoitteena ottaa käyttöön vuosien 2017-2018 aikana optimointijärjestelmä ja mobiilisovellukset. Kotihoidon optimointi ja mobiili tehostaa toimintaa; pienemmillä resursseilla enemmän asiakastyötä. Optimoinnin tarkoituksena on tehostaa työtehtävien jakamista ja muutosten hallintaa huomioimalla asiakastarpeet ja henkilöstön määrä sekä tuottaa reaaliaikaista seurantatietoa. Mobiili on tarkoitettu henkilöstön työvälineeksi muun muassa asiakaskäyntien kirjaamiseen asiakkaan kotona, tilaustoimiseen, raportointiin ja päivittäisten tehtävien jakamiseen.

Laitilan kaupungin sosiaalitoimi on mukana ajalla 1.9.2016-1.2.2017 innovatiivisten sähköisten palvelujen ja logistiikan kunta-hankkeessa. Hankkeessa otetaan käyttöön uusia sähköisiä palveluja kotihoidossa. Sähköiset palvelut perustuvat tablet-tietokoneiden ja ruokapostilaatikoiden käyttöönottoon. Tavoitteena on, että ikäihminen saa yhdellä tablettikosketuksella yhteyden kotihoidon henkilökuntaan ja omaisiin. Hankkeen avulla edistetään myös sähköistä ruokakauppaa. Hankkeen avulla voidaan lisätä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottavuutta ja edistää erityisesti ikäihmisten itsenäistä kotona-asumista.

3.3 Laitilan kaupungin kotihoidon asiakasprosessi

Laitilassa kotihoidon asiakkuus perustuu palvelutarpeen arviointiin, jonka useimmiten tekee sairaanhoitaja ja/tai avopalvelujohtaja. Tällä hetkellä kotihoidon palvelujen pii-

riin pääsyn edellytyksenä on, että asiakas liikkuu vähintään yhden auttamana tarvittaessa apuvälineitä avuksi käyttäen, kykenee selviytymään wc-käynneistä itsenäisesti ja kykenee syömään itse. Palvelutarpeen arvioinnissa käytetään RaVa-toimintakykymittaria ja tarvittaessa muitakin mittareita kuten myöhäisiän depressioseulaa ja muistitestejä. Kotihoitoon on laadittu kotihoidon kriteerit.

Asiakkaaksi tulovaiheessa perehdytään asiakkaaseen ja hänen tilanteeseensa. Uuden asiakkaan tulon palvelujen piiriin päättää aina avopalvelujohtaja. Tulovaiheessa asiakkaalle ja hänen omaisilleen/läheisilleen kerrotaan erilaisista palvelu- ja hoitomahdollisuuksista, asiakasmaksuperusteista ja palvelu- ja hoitosuunnitelman tarkoituksesta ja laatimisesta. Asiakkaaksi tulovaihe sisältää asiakkaan ja hänen omaisten/läheisten tarpeiden, toiveiden ja odotusten selvittelyn. Tavoitteena on tunnistaa asiakkaan tilanne, tarpeet ja toiveet mahdollisimman tarkasti. Yhdessä keskustellen suunnitellaan asiakkaan elämäntilannetta, toimintakykyä ja kotona selviytymistä tukevia toimia. Asiakkaaksi tulovaiheessa sovitaan tarvittavasta ohjauksesta, tuesta, palveluista, hoivasta ja hoidosta.

Sopimisen vaiheessa asiakkaalle laaditaan kirjallinen palvelu- ja hoitosuunnitelma. Suunnitelmaan kirjataan muun muassa asiakkaan lähiomainen- ja asianhoitaja/edunvalvojatiedot, sairaudet, aistitoiminnot, mieliala ja muisti sekä liikkumiskyky. Suunnitelmasta selviää myös, mistä päivittäisistä toiminnoista asiakas suoriutuu itsenäisesti ja mitä tukipalveluja ja sosiaali- ja terveyspalveluita asiakkaalla on käytössään. Suunnitelmaan kirjataan asiakkaan ja omaisten/läheisten toivomukset ja näkemykset palvelutarpeesta, vastuutyöntekijän nimi, hoivan ja hoidon tavoitteet ja erityishuomioidut sekä omaisten/läheisten osallistuminen hoivaan ja hoitoon, kotihoidon käynnit ja tehtävät, maksuluokka sekä suostumus tietojen vaihtamiseen eri yhteistyötahojen kanssa.

Laitilan kaupungin kotihoidossa asiakas käyttää tarvitsemiaan palveluja kolme-neljä viikkoa ennen kuin kirjallinen palvelu- ja hoitosuunnitelma tehdään. Tuossa ajassa on mahdollista nähdä, mitä ja kuinka usein asiakas palveluja tarvitsee. Sopimisvaiheessa asiakkaan ja hänen omaistensa/läheistensä kanssa keskustellen asetetaan yhdessä asiakkaan hoivan ja hoidon tarpeet tärkeysjärjestykseen. Tarpeiden myötä sovitaan hoivan ja hoidon tavoitteet ja toimenpiteet tavoitteisiin pääsemiseksi. Tavoitteiden tulee

olla yhteisesti määriteltyjä, realistisia, asiakkaan omia voimavaroja huomioivia, kuntouttavia ja motivoivia.

Kirjallisen palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisen jälkeen sosiaalitoimen kanslisti valmistelee kotihoidon maksupäätöksen tulokset tuloselvityksestä saatujen tietojen mukaisesti. Koti- ja/tai tukipalveluista tehdään aina myös avopalvelujohtajan viranhaltijapäätös. Maksupäätökset ja tuloselvitykset sekä viranhaltijapäätökset säilytetään kaupungintalolla, sosiaalitoimiston arkistossa. Asiakkaiden palvelu- ja hoitosuunnitelmista on kopia sekä asiakkaan kotona asiakkaan hoitokansiossa että kotihoitohenkilökunnan taustakotuvalla. Alkuperäinen palvelu- ja hoitosuunnitelma säilytetään sosiaalitoimistossa.

Asiakaskohtaiset hoiva- ja hoitomuutokset ja voinnin vaihtelut työntekijät kirjaavat potilastietojärjestelmä Efficaan. Avopalvelujohtajalla on käytössään Pro Consona vanhustyö-ohjelma, jonka kautta kotihoidon laskutus tällä hetkellä hoidetaan. Kotihoidon asiakkaiden käyttämien palvelujen tuntimäärää seurataan kuukausittain. Jokainen kotihoidon työntekijän tekemä kotikäynti tilastoidaan asiakaskohtaisesti päivittäin Efficaan. Laskutuksen ja varsinaisen tilastoinnin hoitaa sosiaalitoimiston kanslisti.

Toimintavaiheessa toteutetaan palvelu- ja hoitosuunnitelmassa yhteisesti sovittuja asioita yhteisymmärryksessä asiakkaan ja hänen omaistensa/läheistensä kanssa. Kirjallinen suunnitelma ohjaa kaikkia työntekijöitä kaikissa työvuoroissa. Jokainen työntekijä on velvollinen päivittämään tarvittavat muutokset palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Hyvä palvelu- ja hoitosuunnitelma joustaa ja elää arjen tilanteiden ja tarpeiden sekä asiakkaan toimintakyvyn mukaan.

Seuranta- ja arviointivaiheessa asiakaskohtaista palvelu- ja hoitosuunnitelmaa tarkistetaan ja päivitetään säännöllisesti (vähintään kerran vuodessa) ja sovitusti yhteisymmärryksessä suunnitelman laatimiseen osallistuneiden kanssa. Tarkistuksesta ja päivityksestä huolehtivat vastuutyöntekijät, jotka kutsuvat koolle muut tarvittavat tahot. Uuden asiakkaan ja ”vanhan” asiakkaan palvelutarpeen muuttuessa järjestetään perusterveydenhuollossa hoitoneuvottelu ennen asiakkaan kotiutumista sairaalajaksolta. Jos asiakas kotiutuu suoraan erikoissairaanhoidosta, hoitoneuvotteluja ei yleensä järjestetä. Hyvä kotihoito edellyttää moniammatillista yhteistyötä.

Päätämisyvaiheessa asiakkaan kotihoidon tarve päättyy. Yleisimmin asiakkuus päättyy siihen, kun asiakas siirtyy tehostettuun palveluasumisyksikköön, laitoshiitoon tai kun asiakas kuolee. Asiakkuus päättyy myös silloin, kun asiakas pärjää kotonaan omin avuin. Asiakkuuden päättyttyä muodostuneet asiakirjat arkistoidaan arkistosäännösten mukaisesti. Ne asiakirjat, joiden säilyttämiseen ei ole perusteita, hävitetään silppuamalla. Palvelu- ja hoitosuunnitelmien arkistoinnista huolehtii avopalvelujohtaja.

Yhteistyö asiakkaan omaisten/läheisten kanssa korostuu hoitosuhteen alkaessa. Yhteiset keskustelut asiakkaan tarpeista, toiveista ja entisistä tavoista antavat hyvän pohjan kotihoidon jatkotyöskentelylle. Samalla asiakas ja omainen ja läheinen saavat tietoa kotihoidon tavasta ja mahdollisuuksista toteuttaa hoiva- ja hoitotyötään. Esimerkiksi kotihoidossa toteutettavasta kuntouttavasta työotteesta kertominen heti hoitosuhteen alussa vähentää väärinymmärryksiä.

On tärkeää muistaa, että omainen on asiakkaan läheisin ihminen siitäkin huolimatta, vaikka hoitajan ja asiakkaan suhde olisi kuinka hyvä ja läheinen. Onnistunut yhteistyö asiakkaan omaisen/läheisen kanssa on tärkeää asiakkaan hyvinvoinnille. Yhteistyön onnistumisen edellytyksenä on, että hoitajien ja omaisten/läheisten näkemys asiakkaan parhaasta on sopusoinnussa asiakkaan oman näkemyksen kanssa. Kotihoidossa asiakkaan itsemääräämisoikeus oman hoivan ja hoidon suhteen on poikkeustapauksia lukuun ottamatta tärkein hoitoa määrittelevä asia.

Laitilan kaupungin kotihoidon tukipalveluita ovat ateria-, turvapuhelin-, kylvytys-, vaatehuolto-, asiointi- ja imurointipalvelu (kuukausimaksuasiakkaille). Tukipalvelumaksut vahvistetaan säännöllisesti kerran vuodessa muiden sosiaali- ja terveyspalvelumaksujen kanssa. Laskutuksen hoitaa sosiaalitoimiston kanslisti kerran kuukaudessa.

4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUS

4.1 Kehittämistyön tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämistyöni aihe on tilaus työnantajaltani Laitilan kaupungilta. Tarkoitukseni on kehittää Laitilan kaupungin tehostetun kotihoidon toimintamalli iäkkäiden palveluiden rakenneselvityksen pohjalta hyödyntäen samalla aiempia tutkimus- ja teorianäköaloja. Iäkkäiden palvelurakenneselvitys on tehty kokonaan omana työnä iäkkäiden palveluissa työskentelevän henkilöstön kanssa.

Laitilan kaupunki ei lähtenyt keväällä 2015 mukaan Vakka-Suomen alueelliseen kotisairaalahankkeeseen, jossa oli tarkoituksena kehittää kotisairaaloimintaa ja luoda kotisairaaloimintamalli osana alueen terveyskeskusten vuodeosastojen toimintojen uudistamistyötä. Laitilan kaupungilla oli halu yhdistää kotisairaaloiminta osaksi kaupungin omaa kotihoitoa ja omaa terveyskeskuksen osastohoitoa.

Laitilan kaupungin tehostetun kotihoidon tavoitteena on vapauttaa terveyskeskusosaston potilaspaiikkoja niitä enemmän tarvitseville ja samalla tarjota yksilöllistä ja erityisosaamista vaativaa hoitoa asiakkaalle tämän omaan kotiin tai kodinomaiseen asumisyksikköön. Tällöin tehostettu kotihoito on muita avohoidon palveluja täydentävä kotihoidon vaihtoehto, joka mahdollistaa vuodeosastohoitoa tarvitsevan/vaativan asiakkaan hoitamisen kotona silloin, kun asiakas itse ja hänen omaisensa ovat siihen halukkaita. Tehostettua kotihoitoa kehitettäessä perimmäisenä tavoitteena on oltava kyky hoitaa asiakkaita mahdollisimman paljon erikoissairaanhoidosta suoraan kotiin, ei niinkään perusterveydenhuollon tasoisten vuodeosastopaikkojen lisäämisessä.

Iäkkäiden hoivan ja hoidon painopiste kautta valtakunnan on siirtymässä sairaalahoitosta kotihoitoon. Hoiva- ja hoitotyötä tullaan tekemään siis entistä enemmän ihmisten omilla koteillaan. Tämä aiheuttaa luonnollisesti suuria kehittämistarpeita muun muassa kotihoidon palveluihin ja asunnon muutostöihin. (Myller 2011, 8.) Jotta pystymme Laitilan kaupungissa vastaamaan väestön ikääntymisen myötä lisääntyneisiin sosiaali- ja terveystalouden kasvuun ja hillitsemään kustannuksia sekä toteuttamaan

asiakaslähtöistä kotihoitoa, on työntekijöiden, päättäjien, asiakkaiden ja heidän omaistensa/läheistensä ymmärrettävä kotihoidon kehittämisen tarve.

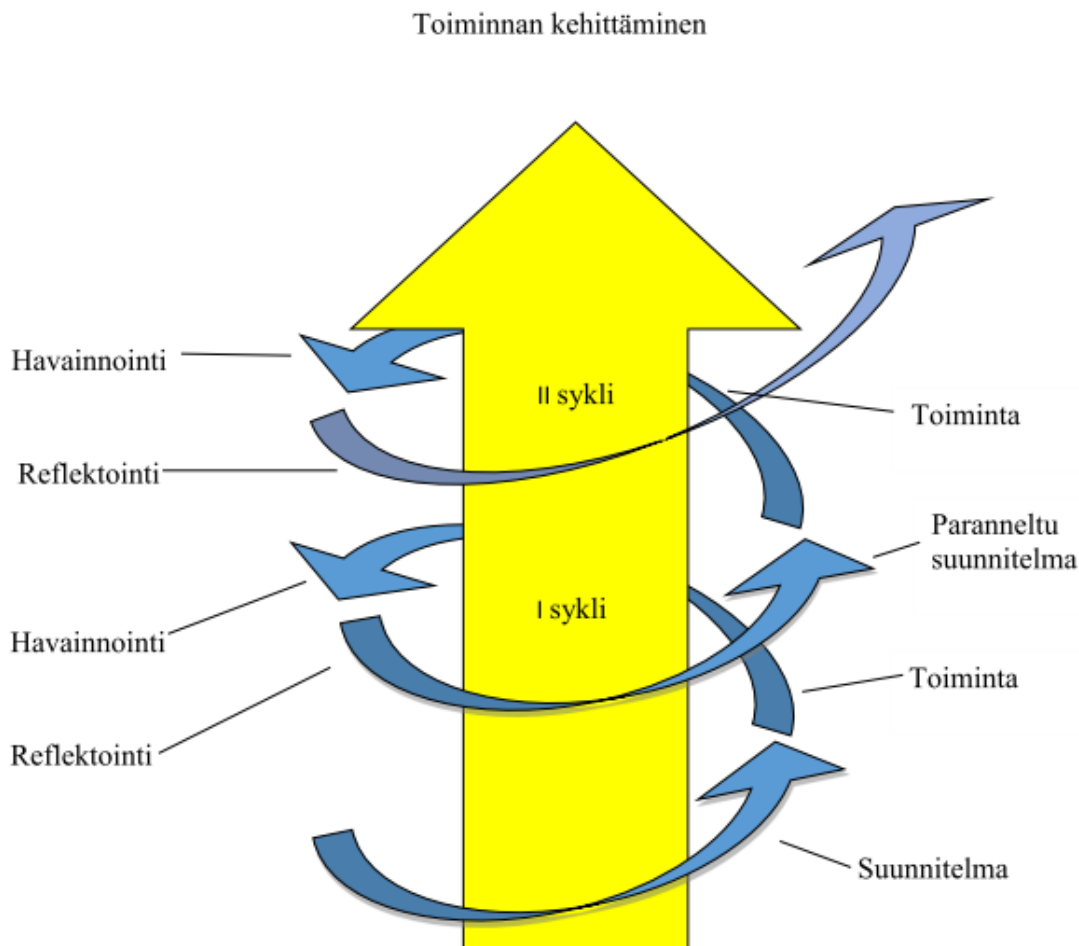
4.2 Toimintatutkimus kehittämismenetelmänä

Kehittämistyöni tutkimuksellinen ote on toimintatutkimus, sillä se soveltuu erinomaisesti työelämään liittyviin kehittämishankkeisiin. Toimintatutkimuksellisen lähestymistavan valitseminen oli luonnollista, sillä tarpeena oli kehittää Laitilan kaupungin iäkkäiden palveluja ja tutkija tunsu organisaation jo ennestään hyvin. Toimintatutkimukselle on tyypillistä toiminnan ja tutkimuksen samanaikaisuus; teoria ja käytäntö ovat rinnakkain. Toimintatutkimus liittyy käytännön työelämän ongelmiin, niiden tiedostamiseen ja eliminoimiseen. Se sopii hyvin työelämän tilanteisiin, joissa teoretietoa yhdistämällä pyritään kehittämään toimintaa. (Anttila 2006, 440.)

Toimintatutkimuksen kohteena on ihmisten sosiaalinen toiminta, joka pohjautuu vuorovaikutukseen ja yhteistyöhön. Ihmisten toimintaa ohjaa yhteinen näkemys toiminnasta ja sen tarkoituksesta. Toimintatutkimuksessa sosiaalisen yhteisön jäsenet pyrkivät itse- ja yhteisöreflektoinnilla kehittämään yhteisönsä toimintakäytäntöjä. (Heikkinen 2007, 16–17; Heikkinen 2015, 211.) Uutta tietoa syntyy suurelta osin niissä aidoissa toimintaympäristöissä, joissa toiminta tapahtuu (Toikko & Rantanen 2009, 42). Reflektointi on tuttujen toiminta- ja ajattelutapojen perusteiden pohtimista. Toimintatutkimus antaa työvälineitä ratkaista toiminnassa esille tulevia ongelmia. Siinä suunnitellaan ja kehitellään uusia toimintatapoja, siksi se onkin yleensä ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti. (Heikkinen 2007, 16–17; Heikkinen 2015, 211.)

Heikkinen (2007, 36) toteaa toimintatutkimuksen olevan prosessi, jossa ei olla kiinnostuneita vain siitä, miten asiat ovat, vaan siitä, miten niiden tulisi olla. Toimintatutkimuksen prosessivaiheet eroavat tavanomaisesta tutkimusprosessista, sillä se hahmotetaan usein syklinä eli spiraaleina, jonka eri vaiheet vuorottelevat kehämäisesti toisiinsa (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 78–79; Kananen 2008, 82–83; Toikko & Rantanen 2009, 66–67; Holloway & Wheeler 2010, 232–236; Työturvallisuuskeskus

2014, 20–21; Heikkinen 2015, 211–213). Toiminnan kehittäminen etenee spiraalimaisesti toiminnan ja ajattelun linkittyminä peräkkäisinä suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektoinnin ja uudelleensuunnittelun sykleinä (Kuvio 1).



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen vaiheet (mukaellen Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 81).

Toimintatutkimus on tulevaisuuteen katsovaa ja jo toteutuneen toiminnan havainnointia ja arviointia. Sykli voi alkaa mistä tahansa vaiheesta. (Holloway & Wheeler 2010, 232–236.) Saatujen kokemusten perusteella suunnitellaan järkeä käyttämällä paremmin toimiva uusi toimintamalli (Heikkinen 2007, 35). Kehittämisen sykleillä ei ole päätepistettä, vaan paremmat käytännöt ovat aina tilapäisiä, koska toimintaympäristön muututtua on jälleen kehitettävä uusia ja parempia käytäntöjä. Tästäkin huolimatta tutkijan on kuitenkin lopetettava työnsä siten, että sillä on alku, keskikohta ja perusteltu loppu. (McNiff & Whitehead 2006, 203; Heikkinen 2007, 29.) Usein puhutaan siitä,

että kehittämisen tuloksellisuus riippuu siitä, kuinka monta eri sykliä kehittämissprosessin aikana ehditään toteuttaa (Toikko & Rantanen 2009, 67).

Toimintatutkimus voidaan toteuttaa monilla eri tavoilla. Toimintatutkimuksessa tutkija on tutkimuksessa sisällä ja toimii samalla myös yhteisön jäsenenä (Heikkinen 2007, 30; Kananen 2008, 83; Toikko & Rantanen 2009, 91; Työturvallisuuskeskus 2014, 21; Heikkinen 2015, 214). Perinteisesti tutkija hankkii käyttämänsä aineiston ulkopuolisesta näkökulmasta ja tekee päätelmiään sen pohjalta. Toimintatutkija puolestaan käyttää omia ja muiden havaintoja tutkimusmateriaalin sijasta tai sen lisäksi eli hänelle oma välitön kokemus on osa aineistoa. (Heikkinen 2007, 20; Vilka 2007, 20.)

Tutkijan on havainnoitava laajasti; katseltava ja kuunneltava. Koska ei ole mahdollista havaita kaikkea, mitä ympäristössä tapahtuu, tutkija joutuu tekemään valintoja. Se, mitä ja miten tutkija havainnoi, vaikuttaa tutkimusmateriaalin lopputulokseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 98.) Toimintatutkimuksessa käytetään yleensä tutkimusmenetelmänä toimijoiden välisiä yhteisiä keskusteluja, joita käydään koko prosessin ajan (Kananen 2008, 83; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 62). Tutkijan ymmärrys tutkimuskohteesta muodostuu hiljalleen (Heikkinen 2007, 20).

Yleensä toimintatutkija yhdistelee sekä teorian että käytännön näkökulmia. Usein hänen sanotaankin olevan tutkijan ja toimijan välimaastossa. Käytännön työssä toimintatutkija osallistuu muutosprosessiin ja pyrkii vaikuttamaan kehitettävään työyhteisöön osallistumalla tutkimusaineiston tuottamiseen. (Huovinen & Rovio 2007, 94–95.) Tässä kehittämistyössä tutkija toimi konkreettisena, aktiivisena osallistujana yhdessä muiden jäsenten kanssa.

Kehittämistoiminnassa pyritään myös hiljaisen tiedon esille saamiseen. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että koko työyhteisö sitoutuu kehittämiseen. (Toikko & Rantanen 2009, 40–41.) Kehittäminen on koko työyhteisön tehtävä, ei vain johdon (Metsämuuronen 2006, 102; Toikko & Rantanen 2009, 8; Romppanen & Kallasvuo 2011, 178; Ojasalo ym. 2015, 11). Kun otetaan mukaan ne henkilöt, joita kehittäminen koskee, muutosvastarinta yleensä hälvenee (Kananen 2012, 70). Tutkimuksellinen toimintatapa vaatii työyhteisöltä valmiutta muutoksiin ja itsensä kehittämiseen. Samanaikaisesti on kiin-

nitettävä huomiota oman toiminnan kriittiseen tarkasteluun. (Rintala 2011, 40.) Toikon ja Rantasen (2009, 45) mukaan ainoastaan yhteisellä kehittämisellä ja muutosvalmiudella saadaan aikaan toimintaympäristöön sopivia, hyviä käytäntöjä.

4.3 Työkonferenssimenetelmä toimintatutkimuksessa

Tehostetun kotihoidon toimintamallin kehittäminen vaatii yhteistyössä tehtäviä ja työntekijöistä lähteviä kehittämismenetelmiä. Koska tämä kehittämistyö on haluttu pitää vuorovaikutteisena, on työmenetelmänä käytetty työkonferenssimallia (Lehtonen 2004, 15; Työturvallisuuskeskus 2014, 32). Työkonferenssilla tavoitellaan koko työyhteisön sitouttamista kehittämiseen kehittämisen alusta lähtien. Työkonferenssin perusajatus on siinä, että konferenssiin osallistujat yhteistyössä kehittävät työvälineitä oman ymmärryksensä parantamiseksi ja uusien työkäytäntöjen kehittämiseksi. (Toikko & Rantanen 2009, 104–106.)

Työkonferenssiin kannattaa ottaa mukaan sellaisia työntekijöitä, joilla on päätöksenteko-oikeuksia, joita kehittämistyö koskee, jotka voivat estää kehittämistyön ja joilla on tietoa kehitettävistä asioista. Työkonferenssiin osallistuvat eivät ole pelkkien toimintojen kohde, vaan he itse toiminnallaan vaikuttavat asioihin. (Lehtonen 2004, 37; Työturvallisuuskeskus 2014, 15, 34.) Usein kehittämisprojekteissa järjestetään useampi yksittäinen työkonferenssi (Työturvallisuuskeskus 2014, 10).

Työkonferenssi on erityinen ryhmätyömenetelmä, jonka tärkein työkalu on avoin keskustelu ja vuoropuhelu eli dialogi. Työkonferenssiin osallistujat ovat yleensä eri ammattikuntien edustajia. Henkilöstöä ajatellen hyvässä yhteistoiminnassa on kyse siitä, että henkilöstö saa itse vaikuttaa, kun suunnitellaan jotain uutta ja valmistellaan päätöksentekoa. (Lehtonen 2004, 15–18; Toikko & Rantanen 2009, 104–106; Työturvallisuuskeskus 2014, 5, 10–11, 28, 34.) Työkonferenssissa vaihdetaan kokemuksia, käsitellään erilaisia näkemyksiä ja opetellaan ymmärtämään muiden osallistujien toimintakulttuuria. Osallistujat ovat samanvertaisia, olipa heidän työtehtävänsä ja asemansa työorganisaatioissa mikä tahansa. (Lehtonen 2004, 15–16; Toikko & Rantanen 2009, 104–105, Työturvallisuuskeskus 2014, 5.)

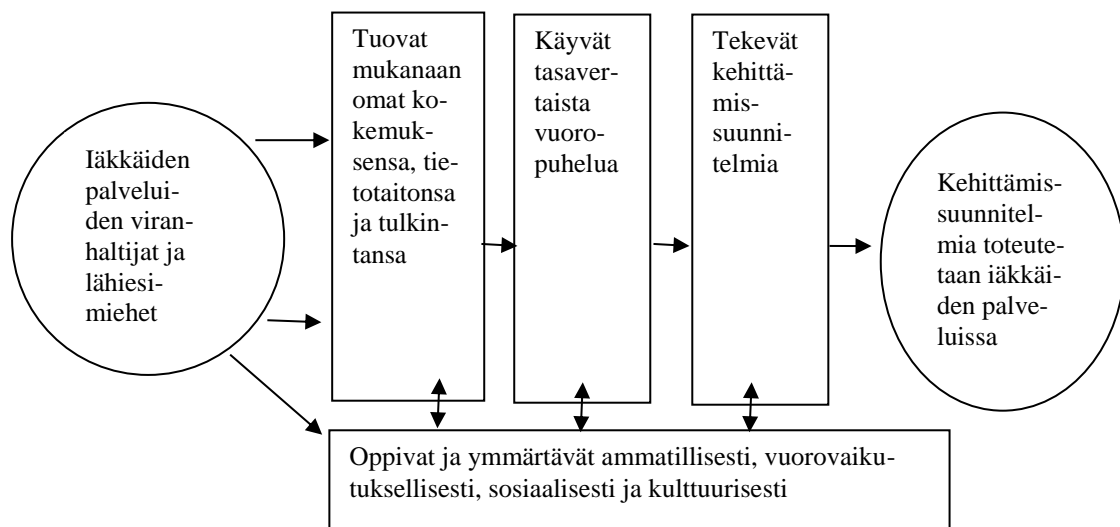
Osallistava johtaja antaa henkilöstön käyttää omia voimavarojaan muutostilanteissa. Henkilöstön pitääkin saada itse olla toiminnan tekijä, eikä vain kohde siinäkin tapauksessa, vaikka ulkoapäin annetut päämäärät olisivatkin sellaisenaan hyväksyttäviä ja järkipäisiä (Työturvallisuuskeskus 2014, 28, 34). Jos henkilöstö ei itse pääse mukaan kehittämistoimintaan, vaan kehittämistoimenpiteet tulevat kokonaan ulkopuolelta, esimerkiksi esimiehiltä, muutosvastarintaa ilmenee varmasti.

Osallistujien rooli korostuu työkonferenssimenetelmässä. Se, että osallistuja on paikalla, ei yksinään riitä, vaan hänen tulee osallistua aktiivisesti keskusteluun ja tukea myös toisia osallistujia tuomaan omat näkökulmansa esille. Kukaan ei voi osallistua ainoastaan paperilla, vaan mielipiteet ja kokemukset tulee sanoa ääneen. (Lehtonen 2004, 15–18; Työturvallisuuskeskus 2014, 5, 10–11.) Työkonferensseissa tuotetaan asiasisältöjä siis sekä puhumalla että kirjoittamalla. Työkonferenssissa tiedottaminen on nopeaa, sillä jokainen osallistuja saa tiedot käsitellyistä asioista suoraan ja yhtäaikaisesti. (Työturvallisuuskeskus 2014, 10, 30.)

Työkonferenssissa tutkija osallistuu itse keskusteluun ja herättelee ja aktivoi osallistujia keskustelemaan. Tutkijan tehtäviin kuuluu usein myös huolehtia siitä, että keskusteluissa syntyy todella jotain uutta ja että jokainen osallistuja ymmärtää, mistä keskustellaan. (Toikko & Rantanen 2009, 105; Työturvallisuuskeskus 2014, 37.) Työkonferenssi perustuu yleiskeskusteluun ja pienissä ryhmissä tapahtuvaan keskusteluun (Toikko & Rantanen 2009, 104). Jokaisen osallistujan oikeus ja mahdollisuus osallistua keskusteluun on työkonferenssimenetelmän vaikuttavuuden perusta.

Työkonferenssissa vuorovaikutustilanteen tulee olla mahdollisimman avoin ja tasavertainen, jotta keskustelulla on toivottu vaikutus. Jokaisen osallistujan on hyväksyttävä, että muiden osallistujien perustelut asioihin saattavat olla parempia kuin hänen omat perustelunsa. Jokaisen osallistujan näkemykset ovat tärkeitä ja arvokkaita eli erilaiset mielipiteet on hyväksyttävä. Keskusteluissa tulee päästä yhteisymmärrykseen, jonka jälkeen puhe muutetaan yhteistoimintaan perustuviksi käytännön toimenpiteiksi. (Vartiainen & Pulkkis 2004, 62–68; Työturvallisuuskeskus 2014, 10–12, 37.)

Työkonferenssi on menetelmänä käytäntöjä muuttava. Voidaan ajatella, että työkonferenssi on samalla niin demokraattisten vuorovaikutusten oppimisfoorumi kuin muutosta tavoitteleva interventiokin. Jos käytännön toimenpiteitä ei tehtäisi, typistyisi työkonferenssi ainoastaan keskusteluksi. Siksi onkin tärkeää, että dialogi luo pohjan yhteiselle kehittämiselle. (Vartiainen & Pulkkis 2004, 62–68; Työturvallisuuskeskus 2014, 10–12, 37.) Laitilan kaupungin iäkkäiden palvelurakenneselvityksen yhteydessä toteutettujen työkonferenssien idea on esitelty kuviossa kaksi (Kuvio 2).



Kuvio 2. Laitilan kaupungin iäkkäiden palvelurakenneselvityksen yhteydessä toteutettujen työkonferenssien idea (mukaellen Lehtonen 2004, 18; Työturvallisuuskeskus 2014, 13).

Ensimmäisessä työkonferenssissa käynnistetään kehittäminen organisaation lähtötilanteen, kehittämistyössäni iäkkäiden palvelujen, kartoituksella. Organisaation johdon ei tule antaa tarkkoja odotuksia ja vaatimuksia kehittämistyölle, vaan osallistujat tekevät sen itse. Keskeiset kehittämiskohteet on kuitenkin hyvä määritellä, jotta osallistujat oivaltavat, että kehittämistyö vaatii oman aikansa ja kehittämisen suunnittelun ja käytännön yhdistämisen. Näin toimien saadaan aikaan uusia työkäytäntöjä, eikä vain ”etsitä sellaista, joka ei ole vielä tiedossa”. Tässä vaiheessa ei vielä laiteta asioita tärkeysjärjestykseen tai peräänkuuluteta niiden toteuttamiskelpoisuutta. Tarvittavaa priorisointia ja karsimista tehdään myöhemmin. Työkonferenssista saatavaa aineistoa pitää analysoida ja jäsenellä koko ajan, jotta kehittämisen punainen lanka, tässä kehittämistyössä palvelurakenneselvitys ja tehostettu kotihoidon toimintamalli, saavutetaan. (Työturvallisuuskeskus 2014, 30–35.)

Seuraavana vaiheena ovat ryhmätehtävät, joissa käydään läpi kehittämistoiminnan tavoitteet, kehittämistarpeet sekä keinot saavuttaa toivotut päämäärät. Osallistujat itse määrittelevät kehittämiskohteet ja tavoitteet ja etsivät niille ratkaisut. (Vartiainen & Pulkkis 2004, 68–69; Toikko & Rantanen 2009, 104–105.) Näin toteutettuna tulokset ovat osallistujien vastuulla. Konferenssia päätettäessä sovitaan jatkotoimenpiteistä. Työkonferenssin painopiste on kaikille samanlaisissa ryhmätehtävissä. Konferenssit eivät sisällä luennointia, eivätkä ne pyri parantamaan yksittäisen työntekijän auktoriteettiasemaa. Kaikilla osallistujilla on lähtökohdat huomioon ottaen tarvittava osaaminen, jotta heidän keskusteluun osallistumisensa on mahdollista. (Työturvallisuuskeskus 2014, 45–48.)

Työkonferenssin jokainen vaihe on yksi toimintatutkimuksen tunnuspiirteisiin kuuluvista sykleistä (Toikko & Rantanen 2009, 66–67). Tässä kehittämistyössä työkonferenssin tavoitteena oli tehdä iäkkäiden palvelurakenneselvitys sekä samalla kehittää tehostetun kotihoidon toimintamalli. Syklinen eteneminen auttaa ymmärtämään kehittämisen eri vaiheet, joten oli tärkeää, että kaikissa työkonferensseissa oli samat osallistujat (Anttila 2006, 440), pääasiassa iäkkäiden palvelujen viranhaltijat ja lähiesimiehet. Tärkeää oli myös huomioida, että jokainen työyksikkö on erilainen, eikä näin ollen hyviä työkäytäntöjä voida sellaisenaan siirtää suoraan, hienosäätämättä, toiseen työyksikköön. (Työturvallisuuskeskus 2014, 17.)

4.4 Kehittämistyön lähtötilanteen kartoittaminen

Tämä kehittämistyö, tehostetun kotihoidon toimintamallin kehittäminen, toteutui Laitilan kaupungin iäkkäiden palvelurakenneselvityksen yhteydessä. Laitilan kaupungin talousarvioon vuodelle 2016 oli sisällytetty iäkkäiden palveluiden kokonaisselvityksen tekeminen 30.4.2016 mennessä. Iäkkäiden palveluita koskeva kokonaisselvitys koski kaikkia iäkkäiden palveluita (ennaltaehkäisevät, kotihoito, tehostettu palveluasuminen, laitoshoido, perusterveydenhuolto). Palvelurakenneselvitystä varten perustettiin palvelurakenneselvitystyöryhmä, joka koostui sosiaali- ja terveystieteistä, ylläpitäjistä, iäkkäiden palvelujen johtavista viranhaltijoista ja lähiesimiehistä.

Kehittämistyön tutkimusmateriaali on muodostunut työkonferenssien muistioista, ryhmätöiden vastauksista, keskusteluista, havainnoimisesta, tutkijan tekemistä omista muistiinpanoista ja kirjallisuudesta. Muistiot ja keskustelut ovat kirjallisuuden lisäksi ensiarvoisen tärkeitä tiedonvälittäjiä ja niiden pohjalta olen tutkijana työstänyt tehostetun kotihoidon toimintamallia. Koska osa palvelurakenneselvitystyöryhmän muistioista sisälsi salassa pidettäviä asioita, ei muistioita julkaista tässä kehittämistyössä. Tähän kehittämistyöhön olen nostanut esille nimenomaan kotihoitoon liittyviä asioita.

Tämän kehittämistyön ulkopuolelle on työn lyhyen keston vuoksi jäänyt toimintatutkimuksen perusmalliin sisältyvät uusien toimintatapojen käytännön toteuttaminen, toteutuksen havainnointi, reflektointi ja edelleen muokkaus. Jatkossa uusi tehostetun kotihoidon toimintamalli on tarkoitus juurruttaa käytännön työhön opastuksen ja koulutuksen avulla.

4.5 Työryhmätyöskentely

Pääasiassa lähiesimiehistä, sosiaali- ja terveysjohtajasta, ylilääkäristä, Kaukolankodin johtajasta ja avopalvelujohtajasta koostuva palvelurakenneselvitystyöryhmä kokoontui neljä kertaa. Työkonferenssien sihteerinä toimi sosiaalitoimiston kanslisti. Kokoontumisten kesto vaihteli kolmesta tunnista koko työpäivän kestävään kokoontumiseen. Varsinaiset kokoontumistilat olivat neutraaleja eli emme kokoontuneet kenenkään työpaikalla. Kokoontumiset pidettiin yleisillä paikoilla esimerkiksi kaupungintalon valtuustosalissa ja Työelämän monipalvelukeskus Palkkeessa.

Työkonferensseissa pääasiallisena kehittämismenetelmänä toimi avoin dialoginen keskustelu ja yhteistyö. Mielestäni konferensseissa vallitsi yleisesti hyvä ilmapiiri ja iloinen puheensorina. Tavoitteena ryhmätyöskentelyn aikana oli vuorovaikutuksen ja verkostoitumisen lisääntyminen muiden sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Dialogisilla menetelmillä työryhmän jäsenet oppivat, miten omaa, työyhteisön ja iäkkäiden palveluja voidaan yhdessä kehittää ja arvioida. Kaikissa ryhmätöissä ryhmät valitsivat keskuudestaan keskustelujen kirjaajan ja tulosten esittäjän. Jokaisen ryhmätyön jälkeen oli koko työryhmän yhteinen tehtävien purku.

Työryhmässä sai olla eri mieltä. Muutamia ristiriitoja, joita tuli esille, käsiteltiin avoimesti keskustelemalla. Eri mieltä olemiset tulivat esille siinä, että puhuttiin toisen päälle tai korotettiin ääntä. Yhdenkään työryhmän jäsenen puheoikeutta ei varsinaisesti missään vaiheessa rajattu, mutta konferenssien puheenjohtaja saattoi välillä hienovaraisesti ohjata keskustelua takaisin päivän teemaan. Kaikki työryhmän jäsenet tunsivat toisensa etukäteen. Toisilleen työryhmän jäsenten tarkat työnkuvat eivät kuitenkaan olleet aivan selviä työryhmätyöskentelyn alussa.

Työkonferenssien välillä työryhmän jäsenet välittivät tietoa palvelurakenneselvityksen etenemisestä omille työyksiköilleen. Tässä kehittämistyössä iäkkäiden palvelujen viranhaltijat ja lähiesimiehet osallistuivat työkonferensseihin ja muu iäkkäiden palvelujen henkilöstö muodosti pienryhmiä, jotka toimivat työkonferenssien välillä. Ensimmäiseen työkonferenssiin liittyvä ennakkotehtävä piti toimittaa etukäteen word-pohjalle kirjoitettuna sosiaali- ja terveystoimintajohtajalle. Muut ennakkotehtävät tuli käydä työyksiköissä läpi siten, että lähiesimies toi seuraavassa työkonferenssissa esille työyksikön mielteitä, ajatuksia ja toiveita työkonferensseissa käsitellyistä ja käsiteltävistä asioista. Jokaisen konferenssin lopuksi sovittiin aina seuraavan työkonferenssin ajankohdasta.

Ensimmäisen työkonferenssin aluksi sosiaali- ja terveystoimintajohtaja kertoi kokoontumisten tarkoituksesta, kaupungin yleisistä taloudellisista tavoitteista ja iäkkäiden palvelujen tavoitteista. Miten saamme palvelut tehokkaammin ja laajemmin tuotettua. Lisäksi sosiaali- ja terveystoimintajohtaja tiedotti yhteistoimintalain mukaisista neuvotteluista, jotka koskivat nimenomaan iäkkäiden palvelurakenneselvitystä.

Silloin, kun kokoontumisten tarkoitus ja tavoitteet on määritelty ja jokainen kokoontumiseen osallistuja on myös niistä selvillä, kokoontumisen kulkua ja toimintaa on helpompi johtaa. Kun tehdään tärkeitä päätöksiä, on pyrittävä siihen, että päätökset tehdään yhteisymmärryksessä. Vuorovaikutuksen ja yhteistyön tuleekin aikaansaada sellainen lopputulos, jonka kaikki osallistujat voivat hyväksyä. Lopputulos ei muodostu suoraan kenenkään näkökulmasta, vaan on paras mahdollinen kompromissi. Parhaimmillaan voidaan aikaansaada ratkaisu, joka poikkeaa täysin aikaisemmista näkökulmista.

Jokainen iäkkäiden palveluiden työyksikkö oli saanut tätä ensimmäistä työkonferenssia varten ennakkotehtävän (Liite 1). Tehtävä liittyi vuoden 2016 talousarvioon kirjattuihin tavoitteisiin, joista yksi suuri tavoite oli iäkkäiden palveluita koskevan kokonaisuuden tekeminen. Ennakkotehtävässä pyydettiin jokaista työyksikköä miettimään kokonaisvaltaisesti iäkkäiden palvelujamme, ei siis vain oman työyksikön kannalta. Mitkä ikäihmisten palvelut toimivat hyvin, mitkä vaativat kehittämistä ja mitä muita nyt jo olemassa olevien palvelujen lisäksi tulisi olla? Ennakkotehtävää varten sosiaali- ja terveysjohtaja oli laatinut valmiin word-pohjan, johon yksikön vastaukset tuli kirjata. Valmiit vastaukset lähetettiin sähköpostilla sosiaali- ja terveysjohtajalle. Vastausten antaminen oli koettu selvästi tärkeäksi jokaisessa työyksikössä, sillä yksikään työyksikkö ei jättänyt vastaamatta.

Ennakkotehtävästä oli tehty yhteenveto, jonka sosiaali- ja terveysjohtaja jakoi kokouksissa. Kotihoitoon liittyvistä asioista päällimmäisiksi nousivat kuntouttavan työotteiden tärkeys, huonokuntoisten asiakkaiden määrän lisääntyminen, kotona asumisen mahdollistaminen toimintakyvyn huonontuessaakin, kuntouttavan ja toimintakykyä tukevan päivätoiminnan ja yhdessä asiakkaan kanssa kaupassa käynti-palvelun kehittäminen, teknologian hyödyntäminen, kotihoidon henkilöstön työaikojen porrastaminen, toimintakykymittarien säännönmukainen käyttäminen, lääkäripalvelujen lisäresurssoinnin tarve, tehostetun kotihoidon käynnistäminen ja yöajanturvamahdollisuuksien selvittäminen. Työryhmän jäsenten eleistä ja ilmeistä päätellen yhteenveto herätti monenlaisia ajatuksia, joista ei kuitenkaan tässä vaiheessa vielä lähdetty keskustelemaan.

Seuraavaksi lähiesimiehet jaettiin sattumanvaraisesti neljään eri ryhmään ja osallistujat miettivät, miten iäkkäiden palveluja kehitetään eteenpäin ja mitä se vaatii käytännössä. Erilaisia ehdotuksia kirjattiin yhteensä neljäkymmentä. Ehdotukset vaihtelivat yksittäisiin työyksikköihin kohdistuvista ehdotuksista laajempiin koko iäkkäiden palvelujen kokonaisuuksiin. Mitään ehdotusta ei jätetty huomioimatta, vaan kaikki kirjoitettiin muistioon. Suurin osa ehdotuksista vaikutti toteuttamiskelpoisilta eli esteitä niiden toteuttamiselle ei todellisuudessa ollut. Kyse oli vain tahtotilasta ja nykyisten työkäytäntöjen muutoshalukkuudesta.

Havainnoin jo heti ensimmäisessä työkonferenssissa, että ryhmätyöskentely lisäsi lähiesimiesten yhteisöllisyyttä. Työryhmän jäsenet vaihtoivat aktiivisesti keskenään mielipiteitä ja kyselivät toisiltaan perusteluja, jos jotkut mielipiteet ja näkemykset jäivät askarruttamaan mieltä. Ryhmässä työskentely ei ole aina helppoa, sillä se vaatii osallistujilta vuorovaikutustaitoja, kuten toisten mielipiteiden kuuntelemista ja kunnioittamista sekä kykyä tuoda esille myös omia ajatuksiaan ja mielipiteitään. Silloin, kun kokee ryhmänsä turvalliseksi, on helppo ilmaista itseään. Työkonferenssin lopuksi sovittiin, että jokainen työyksikkö tutustuu lähiesimiehensä johdolla nyt esille tulleisiin ehdotuksiin muistion valmistuttua ja seuraava kokoontuminen aloitetaan ehdotusten läpikäymisellä.

Toiseen työkonferenssiin en äkillisen esteen vuoksi tutkijana päässyt osallistumaan. Sain kuitenkin jälkeinpäin tiedot kokoontumisen kulusta muistiosta. Sain informaatiota myös kollegoiltani, joten muistion tulkinta ei ollut täysin minun varassani. Koin kuitenkin, että kokoontumisesta saatu anti jäi itselleni joiltakin osin hajanaiseksi, koska en ollut itse paikan päällä tekemässä omia muistiinpanoja ja havaintoja.

Sosiaali- ja terveysjohtaja oli tehnyt edellisessä kokoontumisessa esiin tulleista ehdotuksista erilaiset palveluvalikot, joiden otsikot käsittelivät henkilöstön tehtävänkuvien tarkentamista ja osaamisen kehittämistä, kuntoutuksen vahvistamista, vapaaehtoistoimintaa, muisti- ja neuvontapistettä, ilta- ja yöajan hoitoa ja omaishoidon kehittämistä. Palveluvalikkoihin oli kirjattu myös keitä henkilöstöstä mikäkin uudistus koskee, mitä muutoksia henkilöstöltä vaaditaan ja mitä muutoksia tulee työajalle (Liite 2).

Kaikki ensimmäisen työkonferenssin ennakkotehtävästä esiin nousseet kotihoitoon liittyvät asiat olivat edelleen mukana. Suoraan kotihoitoon liittyvistä uudistuksista palveluvalikoissa oli mainittu kotihoidon työvuorojen tasaaminen porrastetuilla työajoilla ja asennemuutoksella, Effica kotihoito-lehden käyttöönotto, kotikuntoutuksen käynnistäminen fysioterapiaresurssien ja koulutuksen lisäämisellä ja kuntoutussuunnitelmien päivittämisellä, asiakkaan sosiaalisen kuntoutuksen tukeminen mielekkäällä arjessa tekemisellä, yöajan turvan toteuttaminen ja yöaikaisten turvapuhelinhälytysten vastaanottaminen kotihoidon toimesta henkilöstöä lisäämällä. Kaikkia palveluvalikkoihin kirjattuja asioita mietittiin tällä kerralla työryhmissä, joiden kokoonpanot olivat samat kuin ensimmäisellä kerrallakin.

Tällä kokoontumiskerralla uusina kotihoitoon liittyvinä asioina muistioon oli kirjattu kotikuntoutustiimin/kotiutustiimin perustaminen, päivystävän sairaanhoitajan työpanoksen tarve arki-iltoihin ja viikonloppuihin/arkipyhäpäiviin, kotihoidon fysioterapeutin palkkaaminen, kriisipaikkojen (asiakas ei pärjää enää kotona, muttei kuitenkaan tarvitse sairaalahoitoa) lisääminen ja kotihoidon asiakkaiden liikkumissopimus. Minä olin saanut tehtäväkseni selvittää, mitä mahdollinen yöajanturvapalvelu kahdella hoitajalla tulisi vuodessa maksamaan ja mitä puolestaan yhden sairaanhoitajan neljän tunnin iltatyö vuodessa kustantaisi?

Kolmas työkonferenssi oli sovittu pidettäväksi piknik-risteilyllä ja silloin oli tarkoitus kerrata tähän asti sovittuja asioita ja pohtia kotihoitoon saatujen määräaikaisten resurssilisiäysten (yksi fysioterapeutti ja kolme hoitajaa) kohdentamista. Sosiaali- ja terveystieteiden johtajan pyynnöstä lupasin olla vetovastuussa tästä päivästä. Yritin parhaani mukaan valmistautua päivään huolellisesti, jotta keskustelut eivät harhautuisi aiheesta ja että työryhmän jäsenet olisivat selvillä päivän tarkoituksesta. Kävin muun muassa läpi aiempien työkonferenssien muistiot. Kirjoitin itselleni muistiin jo aiemmin päättämämme toteuttamiskelpoisia työkäytäntöjä ja myös niitä työkäytäntöjä, joiden käsittely oli vielä kesken.

Olimme jo edellisillä kokoontumiskerroilla todenneet, että työryhmätyöskentely oli toimivaa ja niistä saatava anti hyödyllistä. Olimme saaneet työhömmä monta käyttökelpoista ja eteenpäin vietävää ehdotusta ja uudistusta. Niinpä päätin jatkaa työskentelyä tutulla kaavalla, työryhmätyöskentelyllä. Tällä kertaa minä tutkijana olin päättänyt työryhmien kokoonpanot etukäteen. Ryhmiä muodostettiin kolme ja jokaisessa ryhmässä oli neljä jäsentä. Muodostin ryhmät siten, että kukin ryhmän jäsen edusti eri työyksikköä. Tällä halusin saada aikaiseksi moniammatillista näkemystä käsiteltävistä asioista, koska työkokemusperusta oli näin toteutettuna monipuolisempi.

Työryhmätyöskentely sujui jälleen hyvin. Jokaisella kokoontumiskerralla menttiin aina vain konkreettisemmalle tasolle iäkkäiden palvelujen kehittämisessä. Esimerkiksi tällä kerralla päästiin työryhmätyöskentelyssä kaikkein lähemmäksi varsinaista kehittämistyöni aihetta, tehostettua kotihoitoa. Kerroin työryhmän jäsenille lyhyesti kehittämistyöni teoreettisesta viitekehuksesta. Nostin esille tehostetun kotihoidon tarkoituksen,

miten se voitaisiin Laitilassa järjestää ja mitkä ovat kirjallisuuden mukaan sen vahvuudet ja haasteet. Tämän jälkeen annoin mahdollisuuden vapaamuotoiseen yleiseen keskusteluun ja yritin vastata tietämykseni mukaan esiin nousseisiin kysymyksiin. Moni työryhmän jäsen totesi, että vaikei meillä vielä olekaan virallistettua tehostetun kotihoidon toimintamallia, tehdään sitä jo käytännössä esimerkiksi kotona tapahtuvissa syöpää sairastavien asiakkaiden saattohoidoissa. Itse pelkäsin työryhmän jäsenten väsyvän ainaiseen työryhmätyöskentelyyn ja samojen asioiden kertaamiseen, mutta onnekseni olin väärässä. Minulle jäi vahvasti se tunne, että työryhmän jäsenet pitivät selvästi tärkeänä sitä, että saivat itse konkreettisesti osallistua oman työnsä ja iäkkäiden palvelujen kehittämiseen.

Työryhmät saivat pohdittavakseen kotihoitoon saatujen määräaikaisten resurssilisäysten, yhden fysioterapeutin ja kolmen hoitajan, kohdentamista. Tässä kohtaa todettakoon, ettei Laitilan kaupungin kotihoidossa ole aiemmin ollut fysioterapeutin vakanssia. Määräaikaiset työsuhteet oli talousarviokäsittelyssä myönnetty ajalle 1.8.2016-31.12.2017. Jokainen työryhmä kirjasi ehdotuksensa fläppitaululle ja esitteli tuotoksensa muille. Minä lupasin kirjoittaa fläppipapereissa olevat ehdotukset vielä wordille ja jakaa yhteenvedot seuraavassa kokoontumisessa. Työryhmien esitysten aikana tein tarvittavia tarkentavia kysymyksiä, jotta osaisin kirjoittaa asiat oikein myös yhteenvedoon.

Kaikissa työryhmissä koettiin tärkeänä, että fysioterapeutti on mukana hoitoketjussa heti, kun asiakkaan kotiutumista terveystieteiden osastolta suunnitellaan. Asiakkaan kotiutus on turvallista silloin, kun apuvälinetarve ja kodinmuutostyöt on kartoitettu ja tarvittaessa tehty etukäteen. Tärkeää on kuntoutuksen jatkuminen asiakkaan kotiutuksessa. Suunnitelmissa on, että fysioterapeutti olisi asiakkaan tukena kotiutuksen jälkeen muutaman ensimmäisen päivän ajan ja tarvittaessa tietysti kauemminkin.

Kokoontumisessa päätettiin, että kaikki kolme kotihoitoryhmää saavat yhden määräaikaisen hoitajan resurssilisäyksen. Todettiin, että tehostettu kotihoito vaatii onnistuakseen työntekijöiden porrastettuja työaikoja eli kaikkien työntekijöiden työvuorot eivät voi alkaa samaan aikaan esimerkiksi aamuvuoroissa. Kotihoidon viikonloppuresursseihin tarvitaan lisää työvoimaa, sillä yhä useammat asiakkaat ovat huonokuntoisempia ja tarvitsevat vaativampaa hoivaa ja hoitoa. Muutama asiakas tarvitsee jo tällä

hetkellä selvitäkseen kotona kahden hoitajan yhtäaikaista apua. Hoitajalisäykset mahdollistavat neljä-viisi asiakaskäyntiä saman asiakkaan luona, aiemman kolmen maksimikäynnin sijaan. Yksi työryhmistä kiinnitti huomiota asiakkaiden toimintakykymitarien tehokkaamman käytön tärkeyteen. Toinen ryhmä puolestaan peräänkuulutti kotihoidon asiakkuuskriteerien noudattamisen tärkeyttä.

Kaikki työryhmät olivat yhtä mieltä siitä, että jos asiakas on ainoastaan saunotuspalvelun tai asiointipalvelun tarvitsija, tulisi nämä asiakkaat ohjata yksityisen palveluntuottajan, ei kotihoidon, piiriin. Tästä asiasta ei kuitenkaan tässä kokoontumisessa tehty päätöstä. Kotihoidon asiakkaiden yöajanturvapalvelu keskustelutti kaikkia työryhmän jäseniä. Miten sen järjestäisimme, ostopalveluna vai omana tuotantona? Yhteinen kantamme ainakin tällä hetkellä oli, että järjestäisimme sen omana tuotantona, koska tiedossamme oli, ettei paikkakunnaltamme löydy palveluntarjoajia. Yöajan turvapalvelun toteuttaminen vaatii tarkempaa selvitystä, emmekä alkaneet sitä tässä yhteydessä tekemään.

Viimeiseen, neljänteen työkonferenssiin olin tutkijana muokannut kokoontumisiltapäivän sisältöä piknik-risteilyllä tehdyistä ryhmätöistä nousseiden keskeisten asioiden pohjalta. Jaoin ryhmätöistä tekemäni yhteenvedon (Liite 3), joka koski pääasiassa kolmen määräaikaisen hoitajan ja yhden määräaikaisen fysioterapeutin kohdentamista kotihoitoon, kaikille työryhmän jäsenille. Tämän jälkeen kertosimme sosiaali- ja terveysjohtajan johdolla aikaisemmilla kerroilla käsiteltyjä ja sovittuja asioita. Tämä viimeinen kokoontuminen ei myöskään tehnyt poikkeusta työryhmätyöskentelyn suhteen. Nyt työskentelyä jatkettiin samoissa työryhmissä kuin piknik-risteilyllä. Jokainen työryhmä sai tehtäväkseen miettiä tärkeimmät iäkkäiden palvelujen uudistukset ja ehdotukset, joita kokoontumisten aikana oli tullut esille. Tämän lisäksi tuli kuvata, miten näiden uudistusten ja ehdotusten tulisi näkyä käytännön työssä.

Tällä kertaa ehdotukset ja uudistukset kuvattiin mahdollisimman pikkutarkasti. Tällä kokoontumiskerralla ei keskitytty edelliseen kokoontumiseen verrattuna niinkään kotihoidon palveluihin, vaan läpikäytiin tasapuolisesti kaikkia iäkkäiden palvelujamme. Yhteisesti todettiin muun muassa, että jokaiselle asiakkaalle tulisi laatia kuntoutussuunnitelma, jota tulisi arvioida koko hoiva- ja hoitoprosessin ajan olipa asiakas sitten minkä tahansa yksikkömme palvelujen piirissä. Asiointipalvelun, saunotuspalvelun ja

yöajanturvapalvelun järjestämisistä keskusteltiin jälleen, mutta päätöksiä jatkoselvittelyn käynnistämistä ei tehty. Kotihoidon henkilöstön työaikoihin sovittiin tehtävän seuraavista työvuorolistoista lähtien sellainen porrastus, että osa työntekijöistä tulee arkiamuvuoroon jo klo 7.00 aiemman klo 7.30 sijaan. Tällä pyritään saamaan lisää- kaa asiakkaiden aamukäynteihin ja välttämään työntekijöiden kiireentuntua.

Kokoontumisen loppupuolella sosiaali- ja terveystoiminnan johtajan ehdotuksesta sovittiin, että johtavat viranhaltijat miettivät vielä palvelurakenneselvityksen aikana esille tulleita ehdotuksia ja uudistuksia ja laativat selkeän suunnitelman niistä ehdotuksista ja uudistuksista, jotka sisällytetään iäkkäiden palvelujen palveluvalikkoon. Ennen kokoontumisen loppua sovittiin vielä, että tulevana syksynä järjestetään yksi palvelurakennetyöryhmän kokoontuminen, jossa käydään läpi jo käytäntöön otettuja hyviä käytäntöjä ja tehdään palveluihin tarvittavat parannusehdotukset. Tämän kehittämistyöraportin kirjoittamisen aikana ei viimeistä palvelurakennetyöryhmän kokoontumisen ajankoh- taa oltu vielä sovittu.

Sen jälkeen, kun iäkkäiden palvelurakenneselvitys oli ollut sosiaali- ja terveystoiminnan hyväksyttävänä, kokoontuivat johtavat viranhaltijat (sosiaali- ja terveystoiminnan johtaja, ylilääkäri, Kaukolankodin johtaja ja avopalvelujohtaja) vielä yhdessä pohtimaan linjauksia siitä, mitkä palvelurakenneselvityksestä esille nousseista asioista vietäisiin eteenpäin. Asioista keskusteltiin pitkään ja perusteellisesti. Keskustelu aloitettiin ensimmäisellä kokoontumiskerralla esille tulleista asioista. Näin edettiin aina viimeiseen kokoontumiskertaan asti. Koko keskustelun ajan tarkasteltiin kaikkia iäkkäiden palveluita ennaltaehkäisevistä palveluista laitoshoidon.

Viranhaltijoiden kokoontumisessa päätettiin, että kotihoidossa aloitetaan mahdollisimman pian sairaanhoitajien varallaolo arki-iltaisina (klo 16.00–20.00) ja viikonloppuisin ja arkipyhinä (klo 8.00–20.00). Näin hoitajat voisivat olla yhteydessä sairaanhoitajiin esimerkiksi asiakkaan toimintakyvyn heiketessä äkillisesti. Myös esimerkiksi antibioottiputukset olisi mahdollista hoitaa asiakkaan omassa asuinpaikassaan, eikä hänen tarvitsisi siirtyä sairaalahoitoon. Varallaolo, joka perustuisi vapaaehtoisuuteen, tulisi aloittaa mahdollisimman pian ensin kolmen kuukauden kokeiluna. Mikäli varallaolo sujuu hyvin, eikä liiallista kuormitusta sairaanhoitajille tule, jatkettaisiin kokeilua vuoden 2017 loppuun.

Todettiin, että terveyskeskusosastoon liittyvä työpaikkaselvitys on vielä kesken. Terveyskeskusosaston potilaspaikkamäärän lisäämistä tulisi harkita, sillä erikoissairaanhoidosta ei ole pystytty siirtämään potilaita osastolle tarvittavalla volyymilla, koska vapaita potilaspaikkoja ei ole ollut. Tämä on lisännyt jonkin verran siirtoviivemaksuja. Intervallipaikkojen lisäämiseen on myös selkeää tarvetta. Toteutetaanko tämä vähentämällä kunnan omia laitoshoitopaikkoja vai ostetaanko intervallipaikkoja yksityisiltä palveluntuottajilta? Vaihtoehdot jäivät vielä selvitettäviksi. Asiakkaiden tehokuntoutukseen varataan vuodelle 2017 aiempia vuosia enemmän rahaa. Kuntoutujien valintakriteerit tulee määritellä tarkoin. Paikan, mistä kuntoutujalle tehokuntoutusta hankitaan, päättää ylilääkäri.

Kunnallisen päivätoiminnan järjestämistä tulee jatkossa suunnitella. Kunnalliseen päivätoimintaan soveltuvat tilat valmistunevat alkuvuonna 2017 remontoitavan iäkkäiden muisti- ja palveluneuvontapisteen yhteyteen. Jos päivätoiminta järjestetään omana toimintana, tarvittavan henkilöstön määrä koulutuksineen tulee mietittäväksi. Yksityiseltä palveluntuottajalta on pyydetty ehdotus erilaisista erityisesti ikäihmisille suunnatuista toiminnallisista ryhmistä. Samassa yhteydessä keskusteltiin myös niiden kotihoidon asiakkaiden saunotuksesta, joilla ei omassa kodissaan tätä mahdollisuutta ole. Tällä hetkellä saunotuspalvelu ostetaan yksityiseltä palveluntuottajalta. Kunnallisessa vanhainkodissa on hyvät saunomismahdollisuudet, joten pohdittavaksi jäi, voisiko näissä tiloissa saunottaa kotihoidon asiakkaita kotihoidon henkilöstön toimesta.

Kokoontumisen lopuksi sosiaali- ja terveysjohtaja totesi, että tehostetun palveluasumisyksikkö Pihlajakodon asukspaikkojen tuottamista muissa tiloissa ja muilla keinoin on otettava tarkastelun kohteeksi. Tämä selvitystyö on saatava tehtyä vuoden 2017 loppuun mennessä. Pihlajakodon kiinteistö mahdollistaa yhden työntekijän autettavien asukkaiden hoidon, jolloin asukkaan on hoitoisuuden lisääntyessä muutettava toiseen yksikköön. Pihlajakodon kiinteistön käyttötarkoitusta tulee selvittää, mikäli asukkaat päädytään siirtämään toisiin tiloihin tarjoamalla heille esimerkiksi palveluseteli. Pihlajakodon kiinteistöä voisi harkita perhehoitajien käyttöön. Tällöin saataisiin iäkkäiden palvelurakenteeseen lisää valinnan mahdollisuutta.

Tässä kokoontumisessa ei käsitelty enää erikseen tehostetun kotihoidon käynnistämistä, sillä tiedossa oli, että toimintamallin suunnittelu on jo käynnistynyt. Todettiin,

että kehittämistyön tekijä raportoi suunnittelun etenemisestä säännöllisesti sosiaali- ja terveystoimintajohtajalle.

5 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

5.1 Laitilan kaupungin iäkkäiden palvelurakenneselvityksen yhteenvetoa

Laitilan kaupungin iäkkäiden palveluiden kokonaisselvitys on tehty ajalla 15.12.2015-26.4.2016. Sosiaali- ja terveystoimintajohtaja, Kaukolankodin johtaja, avopalvelujohtaja ja ylläpitäjä ovat olleet vastuussa iäkkäiden palveluiden kokonaisselvityksen valmistelusta. Selvityksen lähteinä on käytetty vanhuspalvelulakia, Tilastokeskusta, kunnan omia toimintatietoja, Laitilan ikääntyneen väestön palveluiden järjestämissuunnitelmaa, Laitilan kaupungin strategiaa ja palvelurakennesuunnitelmaa. (Laitilan kaupungin www-sivut 2016.)

Valmiista selvitystyöstä on luettavissa selvitystyön taustat, iäkkäiden palvelujen nykytila, selvityksen aikana esiin nousseet kehittämisehdotukset, iäkkäiden palvelujen kustannusrakenne ja päätösten vaikutusten ennakoarviointi. Kokonaisselvityksen aikana on ollut tärkeää suunnata katseet myös tulevaan. Mitä Laitilan iäkkäiden palvelut tulevat olemaan tulevina vuosina ja mihin suuntaan palveluja lähdetään edelleen kehittämään. (Laitilan kaupungin www-sivut 2016.)

Iäkkäiden palvelujen henkilöstö on osallistunut kokonaisselvityksen tekemiseen. Henkilöstöltä on kysytty kehittämiskohteita ja –ehdotuksia ja mielipiteitä, joita on käsitelty lähiesimiehille järjestetyissä palavereissa. Ennen kokoontumista kunkin yksikön lähiesimiestä on pyydetty käymään lävitse ennakkotehtäviä kaikkien yksikössä työskentelevien kanssa. Työntekijät ovat voineet halutessaan lähettää kehittämiskohteita ja –ehdotuksia suoraan sosiaali- ja terveystoimintajohtajalle. (Laitilan kaupungin www-sivut 2016.)

Iäkkäiden palvelujen henkilöstölle on tiedotettu kokonaisselvityksen tekemisestä yhteistoimintalain mukaisissa neuvotteluissa. Iäkkäiden palveluita koskien on järjestetty

myös ideariihi, johon henkilöstön edustajien lisäksi oli kutsuttu myös kaupunginhallituksen ja lautakuntien edustajia sekä yritysten, yhdistysten ja kolmannen sektorin toimijoita. Ideariihessä pohdittiin muun muassa ikäihmisen kokonaisvaltaisen toimintakyvyn tukemiseen ja vahvistamiseen liittyviä teemoja. (Laitilan kaupungin www-sivut 2016.)

Kokonaisselvityksen aikana on noussut esille ennaltaehkäisevien palvelujen ja kotiin vietävien palvelujen kehittämisen tärkeys palveluasumisen, laitoshoidon ja akuuttihoidon rinnalla. Kotiin vietävissä palveluissa tehostetun kotihoidon käynnistäminen oli yksi kehittämiskohde. Muita selkeitä kehittämiskohteita olivat henkilöstön täydennyskoulutuksen kehittäminen, yöaikaisen kotihoidon käynnistäminen, kotihoidon optimoinnin ja mobiilin käyttöönotto, kuntoutuksen vahvistaminen kaikessa hoiva- ja hoitotyössä, ikäihmisten muisti- ja neuvontapisteen kehittäminen, omaishoidon kehittäminen ja vapaaehtoistoiminnan lisääminen. (Laitilan kaupungin www-sivut 2016.)

5.2 Laitilan kaupungin tehostetun kotihoidon toimintamalli

Laitilan kaupungin tehostetun kotihoitotoiminnan tarkoituksena on tuottaa ympärivuorokauden kotihoitoa niille kotona tai kodinomaisessa paikassa asuville lautilalaisille, jotka perusterveydenhuollosta tai erikoissairaanhoidosta kotiutumisen tai terveydentilan tai toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi, tarvitsevat vaativaa sairaanhoidollista hoitoa. Tehostetulla kotihoidolla pyritään asiakkaan turvalliseen ja inhimilliseen kotona-asumiseen, potilasjonojen lyhenemiseen ja sosiaali- ja terveystalouden kustannusten hillitsemiseen.

Riittävää henkilöstömäärää ja/tai varahenkilöstöjärjestelmää on tarpeen pohtia ennen toimintamallin käyttöönottoa siitäkkin huolimatta, ettei päivittäinen asiakasmäärä olekaan tiedossa. Asiakkaiden määrä riippunee hyvin pitkälti heidän kuntoisuudestaan ja tarvittavien kotikäyntien määrästä. Aiemmat tutkimukset puoltavat sitä seikkaa, että henkilöstön ammattitaitoon ja työhön sitoutuneisuuteen on kiinnitettävä huomiota, sillä tehostetussa kotihoidossa korostuu nimenomaan työntekijöiden sairaanhoidollinen osaaminen. Tehtävän työn tulos on puolestaan sitä parempaa, mitä sitoutuneempia

työntekijät työhönsä ovat. Tehostetun kotihoidontasoinen hoito edellyttää moniammatillisuutta, jossa eri yhteistyötahot työskentelevät hyvässä yhteistyössä asiakkaan parhaaksi. Henkilöstön täydennyskoulutuksesta ja työnohjauksesta on huolehdittava. Tärkeää on kiinnittää huomiota myös tiedonkulkuun ja raportointiin eri toimijoiden välillä.

Iäkkäiden palvelurakennetyöryhmän yhteistyön ja kirjallisuuden pohjalta olen kehittänyt ehdotuksen Laitilan kaupungin tehostetun kotihoidon toimintamallista (Kuvio 3). Mallin toimiminen käytännössä vaatii laajaa paikallista sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä, soveltamista ja jatkuvaa toimintatapojen kehittämistä ja tarkastelemista. Tuleva Laitilan kaupungin tehostetun kotihoidon toimintamalli kuuluu ainakin aluksi sosiaalitoimen iäkkäiden palveluiden alaisuuteen, mutta saattaa olla, että se jollakin aikataululla siirretään terveystoimen alaisuuteen esimerkiksi lääkärin vastaanototoiminnan yhteyteen.

Hyvänä käytäntönä voidaan pitää sitä, että kunnallinen tehostettu kotihoito järjestetään iäkkäiden palvelujen alaisuudessa ja että se kuuluu osaksi kunnan kotihoitoa. Tehostettu kotihoito on ikään kuin yksi kotihoidon tiimeistä. Tehostetun kotihoidon toimintamallin käytäntöjä ei kannata suunnitella liian jyrkiksi. Tehostetussa kotihoidossa on tärkeä kiinnittää huomiota palvelun joustavuuteen ja asiakaslähtöisyyteen.

Tehostetun kotihoidon asiakasprosessi alkaa yleisimmin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai kotihoidon yhteydenotosta tehostettuun kotihoitoon. Tehostettu kotihoito vaatii aina lääkärin lähetteen. Lääkärin saatavuus tulee varmistaa toimintaa käynnistettäessä. Hoitohenkilökunnan tulee tietää, mistä he voivat saada viivytyksettä yhteyden lääkäriin. Tarvittaessa tulee pitää hoitoneuvottelu hoidon tarpeen ja hoidon jatkuvuuden määrittelemiseksi asiakkaan nykyisessä hoitopaikassa. Asiakkaan kotiuttamista suunniteltaessa nykyisestä hoitopaikasta on oltava hyvissä ajoin yhteydessä tehostettuun kotihoitoon.

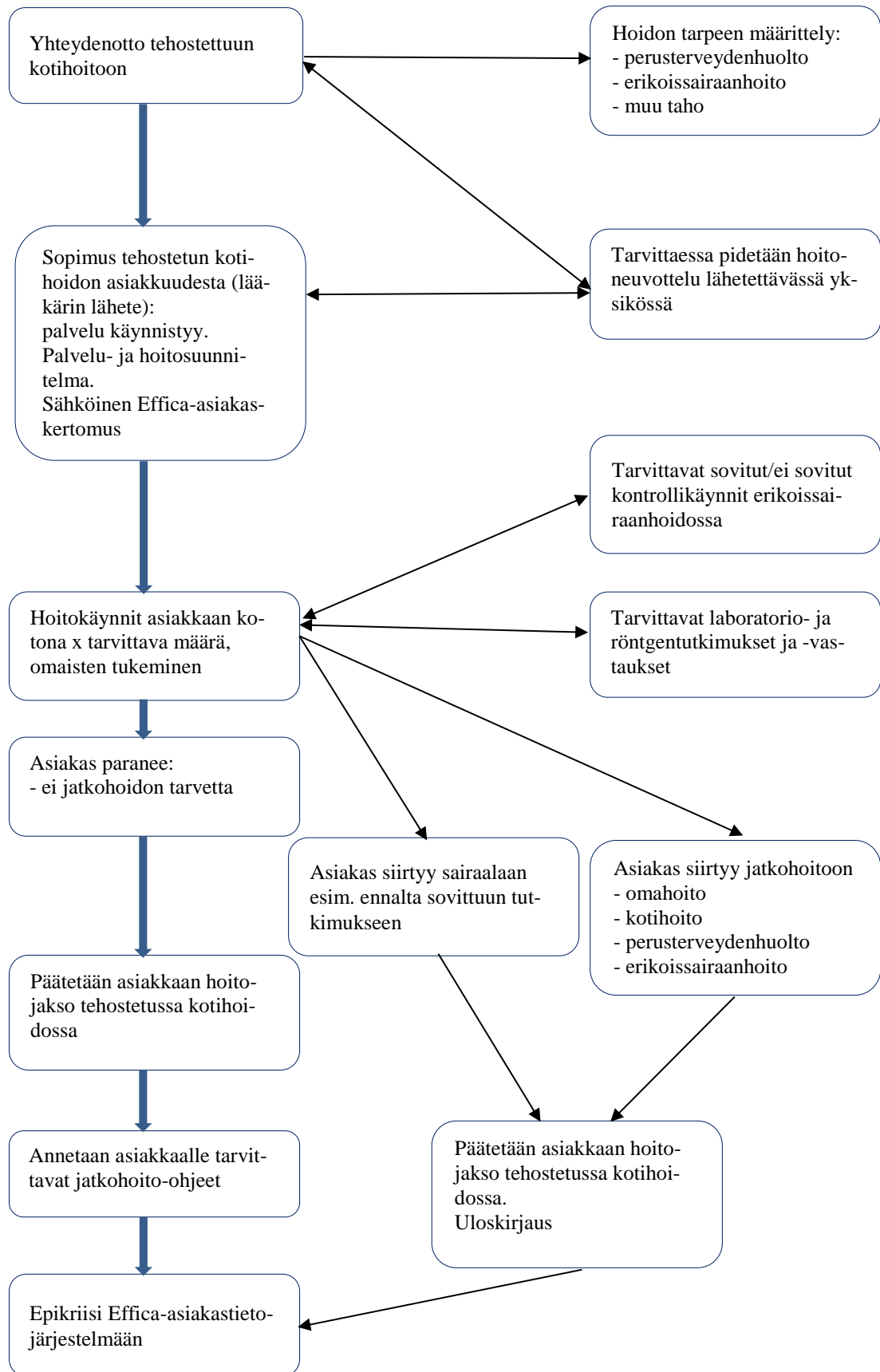
Ajantasainen henkilöstön yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa tehtävä asiakkaan palvelu- ja hoitosuunnitelma on tärkeää hoivan ja hoidon onnistumiseksi. Suunnitelmaa tehtäessä on sovittava selkeä työnjako asiakkaan hoitoon osallistuvien kanssa. Yhtä tärkeää on tukea asiakkaan omaisia, jotka ovat hoitoketjun tärkein lenkki,

koko hoitoprosessin ajan. Eri tutkimusten mukaan asiakkaat ja heidän omaisensa/läheisensä toivovat arvostavaa ja kunnioittavaa, inhimillistä kohtelua. Toimiva tehostettu kotihoidon toimintamalli lisää asiakkaan ja hänen omaisensa turvallisuuden tunnetta ja luottamusta asiakkaan selviytymiseen omassa kodissaan.

Tehostetun kotihoidon aikana henkilöstö huolehtii asiakkaan tarvitsemista laboratorio- ja röntgentutkimuksista ja niiden vastauksista sekä asiakkaan kontrollikäynneistä erikoissairaanhoidossa. Asiakkaan tarvitsemia tehostetun kotihoidon käyntejä voidaan joustavasti lisätä/vähentää asiakkaan terveydentilan ja toimintakyvyn mukaan. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa siten, että hän itse päättää haluaako hän tulla hoidettavaksi kotona, kodinomaisessa asumisyksikössä vai sairaalassa. Asiakkaan hoito tehostetussa kotihoidossa voi päättyä seuraavissa tapauksissa: asiakas paranee, asiakas siirtyy sairaalahoitoon ennalta sovittuun tutkimukseen, asiakas siirtyy jatkohoitoon kotihoitoon, terveyskeskukseen tai erikoissairaanhoitoon tai asiakas kuolee. Lääkäri päättää aina asiakkaan hoitojakson tehostetussa kotihoidossa.

Tehostetun kotihoidon yksi edellytys on sairaanhoidollisen osaamisen mahdollistaminen kaikkina vuorokauden aikoina. Tässä vaiheessa ei vielä ole tiedossa, miten asiakkaiden yöllinen kotihoito tullaan Laitilassa järjestämään. Laitilan kaupungilla ei ole ympärivuorokautista kotihoitoa, joten hyvin todennäköistä on, että tehostettu kotihoito aloitetaan ilman yöhoitoa, jonka järjestämistä selvitetään erikseen.

Tehostetun kotihoidontasoisien hoivan ja hoidon taloudellisuus kiinnostaa luonnollisesti kuntien luottamusmiehiä. Hyvien käytäntöjen pohjalta voidaan todeta, että säästöjä syntyy terveyskeskusten vuodeosastojen potilaspaikkojen kuormituksen vähetessä. Asiakkaita pystytään myös kotiuttamaan entistä nopeammin kotiin sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta, kun tehostettu kotihoito toimii tehokkaasti.



Kuvio 3. Tehostetun kotihoitoon toimintamalli (mukaellen Hägg ym. 2007, 140).

6 KEHITTÄMISTYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tämän kehittämistyön aiheen valintaan vaikuttivat sekä tutkijan oma mielenkiinto että työnantajan tarve saada uusi palvelumuoto, tehostettu kotihoito, sosiaali- ja terveystoimen iäkkäiden palvelut-palveluvalikkoon. Nykysuuntaus laitoshoidon toissijaisuudesta ja kotihoidon ensisijaisuudesta tukivat myös Kylmän ja Juvakan (2007, 43–44) painottamaa kehittämistyön hyödyllisyyttä ja ajankohtaisuutta.

Olen tämän kehittämistyön myötä tutustunut useisiin erilaisiin kirjallisuudessa esiintyneisiin tehostetun kotihoidon toimintamalleihin. Kirjalliset aineistot ovat kehittämistyön perusta. Lisäksi kehittäminen edellyttää tutkimuksellista otetta, jota ilman ei voi puhua edes tutkimuksesta. Kehittämistyötä tarvitaan muun muassa silloin, kun kehitetään uutta palvelumuotoa ja luodaan toimivia organisaatioita. (Kananen 2012, 19, 88.)

Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon kehittämistyön odotetaan liittyvän konkreettisesti työelämään ja sen tulee perustua tutkimusnäyttöön (Rantanen 2008, 127–133). Eettinen velvoitteemme on toimia aina parhaan käytettävissä olevan tiedon perusteella (Teeri 2015a). Lisäksi kehittämistyön tekijältä odotetaan kehittämis-, organisaatio- ja yhteiskuntaosaamista. (Rantanen 2008, 127–133). Hyvinvointivaltiossa hyvinvointipalvelujen, siis myös sosiaali- ja terveystalvelujen, pohjana tulee olla näyttö ja tutkittu tieto (Korteniemi & Borg 2008, 9–10).

Vastuu kehittämistyön toteutuksesta ja siihen liittyvästä eettisyydestä on aina tutkimuksen tekijällä. Eettisyydestä on huolehdittava kehittämistyön aiheen suunnittelusta työn raportointiin saakka. (Kylmä & Juvakka 2007, 137; Vilka 2007, 92.) Olen pyrkinyt toteuttamaan kehittämistyössäni hyviä eettisiä käytäntöjä, esimerkiksi rehellisyyttä, avoimuutta, tarkkuutta ja huolellisuutta (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut 2017). Olen kuvannut tekemääni kehittämis- ja tutkimustyötä niin, että sitä olisi mahdollista tarkastella ja arvioida.

Kehittämistyöni toteutettiin toimintatutkimuksena, joka perustuu sekä tutkimukseen että nykyisten toimintatapojen muuttamiseen. Tutkimusmenetelmänä käytettiin työkonferenssia. Kehittämistyön avulla pystytään niin ikään ratkomaan työelämässä eteen

tulevia ongelmia ja luomaan uusia ratkaisuja. Toimintatutkimuksessa tutkimuseettiset näkökulmat korostuvat, koska tutkijat kuuluvat työyhteisöön ja ovat aktiivisesti toiminnassa mukana. (KvaliMOTV:n www-sivut 2017.) Kehittämistyön tekeminen toimintatutkimuksena puolsi paikkaansa siinä, että se mahdollisti tasavertaisen aseman sekä tutkijalle että tutkimukseen osallistujille. Tutkijana minun oli kerättävä ja välitettävä saamani tieto iäkkäiden palvelurakennetyöryhmälle, jotta uutta palvelumuotoa oli mahdollista kehittää.

Kehittämistyön toteutus ei synnyttänyt eettisiä ongelmia. Kaikki Laitilan kaupungin iäkkäiden palveluissa työskentelevät olivat kehittämistyössäni tärkeässä osassa, joten heidän näkökulmastaan tehtyä tutkimusta voidaan pitää eettisesti hyväksyttävänä (Kuula 2011, 60). Työkonferenssi tutkimusmenetelmänä mahdollisti iäkkäiden palvelujen henkilöstön mahdollisuuden osallistua ja vaikuttaa oman työnsä ja iäkkäiden palvelujen kehittämiseen. Yhdessä työryhmän kanssa teimme päätöksiä siitä, mitä hyviä työkäytäntöjä lähdemme viemään eteenpäin ja mitkä työkäytännöt eivät puolestaan ole toteuttamiskelpoisia ainakaan tässä vaiheessa. Toimijalähtöisyyttä kehittämisessä lisäsi siis se, etten minä tutkijana tehnyt johtopäätöksiä, vaan teimme ne yhdessä ja olimme näin ollen myös yhteisesti vastuussa kehittämistyön lopputuloksesta.

Henkilöstö oli tietoinen siitä, että iäkkäiden palvelurakenneselvityksen yhteydessä suunnitellaan myös tehostetun kotihoidon toimintamallia. Iäkkäiden palvelurakenneselvitys kuului henkilöstömme työhön, joten sitä kautta heillä ei myöskään ollut mahdollisuutta kieltäytyä tehostetun kotihoidon toimintamallin suunnittelusta. Työkonferensseissa työryhmän jäsenet eivät pysyneet nimettöminä, mutta tämä ei ollut haitallista, koska kenenkään mielipiteitä ja kommentteja ei kirjoitettu erikseen muistioihin. Oletan, että kaikki työryhmän jäsenet hyötyivät työkonferensseista, sillä he saivat uusia näkökulmia ja työkaluja ratkaista työyksiköissä mahdollisesti eteen tulevia ongelmia. Silloin, kun ilmapiiri on positiivinen ja avoin, on helppo olla keskustelussa mukana. Erilaisia näkökulmiakin tulee pohdittua ja tarkasteltua syvällisemmin.

Kehittämistyön esillä olo kaikissa palvelurakennetyöryhmän kokoontumisissa lisäsi kehittämistyön näkyvyyttä, joka taas osaltaan paransi kehittämistyöhön liittyvän toiminnan eettisyyttä (Mäkinen 2006, 79). Koska osa palvelurakenneselvitystyöryhmän

muistioista sisälsi salassa pidettäviä asioita, ei muistioita julkaista tässä kehittämistyössä. Yksi kehittämistyön tärkeimmistä eettisyyden perusteista on tutkimustulosten luotettavuuden tarkistaminen ja yleistäminen (Mäkinen 2006, 102). Kehittämistyöhön liittyvässä kirjallisuudessa kritisoidaan useasti sen luotettavuutta (Pernaa 2013, 18). Tämän vuoksi onkin tärkeää, että työn teoreettinen viitekehys perustuu laajaan kirjallisuuskatsaukseen. Uskon, että kehittämistyöni luotettavuutta lisää se, että samoja teoreettisia asioita nousi esille useista eri lähteistä. Kaikki tutustumani tehostettuun kotihoitoon liittyvät tutkimukset sisälsivät pitkälti samoja näkökulmia ja periaatteita suunniteltaessa ja toteutettaessa toimintamallia. Tutkimuksiin tutustuminen auttoi ymmärtämään näkökulmia ja seikkoja, jotka on otettava huomioon tehostetun kotihoidon toimintamallia kehitettäessä.

Tässä kehittämistyössä muiden tutkijoiden tekstiä ei ole käytetty omana tekstinä, vaan lähdemerkinnät on pyritty merkitsemään huolellisesti. Vilkan (2009, 29) mukaan muiden tutkijoiden töille onkin annettava heidän saavutuksilleen kuuluva arvo ja merkitys. Tiedonhankinnan hyvästä tieteellisestä käytännöstä voidaan puhua silloin, kun tutkijan esittämä tieto on peräisin oman alan tieteellisen kirjallisuuden tuntemisesta ja muista asianmukaisista tietolähteistä sekä oman kehittämistyön analysoinnista.

Tuomi & Sarajärvi (2009, 159) pitävät tärkeänä, että kehittämistyön luotettavuutta pohditaan käytetyn kirjallisuuden sopivuuden arvioinnilla ja huomioinnilla. Olen pyrkinyt tutkimaan eri lähteitä kriittisesti ja käyttämään mahdollisimman tuoretta sekä kansallista että kansainvälistä lähdekirjallisuutta. Kehittämistyöni aihe on kiinnostanut ammattikorkeakouluopiskelijoita pro gradu-tutkielman tekijöitä enemmän. Kehittämistyöni luotettavuutta lisää se, että käyttämäni tieto on julkista ja jo aiemmin hyväksyttyä. Olen käyttänyt mahdollisuuksien mukaan alkuperäisiä lähteitä. Kaikissa tapauksissa tämä ei ole ollut mahdollista, koska alkuperäistä lähdettä ei ole ollut saatavilla.

Kehittämistyön teoreettinen viitekehys määrittelee, minkälaista aineistoa ja minkälaisia tutkimusmenetelmiä kannattaa käyttää. Joissakin tapauksissa aineiston luonne puolestaan määrää sen, millainen kehittämistyön teoreettinen viitekehys voisi olla ja millaisia menetelmiä voisi käyttää. Joka tapauksessa on tärkeää kiinnittää huomiota teo-

reettiseen viitekehykseen ja tutkimusmenetelmiin. (Alasuutari 2011, 83.) Oikein valitut tutkimusmenetelmät tukevat henkilökohtaisesta näkemyksestä tai asenteesta riippumatonta, puolueetonta ja tasapuolista näkemystä. Jos mitään tutkimusmenetelmää ei valita, on vaarana, että huomioidaan vain kehittämistyön tekijän omasta mielestä tärkeimmät ja kiinnostavimmat asiat. Voidaankin siis sanoa, että tutkimusmenetelmää käytettäessä tutkimuksen läpinäkyvyys, arvioitavuus ja vertailtavuus paranevat. (Teeri 2015b.)

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa siis se, kuinka puolueettomasti tutkija pystyy tarkastelemaan aihetta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231–233). Omassa kehittämistyössäni olin itse aktiivisesti mukana, joten minun piti olla tarkkana siinä, etteivät omat mielipiteeni ja ajatukseni vaikuttaneet tutkimuksen tekoon, analysointiin ja raportointiin. Palvelurakennetyöryhmän kokoontumisissa yritin olla pitämättä asioita itsestään selvinä. Tein tarkentavia kysymyksiä kuin olisin ollut ulkopuolinen, joka haluaa tietoa aiheesta. Iäkkäiden palveluissa työskennellessäni pystyin mielestäni tekemään tarkentavia kysymyksiä helpostikin.

Työryhmätyöskentelyn havainnointi vaati minulta kriittistä omien havaintojeni tarkastelua. Havainnointimenetelmän uskottavuus olisi varmasti parantunut, jos olisin pitänyt havainnointipäiväkirjaa, jossa olisin kuvannut ja pohtinut keskeisiä havaintojani, ajatuksiani ja valintojani ja tehnyt omia alustavia tulkintoja asioista. Päiväkirjassa olisi ollut mahdollisuus purkaa myös mieltään; myönteisiä ja kielteisiä kokemuksia. Koska arkaluontoisia henkilökohtaisia asioita ei havainnoitu, ei havainnointiani aiheutunut kenellekään haittaa.

Tässä kehittämistyössä lisättiin uskottavuutta toimija-tutkijan työkokemuksella kehitettävästä asiasta ja toimintaympäristön tuntemisella. Minä toimija-tutkijana olen toiminut Laitilan kaupungin avopalvelujohtajana reilun kymmenen vuoden ajan ja vastaan muun muassa kaupungin tuottamasta kotihoidosta. Joka kerta palvelurakennetyöryhmän kokoontumisissa keskustelimme myös tehostetun kotihoidon toimintamallista, joten tämä vahvisti kehittämistyön uskottavuutta. Olen tutkijana aidosti ollut kiinnostunut tehostetun kotihoidon kehittämisestä ja ymmärtänyt myös sen kehittämistarpeellisuuden. Benchmarking-matka kuntaan, jossa tehostettu toimintamalli on jo käytössä, olisi varmasti lisännyt entisestään kehittämistyön luotettavuutta.

Kaikesta huolimatta tehostetun kotihoidon toimintamallin kehittämiseen tähtäävässä toimintatutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta ei ole mahdollista arvioida yksiselitteisesti, koska toiminnan kehittämisellä ei ole koskaan päätepestettä. Tehostetun kotihoidon toimintamallia voidaan kehittää jatkuvasti vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden tarpeita ja toiveita.

Toimintatutkimukseen liittyvä spiraalimaisuus tuli kehittämistyössä esille siinä, että jokaisessa työkonferenssissa menimme aina vain konkreettisemmalle tasolle iäkkäiden palvelujen suunnittelussa. Yhteistyössä keskustellen kehitimme uusia työkäytäntöjä ja arvioimme niiden toteuttamiskelpoisuutta. Muutama työkäytäntö ehdittiin jo viedä tämän kehittämistyön aikana konkreettiseen hoiva- ja hoitotyöhön (esimerkiksi sairaanhoitajien viikonloppu- ja arkipyhäpäivystykset). Jos arvioimme, ettei joku työkäytäntö ehkä toimisikaan, sovimme yhteisesti, että aloitamme uudelleensuunnittelun kohti parempaa työkäytäntöä. Näin tehtynä etenimme spiraalimaisesti toiminnan ja ajattelun linkittyminä.

7 POHDINTA

Maassamme vallitsee laaja yksimielisyys siitä, että ikäihmisten tulisi voida asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Jos toimimme muulla tavoin, eivät valtio- ja kuntataloutemme tule selviämään ikääntymiskehityksen haasteista. Sosiaali- ja terveystoimen voimavarojen rajallisuus onkin pakottanut kunnat järjestämään entistä tehokkaampia työkäytäntöjä, joilla saadaan mahdollisimman suuri hyöty sekä asiakkaalle että yhteiskunnalle. (Oresto 2014, 8.)

Tehostetun kotihoidon näkökulmasta tarkasteltuna asiakas hyötyy kotona selviämisestä ja kunnalle puolestaan tulee kustannussäästöjä, kun sairaalahoidot minimoidaan siirtämällä palvelut kotihoitoon. Yhteiskunnan tuottamia palveluja tarkastellaan helposti erilaisten rakenteiden ja järjestelmien näkökulmasta. Palvelujen keskiössä tulisi kuitenkin aina olla asiakkaan näkökulma ja erityisesti ensitapaamiseen tulisi satsata. (Oresto 2014, 8.)

Ikäihmisten määrän lisääntyessä kotihoidon ja tehostetun kotihoidon rooli hoito- ja palvelumuotona kodin ja laitoksen välimaastossa tulee entistään korostumaan. Mielestäni tulevaisuuden Laitilan kaupungin tehostettu kotihoito onkin uudenlainen palvelumuoto sosiaalitoimen kotihoidon ja terveydenhuollon terveyskeskusosaston välimaastossa. Uudella palvelumuodolla tavoitellaan palvelutarjonnan lisäämistä ja monipuolistamista sekä taloudellisuutta. Tärkeäksi nousee hoito- ja palveluketjujen saumattomuus.

Henkilöstön asenteiden ja osaamisen ”muokkaamiseksi”, tarvitaan kehittämistä ja koulutusta. Tavoitteena on, että oikea hoidon porrastus tulee osaksi jokapäiväistä työtä. Hoidon porrastuksessa asiakkaita tarkastellaan yksilöllisesti ja asiakaslähtöisesti sekä suunnitellaan hänen tarvitsemansa palvelut (tukipalvelut, kotihoito, omaishoidon tuki, tehostettu palveluasuminen ja laitoshoido) yhteistyössä hänen ja hänen omaistensa/läheistensä kanssa. Oikean hoidon porrastuksen mottona voidaan pitää seuraavaa: oikea asiakas, oikeassa paikassa, oikeaan aikaan ja oikean ajan.

Kotihoidon haasteena jo nyt ja etenkin lähivuosina tulee olemaan yhä iäkkäämpien ja huonokuntoisempien asiakkaiden hoiva ja hoito, kuntoutus ja toimintakyvyn alenemisen ennaltaehkäisy. On muistettava, että kotihoidon työntekijät ovat vanhustenhuollon asiantuntijoita ja ikäihmiset puolestaan oman elämänsä asiantuntijoita. Silloin, kun työntekijä ja ikäihminen kohtaavat toisensa tasavertaisesti ja arvostavat toisiaan, toteutuu ikäihmisen onnistunut kotihoito. Hyvä kotihoito tarvitsee onnistuakseen myös työntekijöiden iäkkäiden palvelujen tiedollista osaamista, tietoa ikäihmisten ajatuksista, tavoista ja totumuksista sekä toimivaa yhteistyötä ikäihmisen omaisten/läheisten kanssa. (Kivelä & Vaapio 2011, 205–207.)

Vahvat näytöt asiakkaiden hyvien kokemusten puolesta tukevat tehostetun kotihoidontasoista toimintaa. Hyviä käytäntöjä siis löytyy, vaikkei näyttöön perustuvia käytäntöjä suomalaisissa sosiaalipalveluissa vielä liiemmästi korostetakaan (Raunio 2010, 392). Kansallista tutkimusta tehostetusta kotihoidosta on siis vielä vähän saatavilla. Näyttöön perustuvan toiminnan koko ajan lisääntyessä, pelkkä perinne- ja kokemustieto ei ole enää riittävää. Näyttöön perustuvan toiminnan myötä luodaan yhtenäisiä hyviä käytäntöjä potilaille ja asiakkaille, jotta nämä saavat parasta mahdollista hoivaa ja hoitoa (Teeri 2015a).

Erilaisissa työnmuutosprosesseissa työntekijöiden tunteet noudattavat tietynlaista aikajärjestystä. Alussa ollaan huolissaan tulevaisuudesta ja muutoksen kieltäminen saattaa ilmetä kiukkuna ja vastahankaisuutena. Muutos tuo työntekijöille helposti pelkoja siitä, ettei oma osaaminen enää riitäkään. Näiden tunteiden jälkeen seuraa muutoksen välttämättömyyden kautta muutoksen hyväksyminen, siihen sopeutuminen ja lopulta uuteen kiinnittyminen. Muutosvastahankaisuus tulee nähdä myös positiivisena asiana. Se kertoo, että työntekijät ovat sitoutuneita työhönsä ja pitävät sitä arvokkaana. (Pie-nimäki 2016, 6–7.)

Silloin, kun työntekijät otetaan aidosti mukaan työnmuutosprosesseihin oikeaan aikaan, prosessit yleensä onnistuvat hyvin. Mielestäni meillä tapahtui palvelurakenneselvityksen kanssa juuri näin. Soraääniä työkäytäntöjen muutoksista ei ole juurikaan ainakaan minun korviini kantautunut. Itselleni jäikin se tunne, että iäkkäiden palvelujen henkilöstö ymmärtää muutosten kuuluvan jokapäiväiseen työhömmе. On kuitenkin hyvä muistaa, etteivät muutokset tapahdu hetkessä, vaan ne vaativat aina oman aikansa. Siksi muutoksille onkin varattava tarpeeksi aikaa. Vaikka yhteistyömme oli vuorovaikutuksellista ja tuloksellista iäkkäiden palvelurakenneselvitystyöryhmässä, olisi kehittämistyöni toteutukseen liittyvää keskustelua ja arviointia voinut olla enemmän. Tosiasia kuitenkin on, ettei palvelurakennetyöryhmää muodostettu kehittämistyötäni varten.

Tehostetun kotihoidon toimintamallin käyttöönotto vaatii moniammatillista pitkää yhteistyötä erityisesti kuntamme kotihoidon ja terveyskeskusosaston välillä. Myös benchmarking-matka kuntaan, jossa tehostettu kotihoito jo toimii, selventäisi varmasti palvelun käynnistämisen huomioitettavia asioita. Räsänen (2007, 46) mukaan kehittämistyössä tarvitaan usein eri toimijoiden yhteistyötä. Tärkeää on nykytilan ja tavoitetilan muutosanalyysissä huomioida kaikkien osallistujien (ammattilaiset, päätöksentekijät ja asiakkaat) tarpeet, toiveet ja huolet (Kumpulainen 2015). Kehittämistyöni pitää sisällään ainoastaan toimintamallin kehittämisen. Jatkossa uusi tehostetun kotihoidon toimintamalli on tarkoitus juurruttaa käytännön työhön opastuksen ja koulutuksen avulla.

Tehostetun kotihoidon toimintamalli on osa asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoprosessia. Tarkoitukseni oli laatia selkeä ja yksinkertainen toimintamalli, joka ohjeistaa

työntekijöitä, mutta jättää kuitenkin työntekijöille mahdollisuuden tehdä työtä omalla persoonallaan. Asiakasnäkökulmasta tarkasteltuna toivon toimivan tehostetun kotihoidon toimintamallin tarkoittavan ehjää ja saumatonta palvelukokonaisuutta, jossa eri organisaatioiden rajat eivät näy.

Tehostetun kotihoidon toimintamallin kehittäminen vaatii yhteistyössä tehtäviä ja työntekijöistä lähteviä kehittämismenetelmiä. Koska tämä kehittämistyö haluttiin pitää vuorovaikutteisena, päädyttiin työmenetelmänä käyttämään työkonferenssimallia. Silloin, kun henkilöstö saa itse osallistua työnsä kehittämiseen, saadaan yleensä aikaan tuloksellista kehittämistyötä ja hyvinvoivia työntekijöitä. Työn ja työyhteisöjen kehittämisen, oppimisen ja itsearvioinnin perustana on työntekijöiden motivaatio ja sitoutuminen.

Laitilan kaupungin iäkkäiden palvelurakennetyöryhmä koostui iäkkäiden palvelujen viranhaltijoista ja lähiesimiehistä. Työkonferenssi työmenetelmänä oli itselleni ennen tätä kehittämistyötä vieras. Opin sekä kirjallisuuteen tutustuessani että työryhmätyöskentelyissä työkonferenssin olevan tehokas yhteisen keskustelun ja oppimisen foorumi. Mielestäni iäkkäiden palvelujen työryhmätyöskentelyissä toteutui hyvin työkonferenssin perusidea: tasavertaisen vuoropuhelun jälkeen tehdään yhdessä kehittämissuunnitelmia, joita sitten toteutetaan käytännön hoiva- ja hoitotyössä. Olennaista on siis muuntaa puhe tekemiseksi. Työkonferenssi antaa hyvän lähtöasetelman työyhteisöjen kehittämistyölle ja mahdollistaa koko henkilöstön vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuudet.

Iäkkäiden palvelujen henkilöstön osallistuminen oman työnsä ja iäkkäiden palvelujen kehittämiseen lisäsi varmasti työhön sitoutuneisuutta ja tätä kautta myös työhyvinvointia. Minusta itsestäni tuntui, että meidän esimiesten välinen yhteistyö tiivistyi entisestään yhteisessä asiassa. Opimme tuntemaan paremmin toisten työtä, jota kautta myös erilaiset oletukset ja uskomukset toisten töistä vähenivät. Tärkeää oli oivaltaa, että vanhoja tapoja tehdä työtä pitää muuttaa, jos jokin uusi työkäytäntö todetaan toimivammaksi.

Olen tyytyväinen siihen, että työkonferenssien aikana saimme aikaan monia konkreettisia, hyviä, uusia työkäytäntöjä iäkkäiden palveluissa. Osa työkäytännöistä on jo vakiinnuttanut paikkansa iäkkäiden hoiva- ja hoitotyössä. Osa työkäytännöistä on tarvinnut uudelleenkehittämistä ja osasta on luovuttu kokonaan. Tehostetun kotihoidon toimintamallin käyttöönotto on aloitettu sairaanhoitajien viikonloppu- ja arkipyhäpäivystyksinä. Päivystys on tarkoitettu tilanteisiin, joissa tarvitaan kiireellistä lääkärin toteamaa sairaanhoidollista osaamista.

Jatkossa olisi mielenkiintoista saada tutkimustuloksia siitä, miten tehostettu kotihoito toimii Laitilan kaupungissa asiakkaiden ja henkilöstön kokemina. Erikseen olisi kehitettävä mittareita, joilla asiakas- ja henkilöstötyytyväisyyttä olisi mahdollista mitata. Yhtä tärkeää olisi selvittää tehostetun kotihoidon kustannuksia suhteessa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa tapahtuvaan hoitoon.

LÄHTEET

- Alastalo, H., Noro, A., Mäkelä, M. & Finne-Soveri, H. 2014. Kunnissa valmiudet toteuttaa vanhuspalvelulakia lisääntyneet - Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta-tutkimus. Helsinki: terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 27/2014. Viitattu 28.11.2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120401/THL_TUTI_27_2014_web.pdf?sequence=1
- Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. 4. uud. p. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Anttila, P. 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi.
- Aronen, M. 2013. Eettinen perusta Rauman kaupungin kotisairaalassa. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.
- Hallitus. 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Helsinki: Hallitus.
- Halonen, M. 2012. Kotisairaalatyyppinen hoito – asiakkaan kokemuksia tehostetusta kotisairaanhoidosta. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa. Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Heikkinen, H. L. T. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tark. p. Helsinki: Kansanvalistusseura, 16-38.
- Heikkinen, H. L. T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2007. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tark. p. Helsinki: Kansanvalistusseura, 78-93.
- Heikkinen, H. L. T. 2015. Toimintatutkimus: Kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa R. Valli & J. Aaltola (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 4. uud. ja täyd. p. Jyväskylä: PS-kustannus, 204-219.
- Helin, S. 2016. Ennakoiva yhteissuunnittelu iäkkään ihmisen saattohoidon ydin. Vanhustyö 6, 4.
- Helin, S. & von Bonsdorff, M. 2013. Palvelujärjestelmä terveyden, toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 3. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 426-443.
- Hiilamo, H. & Hiilamo, K. 2015. Hoivataistelu. Tekoja läheisten puolesta. Helsinki: Kirjapaja.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirvonen, M. 2010. Kotisairaالاتasaisen hoidon ja jatkohoidon kehittäminen. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.
- Hirvonen, M. 2011. Kotisairaالاتasaisen hoidon ja jatkohoidon kehittäminen. Teoksessa H. Myller (toim.) Kotihoito 24h. Osaamisen vahvistumista ja toimintamallien uudistumista. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja, C:43, 23-29.
- Holloway, I. & Wheeler, S. 2010. Qualitative Research in Nursing and Healthcare. 3rd edition. United Kingdom: Wiley-Blackwell Ltd. Publication.
- Huovinen, T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tark. p. Helsinki: Kansanvalistusseura, 94-113.
- Hyry, A. 2011. Suuntana koti – Akuuttihoiton malli Vantaan kaupungin akuuttikotihoidon kehittämisen tueksi. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Porvoo: WSOY.
- Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. 4. uud. p. Helsinki: Edita.
- Jämsén, S. 2010. Toimintakyvyn arviointi. Teoksessa M. Mustajoki, A. Alila, E. Matilainen & M. Rasimus (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. 5.-6. uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 448-449, 457-459.
- Kallio, T. & Miettinen, E. 2014. Kuopion kotisairaatalapilottihanke; Sairaanhoidajien ja ensihoitajien yhteistyön toimivuus ja ammatilliset valmiudet. AMK-opinnäytetyö. Savonia-ammattikorkeakoulu.
- Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja. Julkaisu 93/2008.
- Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä - Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän Ammattikorkeakoulun julkaisuja-sarja.
- Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Helsinki: Kelan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 131/2014.
- Kivelä, H., Seittenranta, S. & Jäntti, R. 2007. Potilaan kotiuttamiseen ja ympärivuorokautiseen hoitoon sijoittamiseen liittyvä yhteistyö Herttoniemen sairaalassa. Helsinki: Helsingin kaupungin terveystakeskus. Raportti 3/2007.
- Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia. Arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja.
- Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Helsinki: Suomen Senioriliike ry.

Korteniemi, P. & Borg, P. 2008. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä? Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Työpaperi 23/2008.

Kumpulainen, P. 2015. Näkökulmia tutkimukselliseen kehittämisprosessiin. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulun vanhustyön ylemmässä koulutusohjelmassa 30.10.2015.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uud. p. Jyväskylä: Bookwell Oy.

KvaliMOTV:n www-sivut. Viitattu 1.3.2017. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laakso, M. 2014. Saattohoito omaisen kokemana Pohjois-Satakunnan peruspalveluliikelaitos kuntayhtymän kotisairaалassa. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Laine, J., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Björkgren, M. 2006. Kotihoidon organisointi, henkilöstö ja tuottavuus. Teoksessa H. Finne-Soveri, M. Björkgren, P. Vähäkangas & A. Noro (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Helsinki: STAKES, 139-150.

Laitilan kaupungin kotihoidon laatukäsikirja.

Laitilan kaupungin www-sivut. Viitattu 29.11.2016. <https://www.laitila.fi>

Laki 28.12.2012/980. 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.

Lehtonen, J. 2004. Työkonferenssi – dialoginen metodi. Teoksessa J. Lehtonen (toim.) Työkonferenssi Suomessa. Vuoropuheluun perustuva työyhteisöjen kehittämismetodi. Helsinki: Työturvallisuuskeskus TTK, Kuntaryhmä, 15-55.

Leppävuori, E. 2012. Kotisairaалatoiminta Helsingissä. Sairaалaviesti 1/2012, 17. Viitattu 3.1.2017. <http://docplayer.fi/5159543-Sairaалaviesti-sjukhusinfo-1-12.html>

Liikka, P. 2006. Kotisairaалassa kuolleiden omaisten kuvaus ammattihenkilöstöltä saamastaan tuesta. Pro gradu-tutkimus. Kuopion yliopisto: Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Malmberg, K. 2010. Kotiutusprosessin kehittäminen – asiakkaan kotiutuminen erikoissairaanhoidosta Raisio-Rusko kotihoidon piiriin. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Turun ammattikorkeakoulu.

McNiff, J. & Whitehead, J. 2006. All you need to know about action research. London: SAGE Publications Ltd.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen tiedonhankinnan strategioita. Teoksessa J. Metsämuuronen (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 90-110.

- Myller, H. 2011. Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen Pohjois-Karjalassa. Teoksessa H. Myller (toim.) Kotihoito 24h. Osaamisen vahvistumista ja toimintamallien uudistumista. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja, C:43, 8-16.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimuseetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Nummijoki, J. 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa Y. Engeström, A-L. Niemelä, J. Nummijoki & J. Nyman (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus, 87-134.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudella osaamista liiketoimintaan. 3.-4. uud. p. Porvoo: Sanoma Pro Oy.
- Oresto, J. 2014. Asiakkaan näkökulma palveluihin. Kuntatyöntäjä 2, 8-9.
- Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seuranta tutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Pernaa, J. 2013. Kehittämistutkimus opetuslalla. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Pienimäki, E. 2016. Muutoksessa on tunnustettava tunteet. Kuntatyöntäjä 5, 6-7.
- Rantanen, T. 2008. Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö ja työelämän kehittämisen metodologia. Teoksessa J. Levonen (toim.) Ylempi ammattikorkeakoulututkinto – Työelämäläheistä asiantuntemusta kehittämässä. Hämeen ammattikorkeakoulun e-julkaisuja, 3/2008, 127-139.
- Raunio, K. 2010. Onko näyttöön perustuvalla käytännöllä tulevaisuutta sosiaalipalveluissa? Janus 18, 387-395.
- Rintala, P. 2011. Arvokas vanhuus: Asiakslähtöisen toimintamallin kehittäminen hoi-vaosastolle. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu.
- Romppanen, B. & Kallasvuo, A. 2011. Johtajuuden rakentuminen - Eväitä lähijohtamiseen. Helsinki: Kansanvalistusseura.
- Räsänen, K. 2007. Kehittämisoitteet: tutkimusavusteinen kehittäminen ”käytännöllisenä toimintana”. Teoksessa E. Ramstad & T. Alasoini (toim.) Työelämän tutkimus-avusteinen kehittäminen Suomessa - Lähestymistapoja, menetelmiä, kokemuksia, tulevaisuuden haasteita. Helsinki: Työministeriö. Raportti 53/2007.
- Saaristo, L. 2011. Vanhusten yksinäisyys. Teoksessa T. Heiskanen & L. Saaristo (toim.) Kaiken keskellä yksin – yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot. Jyväskylä: PS-kustannus, 131-139.
- Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Sarvimäki, A. & Heimonen, S. 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhusten palvelujen nykytila. Teoksessa A. Sarvimäki, S. Heimonen & A. Mäki-Petäjä-Leinonen (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita Prima, 14-32.

Shepperd, S., Doll, H., Broad, J., Gladman, J., Iliffe, S., Langhorne, P., Richards, S., Martin, F. & Harris, R. 2009. Early discharge hospital at home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub3

Sosiaalihuoltoasetus. 1983. A 29.6.1983/607.

Sosiaalihuoltolaki. 2014. L 30.12.2014/1301.

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. Viitattu 22.11.2016. stm.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. 2013a. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Kuntaliitto. 2013b. ”Vanhuspalvelulaki”. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi.

Sotkanetin www-sivut. Viitattu 30.11.2016. <https://www.sotkanet.fi>

Teeri, S. 2015a. Vanhustyön tietoperusta ja näyttöön perustuva toiminta. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulun vanhustyön ylemmässä koulutusohjelmassa 4.9.2015.

Teeri, S. 2015b. Kehittämistyön menetelmiä. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulun vanhustyön ylemmässä koulutusohjelmassa 5.9.2015.

Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa R. Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Helsinki: STAKES, 61-81.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopisto: Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.

Terveydenhuoltolaki. 2010. L 30.12.2010/1326.

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

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uud. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan www-sivut. Viitattu 27.2.2017. <http://www.tenk.fi/>

Työkonferenssi – dialoginen kehittämismetodi. 2014. Helsinki: Työturvallisuuskeskus TTK, kuntaryhmä.

Valkonen, L. 2014. Asiakkaan kokemus ratkaisee palvelun laadun. Vanhustyö 1, 10-11.

Valvira. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. 2014. Kuntien varautuminen palvelurakenteiden muutokseen ja kotiin annettavien palvelujen saatavuuden turvaamiseen. Helsinki: Valvira sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Ohje 7/2014. Viitattu 30.11.2016. https://www.valvira.fi/documents/14444/22511/Kotiin_annettavat_palvelut.pdf

Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. 2010. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksia 214/2010. Viitattu 3.3.2017. https://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_netti.pdf

Vartiainen, E. & Pulkkis, A. 2004. Työkonferenssi työelämän tutkimuksessa ja kehittämisessä. Teoksessa J. Lehtonen (toim.) Työkonferenssi Suomessa. Vuoropuheluun perustuva työyhteisöjen kehittämismetodi. Helsinki: Työturvallisuuskeskus TTK, Kuntaryhmä, 57-73.

Vilka, H. 2007. Tutki ja havainnoi. 1.-2. uud. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. 1.-3. uud. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Winter, L. 2012. ”Kotia lasarettihi”. Tehostetun kotisairaanhoidon alueellinen malli. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Vaasan ammattikorkeakoulu.

LIITE 1

Ikäihmisten palvelut Laitilassa	Nykyisessä raken- teessa hyvää	Nykyisessä raken- teessa kehitettävää
<p><u>Avopalvelut:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Päivätoiminnan palveluseteli 2. Muistineuvola, vanhus- ten neuvontapiste 3. Kotihoidon tukipalvelut 4. Säännöllinen kotihoito 5. Omaishoito 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 5.
<p>Perhehoito</p>		
<p><u>Tehostettu palveluasuminen:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pihlajakoto 2. Koivukoto 3. Ostopalvelu 4. Palveluseteli 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4.
<p><u>Laitohoito:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoito-osasto 2. Kaukolankoti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2.

LIITE 2

Ehdotettu uudistus	Ketä/keitä uudistus koskee?	Mitä muutoksia vaaditaan henkilöstöltä?	Mitä muutoksia työajalle?
<p><u>Tehtäväkuvat ja osaaminen</u></p> <p>Työmenetelmien monipuolistaminen ja työntekijöiden lisäkoulutus ja työvuorojen suunnittelu</p> <p>Toimintakykymittarit</p> <p>RaVan käyttö</p> <p>FIM:n käyttö</p> <p>Kotihoidon työvuorojen tasaaminen</p> <p>Kaukolankodissa mahdollistettaisiin iv-antibioottihoidot</p> <p>Kaukolankodissa 3 hoitajaa yöhön, jolloin aamuun enemmän työntekijöitä</p> <p>Työnkierto</p> <p>Effica kotihoito-lehti käyttöön</p> <p>Työajan optimointi ja mobiili (työvuorosuunnittelu)</p>	<p>Hoito-osasto</p> <p>Koko sos.toimen käyttöön</p> <p>Kotihoidon henkilöstö</p> <p>Sos.toimen sairaanhoitajat (10)</p> <p>Kaukolankodin henkilöstö</p> <p>Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö</p> <p>Kotihoitohenkilöstö</p> <p>Sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö</p>	<p>Lisää RaVa-koulutuksen saaneita</p> <p>Koulutusta</p> <p>Asennemuutos</p> <p>Riittävä koulutus Päivystävä sairaanhoitaja (viikonloppuisin) Pysyvä, ammattitaitoinen saatavilla oleva lääkäri</p> <p>Asennemuutos Muutosjohtaminen</p> <p>Asennemuutos</p> <p>Koulutus</p> <p>Älypuhelimien käytön opettelu Asennemuutos Tiedonkulkua parannettava</p>	<p>Riittävä resurssointi</p> <p>Porrastettu työaika</p> <p>Riittävä resurssointi</p> <p>Asiakas mukaan kirjaamiseen</p>

<u>Kuntoutuksen vahvistaminen</u>			
Kotikuntoutus	Kotihoito ja fysioterapia	Lisää fysioterapiaresursseja Koulutus Päivitetyt kuntoutussuunnitelmat	
Kuntouttava työote	Koko henkilöstö Omaiset	Asennemuutos Sitoutuminen Koulutus	
Kuntoutus- ja virikeohjaajan kuntoutuskäyntejä enemmän	Koko henkilöstö	Kuntoutus kuuluu kaikille Oman työn tarkastelu -> henkilöstön joustavuus	
Fysioterapian lisääminen	Fysioterapia Yksityiset palveluntuottajat	Henkilöstölisäykset: kotihoito	
Sosiaalinen kuntoutus	Kuntoutus- ja virikeohjaaja Kotihoito Kuntouttava lyhytaikahoito	Mielekäs tekeminen arjessa Päivätoiminnan virike Päivähoito ”Työrajoitteiset”	
<u>Vapaaehtoistoiminta</u>	Koko sektori		
Vapaaehtoistoiminnan lisääminen Ulkoiluttaminen Keskustelu Päiväparkki		Kotihoidolta lähettäjä toimintaan Kaupunginavustus	
Omaisten aktiivisuuden lisääminen ”Koulutus” omaisille RaVa		Yritetään kannustaa omaisia hoitamaan omaisiaan Ei voi painostaa eikä pakottaa	

<p><u>Neuvontapiste</u></p> <p>Kehitystyö käynnissä</p> <p>Muistineuvola Testit, lääkitys, omaiset, sairastunut, kotikäynnit</p> <p>Päivätoiminta Kaikille ilman ehtoja, omaishoidettaville muutama tunti tai koko päivä</p> <p>Viriketoiminta Kolmas sektori mukaan, ryhmät, yksityiset kotikäynnit, kerhotoiminta, ”jumppa”</p> <p><u>Ilta- ja yöajan hoitotyö</u></p>		<p>Toiminnan opettelu, toiminnan vakiintuminen Tunnetuksi tuleminen</p> <p>Ryhmien kokoontuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> - sairastuneet - omaiset <p>Muistihoitajan toimenkuvan muuttuminen Lähetteen opettelu</p> <p>Kolmas sektori kaupungin tuella tai erillinen henkilökunta</p>	
<p>Päivystävä sairaanhoitaja</p>	<p>10 sairaanhoitajaa</p>	<p>Joustavuutta Sama kännykkä kiertää</p>	<p>Koskee aikaa pe klo 15 – ma klo 7, varallaolo kiertävänä systeeminä</p>
<p>Yöajan turva</p>	<p>2-3 hoitajaa lisää kotihoitoon tai ulkoistaminen</p>	<p>Joustavuutta 1 lähihoitaja päivystää ja/tai kiertää Nosturi tms. mukana kuljetettava apuväline Kännykkä</p>	<p>Yöaika Joidenkin kohdalla säännölliset käynnit, lisäksi hälytykset</p>

Yöpartio			
Sairaanhoitaja iltoihin		Sinne voi tarvittaessa soittaa	
Turvapuhelinhälytykset pois Kaukolankodista	Kotihoidon henkilöstö		
<u>Omaishoidon kehittäminen</u>			
Omaishoidon lomitus	Lyhytaikainen lomitus		
Omaishoitajien parempi tukeminen	Säännölliset terveystarkastukset Apuvälineiden koulutus		
Päiväparkkitoiminta	Kaukolankoti	Joustavuus/koordinointi	

Piknik-risteily 15.4.2016

Kotihoidon resurssilisäys (1 fysioterapeutti ja 3 hoitajaa) 1.8.2016 alkaen:

Työryhmä 1:

- kotiutusfysioterapeutti hoito-osastolta lähtien
 - kuntoutus, joka jatkuu kotona
 - apuvälineet
- hyvinvointia edistävät kotikäynnit
 - joko kotihoidon fysioterapeutille tai muisti- ja palveluneuvontapisteen sairaanhoitajalle
- Poukan alueen asunnot keskitetyksi enemmän apua tarvitseville (tehostettu kotihoito)
- kotihoitoon porrastetut työajat (esim. klo 7.00-22.00 joka päivä), kaikki hoitajat eivät tule samaan aikaan työvuoroihin
- Kaukolankodissa 4 yöhoitajaa
 - laajempi yöajan turva
 - yöpartiointi
- kotihoidon viikonloppuun lisäresurssi
- toimintakykyä ylläpitävää toimintaa, sosiaalista kuntoutusta; työrajoitteiset työntekijät
- toimintakykymittarien tehokkaampi käyttö; RaVa!
 - ehdottomasti tietty RaVa-piste ennen kuin kotihoito mahdollista
- jos pelkän tukipalvelun (kylvetys, kauppa) tarve -> ei kotihoitoa, vaan joku muu palveluntuottaja
 - kauppapalvelu kotihoidosta pois -> yksityinen palveluntuottaja
- Marevan-hoito
 - INR-pikamittarit
 - Marevan-hoito vaihdetaan

Työryhmä 2:

- yöajan turva (turvapuhelin + yöpartio)
 - Kaukolankodissa 4 yöhoitajaa -> turvapuhelinhälytykset + yöpartio
 - Kaukolankodissa 3 yöhoitajaa -> kotihoito: varallaolo; yhteiskäyttö esim. hoito-osaston kanssa
 - Pihlajakoto 2 yöhoitajaa -> turvapuhelinhälytykset + yöpartio; 1 yöhoitaja pois Kaukolankodista; yöhoitajien määrä ei lisäännny
- kotihoitoon porrastetut työajat (esim. klo 7.00-22.00 joka päivä), kaikki hoitajat eivät tule samaan aikaan työvuoroihin
- päivätoiminta kaupungin omana toimintana Kaukolankodissa (saunotus + lounas)
- ”hyppyri” kotihoidon viikonloppuaamuihin
- hyvinvointia edistävät kotikäynnit
 - joko kotihoidon fysioterapeutille tai muisti- ja palveluneuvontapisteen sairaanhoitajalle
- kotihoidon toimenkuvien tarkastelu/päällekkäiset asiakkuudet: kotihoitoryhmä ja muistihoitaja
- kotiutusfysioterapeutti
 - fysioterapeutti aktiivisesti kotiuttamisen yhteydessä
- kotihoidon asiakkaiden palvelutarpeen arviointi -> asiakkuuden kriteerit
- INR-pikamittari /Marevan-lääkityksen tarkastelu

Työryhmä 3:

- hyvinvointia edistävät kotikäynnit
 - kotihoidon fysioterapeutti, tarvittaessa muisti- ja palveluneuvontapisteen sairaanhoitaja
- hoitopalaverit hoito-osastolla
 - osallistuu sekä ryhmän sairaanhoitaja että fysioterapeutti
- kotihoitoasiakkaiden yöaikainen hoito
 - ostopalvelu
- kahden autettavat asiakkaat? parityöskentely?
- kotihoidon fysioterapeutti tekee asiakkaan kotikäynnin ennen kuin asiakas kotiutuu hoito-osastolta; fysioterapeutti asiakkaan tukena kotiutuksen jälkeen muutaman päivän
- sairaanhoitaja kotihoidon iltavuoroihin
- hoitajalisäykset mahdollistavat käynnit 4-5 kertaa vuorokaudessa
 - kotihoitoon porrastetut työajat (esim. klo 7.00-22.00 joka päivä), kaikki hoitajat eivät tule samaan aikaan työvuoroihin
- ”hyppyri” kotihoidon viikonloppuaamuihin