

Opinnäytetyö (YAMK)

Sosiaalialan koulutusohjelma

YSOSTS14

2016

Kirsi Routi-Pitkänen

PALVELUTARPEEN ARVIOINTIPROSESSIT UUDENKAUPUNGIN VANHUSTEN PALVELUISSA

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaalialan koulutusohjema

2016 | 81+21

Ohjaaja Kari Salonen

Kirsi Routi-Pitkänen

PALVELUTARPEEN ARVIOINTIPROSESSIT UUDENKAUPUNGIN VANHUSTEN PALVELUISSA

Kehittämishankkeen tehtävänä oli mallintaa iäkkään asiakkaan palvelutarpeen arviointiprosessi ja kehittää siinä käytettäviä asiakasta osallistavia toimintatapoja.

Hanke toteutettiin Uudenkaupungin vanhusten palveluissa vuosien 2014–2016 aikana. Hankkeen tavoitteet ja tehtävät asetettiin Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015–2016 -strategian perusteella.

Hanketyöryhmä koostui Uudenkaupungin vanhusten palveluiden asiantuntijaryhmään kuuluvista esimiehistä ja asiantuntijoista. Hanke lähti liikkeelle palvelutarpeen arviointiprosessin nykytilan kuvaamisesta ja ongelmakohtien kartoittamisesta. Tämän jälkeen ongelmakohtista johdettuja kehittämistehtäviä työstettiin pienryhmissä. Asiakasta osallistavia toimintatapoja kehitettiin pienryhmissä kokeilemalla niitä käytännössä. Lopuksi laadittiin palvelutarpeen arviointiprosessin tavoitetilan kuvaukset.

Kehittämishankkeen tuloksena syntyivät kotiutustiimin, omaishoidon tuen ja ympärivuorokautisen hoidon palvelutarpeen arviointiprosessien kuvaukset. Kuvaukset sisältävät prosessikaavion, vaiheiden kuvauksen ja perustieto-sivun. Asiakasta osallistavina toimintatapoina käyttöön otettiin kotikokeilu, kotikäynti ja parityöskentely.

ASIASANAT:

palvelutarpeen arviointi, iäkäs, ikääntyneet, palvelutarpeen arviointiprosessi, prosessikuvaus, toimintatapa

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social Services

2016 | 81+21

Instructor Kari Salonen

Kirsi Routi-Pitkänen

ASSESSMENT PROCESSES OF SERVICE NEEDS IN MUNICIPAL SERVICES FOR OLDER PEOPLE IN UUSIKAUPUNKI

The purpose of the development project was to describe the assessment process of service needs of an older client and develop the working methods involving the client used in it.

The project was carried out in the municipal services for older people in Uusikaupunki during 2014-2016. The objectives and tasks of the project were based on Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015-2016 (Age-friendly Uusikaupunki 2015–2016) strategy.

The project team consisted of managers and experts that were a part of an expert group on the municipal services for older people in Uusikaupunki. The project started with the description of the current state of the assessment process of service needs and mapping out the possible problems. After this, development tasks derived from the found problems were discussed in small groups. Working methods involving the client were developed in small groups by trying them out in practice. Finally, the ideal assessment processes of service needs were described.

The result of the project were the descriptions of assessment processes of service needs of the discharge team, support of kinship care and round-the-clock care. The descriptions included a process chart, the description of different steps and a basic information page. The working methods, that involve the client and that were taken into practice, included house calls and working in pairs as well as trying out whether the patient can manage at home with the help of, for example, home care.

KEYWORDS:

Assessment of service needs, aged, assessment process of service needs, process description, working method

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET	7
1 JOHDANTO	8
2 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA PERUSTELUT	10
2.1 Uudenkaupungin vanhusten palvelut kehittämissympäristönä	10
2.2 Hankkeen tausta ja tarve	12
2.3 Hankkeen tavoitteet ja kehittämistehtävät	14
3 IÄKKÄIDEN PALVELUT	15
3.1 Iäkäs henkilö	15
3.2 Iäkkäiden palvelut murroksessa	16
4 PALVELUTARPEEN ARVIOINTI	24
4.1 Ikääntyneiden palvelutarpeet	24
4.2 Palvelutarpeen arvioinnin lähtökohdat	25
4.3 Arviointi palveluprosessin osana	31
5 LAADUNHALLINTA JA PROSESSIEN KEHITTÄMINEN	34
5.1 Laatuajattelusta jatkuvaan laadun parantamiseen	34
5.2 Prosessien kuvaaminen ja kehittäminen	36
5.3 Laatu- ja prosessityö Uudenkaupungin vanhusten palveluissa	41
6 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	44
6.1 Hankkeen lähtökohdat	44
6.2 Kehittämistoiminnan kuvaus	44
6.3 Kehittämismenetelmät	48
6.4 Aloitusvaihe	52
6.5 Suunnittelu- ja organisointivaihe	54
6.6 Toteutusvaihe	57
6.7 Arviointivaihe	68
6.8 Hankkeen tuotokset ja juurruttaminen	69
7 ARVIOINTI	72
LÄHTEET	77

LIITTEET

- Liite 1. Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015–2016 suunnitelman toimenpideohjelma
- Liite 2. Ikääntyneen väestön palvelujen tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä
- Liite 3. Palvelutarpeen arvioinnissa huomioon otettavia tekijöitä
- Liite 4. Prosessikuvausten merkintätavat
- Liite 5. Ensikontaktilomake
- Liite 6. IMS-kolmisivutekniikka
- Liite 7. Työversio vaiheiden kuvaus -lomakkeesta
- Liite 8. Uudenkaupungin vanhusten palvelut, internet-sivuston etusivu
- Liite 9. Prosessikaavio, palvelutarpeen arviointiprosessin nykytilankuvaus
- Liite 10. Prosessikaavio, palvelutarpeen arviointi kotiutustiimissä
- Liite 11. Prosessikaavio, ympärivuorokautinen hoito
- Liite 12. Prosessikaavio, ympärivuorokautisen hoidon tarpeen arviointi
- Liite 13. Prosessikaavio, yli 65 vuotiaiden omaishoidon tuki
- Liite 14. Prosessikaavio, yli 65 vuotiaiden omaishoidon tuen tarpeen arviointi
- Liite 15. Kotihoidon kriteerit
- Liite 16. Omaishoidon tukihakemus
- Liite 17. Hankeorganisaation työryhmät ja sidosryhmät

KUVAT

- Kuva 1. Vanhustyön asiantuntijaryhmä tarkentamassa kehittämiskohteita Me-We-Us-menetelmää soveltaen. Kuva: Kirsi Routi-Pitkänen. 53
- Kuva 2. Seinätekniikka ja tietotekniikka hanketyöryhmän menetelminä Kuva: Kirsi Routi-Pitkänen. 54
- Kuva 3. Nykytilankuvaus seinätekniikalla toteutettuna. Kuva: Kirsi Routi-Pitkänen. 57
- Kuva 4. Kotiutustiimi laatimassa prosessikuvausta. Kuva: Kirsi Routi-Pitkänen. 65

KUVIOT

- Kuvio 1. Uudenkaupungin palvelutuotanto-organisaatio (Uusikaupunki 2015b). 11
- Kuvio 2. Uudenkaupungin vanhusten palvelujen organisaatiokaavio. 12
- Kuvio 3. Ikääntyneiden palvelujen eri muotoja (mukailen Klemola 2016, 25). 19
- Kuvio 4. Palvelutarpeen selvittäminen osa palveluprosessia (Moisio ym. 2013, 30). 32
- Kuvio 5. Prosessien kehittämisprisma (Virtanen & Wennberg 2007, 115). 36
- Kuvio 6. Prosessit ja arvon luonti (Laamanen & Tinnilä 2013, 10). 37
- Kuvio 7. Prosessien kuvaustasot (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012, 6). 38
- Kuvio 8. Demingin PDCA-ympyrä (Lecklin 2006, 49). 42
- Kuvio 9. Uudenkaupungin vanhustyön prosessikartta (Vanhustyön asiantuntijaryhmä 2013) 43
- Kuvio 10. Projektityön lineaarinen malli (vrt. Pelin 1999, Toikko & Rantanen 2009, 64 mukaan). 45
- Kuvio 11. Toimintatutkimuksen spiraalimalli (Toikko & Rantanen 2009, 67). 46

Kuvio 12. Kehittämishankkeen eteneminen.	47
Kuvio 13. Hankeorganisaatio ja pienryhmien kehittämistehtävät.	56

TAULUKOT

Taulukko 1. Ennuste ikääntyneen väestön määrän kehityksestä Uudessakaupungissa vuosina 2013–2030 (Uusikaupunki 2015a, 20).	10
--	----

KÄYTETYT LYHENTEET

EFQM	European Foundation for Quality Management. Euroopan laatupalkinto. Kriteeristö on vuodesta 2001 toiminut Suomen Laatupalkinto-kilpailun arviointikriteeristönä. (EFQM 2016; Pekurinen ym. 2008, 12.)
IMS Ohjelmisto	Integrated Management System. Laadunhallinta- toiminta- tai johtamisjärjestelmän selainpohjainen kehitysalusta (IMS 2016.)
ISQua	The International Society for Quality in Health Care (ISQua 2016).
JUHTA	Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta.
PDCA	Plan, Do, Check, Act. Ongelmanratkaisun malli, jota käytetään laatuprojekteissa. Kutsutaan usein Demingin tai Shewhartin kehittämissympyräksi tai laatukehäksi.(Tuurala & Holma 2009, 37.)
PTA	Tässä kehittämishankkeen raportissa käytetty lyhenne käsitteestä palvelutarpeen arviointi.
SAS	Senior´s assesment system, suomennos selvitä, arvioi ja si-joita (Finne-Soveri 2010, 83).
SHQS	Sosiaali- ja terveystalvveluiden laatuohjelma, Social and Health Quality Service. Perustuu kansainväliseen menetelmään ja on kehitetty yhteistyössä ISQuan kanssa. SHQS-laatuohjelman arviointikriteeristö on kehitetty vastaamaan suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden arviointitarvetta. Laatuohjelma huomioi suomalaisen lainsäädännön, valtakunnalliset suositukset sekä hyvät hoitokäytännöt. Arviointikriteeristö sisältää ISO9001:2008 -standardin keskeiset vaatimukset, jotka on sovitettu sosiaali- ja terveydenhuollon kielelle. (Qualification 2016.)
TOIMIA	Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioimisen kansallinen asiantuntija verkosto. TOIMIA-tietokanta on asiantuntijaryhmän päivittävä ja täydentävä toimintakyvyn mittaamisesta ja arvioinnista luotettavaa tietoa etsivien ammattilaisten työväline. Tietokantaa ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (THL 2016.)
WHO	World Health Organization, Maailman terveysjärjestö.

1 JOHDANTO

Kehittämishankkeen tehtävänä oli mallintaa Uudenkaupungin vanhusten palveluihin sujuva ja nopea palvelutarpeen arviointiprosessi ja kehittää siinä käytettäviä asiakasta osallistavia toimintatapoja. Kehittämishankkeessa palvelutarpeen arviointia tarkasteltiin prosessina, joka alkaa asiakkaan, omaisen tai muun tahon yhteyden otosta ja päättyy päätöksen ja/tai palvelusuunnitelman tekoon.

Kehittämishankkeen tehtävät perustuivat Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015–2016 –suunnitelmaan. Uusikaupunkilaisille halutaan turvata ikääntyminen terveenä ja toimintakykyisenä ja kotona asuminen mahdollisimman pitkään riittävien kotiin annettavien palvelujen avulla. Elämän loppuvaiheen hoito halutaan turvata kodinomaisessa hoitopaikassa. Asiakkaiden osallisuus ja osallistuminen itseään koskevaan päätöksen tekoon on keskeinen arvo.

Suunnitelman mukainen palvelurakenteen muutos, uusien toimintojen ja kuntouttavien palvelumuotojen kehittäminen ja käyttöönotto Uudenkaupungin vanhusten palveluissa edellytti palvelutarpeen arvioinnin käytäntöjen uudelleen tarkastelua ja kehittämistä.

Hanketyöryhmä koostui Uudenkaupungin vanhusten palveluiden asiantuntijaryhmään kuuluvista esimiehistä ja asiantuntijoista. Hanketyöryhmä kokoontui hankkeen aikana seitsemän kertaa. Sen tehtävänä oli seurata, arvioida ja ohjata hankkeen etenemistä. Hanke lähti liikkeelle palvelutarpeen arviointiprosessin nykytilan kartoituksesta ja kuvaamisesta.

Nykytilan kartoituksessa havaittuja kehittämiskohteita työstivät hanketyöryhmän nimeämät pienryhmät. Asiakasta osallistavia toimintatapoja pienryhmät kehittivät kokeilemalla niitä käytännössä. Palvelutarpeen arviointiprosessin mallinnukset, eli tavoitetilan kuvaukset, laadimme huomioiden pienryhmien työskentelyjen tuotokset.

Raportin toisessa luvussa kuvaan Uudenkaupungin vanhusten palveluja kehittämisympäristönä, selvitän kehittämishankkeen taustoja ja esittelen kehittämishankkeen tavoitteet ja tehtävät. Iäkkään henkilön käsitettä määrittelen kolmannessa luvussa, jossa esittelen iäkkäiden palveluja ja niiden järjestämisen haasteita.

Neljännessä luvussa käsittelen ikääntyneen väestön palvelutarpeita ja iäkkään henkilön palvelutarpeen arvioinnin lähtökohtia, jotka perustuvat pääosin sosiaalihuoltolakiin ja vanhuspalvelulakiin. Laadunhallintaa ja sen yhteyttä prosessien kuvaamiseen ja kehittämiseen kuvaan luvussa viisi, jossa kerron myös miten se toteutetaan Uudenkaupungin vanhusten palveluissa.

Kuudennessa luvussa kerron kehittämishankkeemme toteutuksesta ja organisoinnista, käytetyistä kehittämismenetelmistä ja hankkeen etenemisestä. Kuudennen luvun lopussa on kuvaus kehittämishankkeen tuotoksista. Luvussa seitsemän arvioin kehittämishankkeen etenemistä, tuotosta sekä saavutimme ko hankkeelle asetetut tavoitteet ja tehtävät.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN TAUSTA JA PERUSTELUT

2.1 Uudenkaupungin vanhusten palvelut kehittämissympäristönä

Uudessakaupungissa oli vuode 2014 lopussa 15 567 asukasta. Asukaista 65 vuotta täyttäneitä oli 3998 eli hieman yli 25 prosenttia ja 75 vuotta täyttäneitä oli 1644 eli hieman yli 10 prosenttia asukkaista. (Tilastokeskus 2016a.)

Vuoteen 2030 mennessä kaupungin väkiluvun ennustetaan vähenevän noin 800 asukkaalla. Samanaikaisesti yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaisi 35 prosenttiin ja yli 75 vuotiaiden osuus väestöstä kaksinkertaistuisi hieman yli 20 prosenttiin. (Tilastokeskus 2016b.)

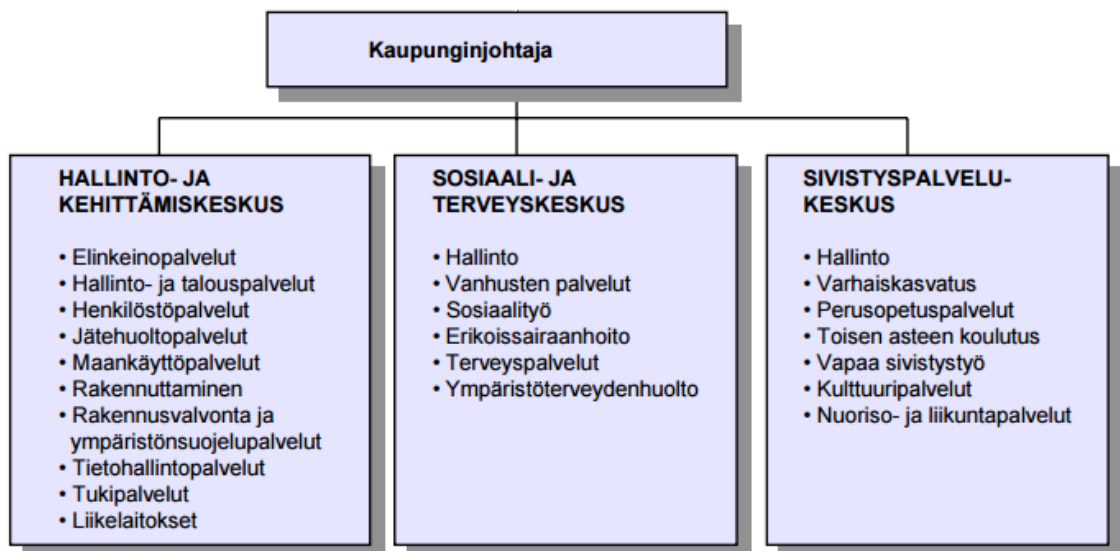
Taulukossa 1, joka on laadittu Tilastokeskuksen 28.9.2012 päivittämien tietojen perusteella, on nähtävissä sama kehityssuunta. Ikääntynen väestön määrän kasvu on voimakkainta 75–84 vuotiaiden ja 85- vuotta täyttäneiden ikäryhmissä. Sen sijaan 65–74 vuotiaiden määrä näyttäisi ensin kasvavan ja kääntyvän myöhemmin laskuun vuosien 2020 ja 2030 välisenä aikana.

Taulukko 1. Ennuste ikääntyneen väestön määrän kehityksestä Uudessakaupungissa vuosina 2013–2030 (Uusikaupunki 2015a, 20).

	2013	2014	2015	2016	2017	2020	2030
Väestö yhteensä	15 492	15 413	15 341	15 273	15 212	15 049	14 628
65-74 v.	2 281	2 398	2 482	2 554	2 642	2 750	2 274
75-84 v.	1 135	1 192	1 216	1 277	1 306	1 501	2 314
85- v	447	464	480	482	491	551	877
Yli 65 v. yhteensä	3 863	4 054	4 178	4 313	4 439	4 802	5 465
Yli 75 v. yhteensä	1 582	1 656	1 696	1 759	1 797	2 052	3 191
Yli 85 v. yhteensä	447	464	480	482	491	551	877

Väestörakenteen kehitys Uudessakaupungissa noudattelee Suomessa yleisesti tapahtuvaa väestörakenteen muutosta. Suomessa 65 vuotta täyttäneiden kokonaismäärän ennustetaan kasvavan aina 2030-luvun puoliväliin asti. Tämän jälkeen määrä pysyisi suunnilleen samana vuoteen 2050 asti. 75 vuotta täyttäneiden määrä yli kaksinkertaistuu. Suurin kasvu tapahtuu kuitenkin 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä. (Voutilainen ym. 2008, 12.)

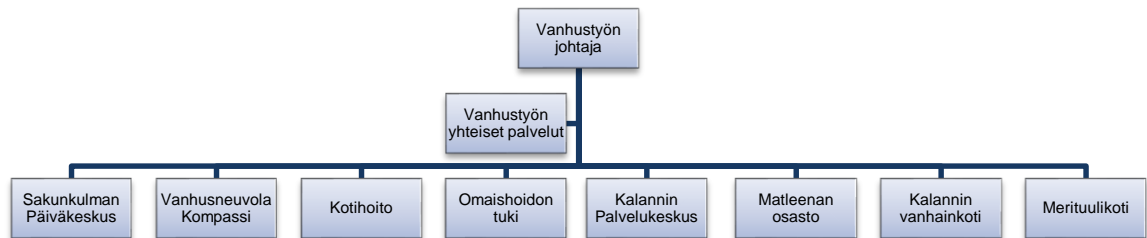
Uudenkaupungin palvelutuotanto-organisaatio koostuu kuvion 1. mukaisesti kaupunginjohtajan alaisuudessa toimivista hallinto- ja kehittämis-, sosiaali- ja terveys- sekä sivistyspalvelukeskuksista. Palvelukeskukset jakautuvat tulosalueisiin. Vanhusten palvelut, josta vakiintuneen käytännön mukaan käytetään myös nimitystä vanhustyö, kuuluu Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskukseen, jonka toiminnasta vastaa sosiaali- ja terveysjohtaja. (Uusikaupunki 2015b.)



Kuvio 1. Uudenkaupungin palvelutuotanto-organisaatio (Uusikaupunki 2015b).

Vanhusten palvelujen organisaatio rakentuu kuvion 2. mukaisesti vanhustyön johtajan vastuualueeseen kuuluvista yksiköistä. Hyvinvointia edistäviä palveluja tarjoavat Sakunkulman päiväkeskus ja vanhusneuvola Kompassi. Kotiin annettavia palveluja ovat kotihoito, tukipalvelut ja omaishoidon tuki. Ympäri vuorokautista hoitoa tarjoavat Kalannin palvelukeskus, Kalannin vanhainkoti, Merituulikoti ja Matleenan osasto. Oman toiminnan lisäksi palveluja järjestetään ostopalveluina

(tavallinen ja tehostettu palveluasuminen), perhehoitona ja palvelusetelillä (siivousapu, kauppapalvelu, kotihoito ja tehostettu palveluasuminen). Kolmannen sektorin kanssa tehtävää yhteistyötä koordinoi vapaaehtoistyön koordinaattori.



Kuvio 2. Uudenkaupungin vanhusten palvelujen organisaatiokaavio.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi sisältää säännölliselle kotihoidolle, omaishoidon tuelle, tehostetulle palveluasumiselle ja pitkäaikaiselle laitoshoidolle asetetut valtakunnalliset määrälliset tavoitteet. Valtakunnalliset tavoitteet ohjaavat kuntia kehittämään toimintaansa siten, että vuoteen 2017 mennessä 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 91–92 prosenttia asuisi kotonaan, 13–14 prosentilla olisi mahdollisuus kotihoitoon ja 8-10 prosenttia olisi ympärivuorokautisessa hoidossa. Vanhainkodeissa ja laitoshoidossa olevien osuus olisi 2-3 prosenttia. (STM & Suomen Kuntaliitto 2013a, 39.)

Uudessakaupungissa vuoden 2015 lopussa ympärivuorokautisessa hoidossa oli 8,4 prosenttia yli 75 vuotiaista, säännöllistä kotihoitoa saavia oli 12,6 prosenttia ja 3,7 prosenttia oli omaishoidon tuen piirissä. Omissa kodeissaan tai kodinomaisissa olosuhteissa asui 91,6 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä, kun mukaan lasketaan kotiin annettavia palveluita käyttäneet asiakkaat. (Uusikaupunki 2016, 3-19.)

2.2 Hankkeen tausta ja tarve

Uudenkaupungin sosiaali- ja terveystalvissa otettiin vuonna 2008 käyttöön SHQS- laatuohjelma. Laatuohjelma toimii laadunhallinnan tukena ja ohjaa laatu- järjestelmän kehittämistyötä (Qualification 2016). Sosiaali- ja terveystalvakeskuksen

johtoryhmän 21.9.2011 vahvistaman laatupolitiikan mukaan henkilöstön toimintaa ohjaa jatkuva laadunparantaminen, joka toteutuu asiakastarpeisiin perustuvien prosessien arvioinnin ja kehittämisen kautta (Uusikaupunki 2012, 14).

Vanhustyön prosessissa (Kuvio 9.) palvelutarpeen selvittämisen tärkeyttä on korostettu esittämällä se yhtenä ydinprosessina prosessikartassa. Laatuohjelman mukaiseen työskentelyyn sisältyvät vuosittain tehtävät itsearviointit, johdon katselmukset sekä sisäiset ja ulkoiset auditoinnit. Palvelutarpeen arviointiprosessi mallintaminen sekä eri palveluiden myöntämiskriteerien päivittäminen ovat nousseet kehittämiskohteiksi laatutyön kautta.

Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (980/2012), jäljempänä vanhuspäätös, mukaan kuntien on laadittava suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi ja iäkkäiden tarvitsemien sosiaalipalvelujen järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015–2016 niminen suunnitelma hyväksyttiin kaupunginvaltuustossa maaliskuussa 2015 (Uusikaupunki 2015a).

Laatusuosituksen (STM & Suomen Kuntaliitto 2013a, 15) mukaan ikäystävällisyys tarkoittaa ikääntyvän väestön moninaisuuden huomioimista kuntien toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa. Se näkyy pyrkimyksenä tarjota iäkkäille kuntalaisille mahdollisuudet terveeseen ja toimintakykyiseen ikääntymiseen ja elämän loppuvaiheessa tarvittavaan hoivaan ja huolenpitoon. Maailman terveysjärjestön (WHO 2007; WHO 2016) mukaan ikäystävällinen yhteiskunta tarjoaa kaikenikäisille mahdollisuuksia osallistua yhteiseen toimintaan ja kohtelee kaikkia kunnioittavasti - iästä riippumatta.

Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015–2016 -suunnitelma rakentuu neljästä osaluokasta: palvelurakenteen kehittäminen, asiakkaiden osallisuus, henkilöstön hyvinvointi ja palveluiden tuottaminen. Näistä palvelurakenteen kehittäminen sisältää lisäksi omat osionsa hyvinvointia edistävästä palveluista, kotiin annettavista palveluista ja ympärivuorokautisesta hoivasta. Palvelutarpeen selvittämisen yhtenäisten toimintatapojen laatiminen ja asiakasta osallistavien toimintatapojen

kehittäminen ovat osa toimenpideohjelmaa. (Uusikaupunki 2015a.) Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015–2016 -suunnitelma toimenpiteineen on esitetty tiivistetyssä muodossa liitteessä 1.

2.3 Hankkeen tavoitteet ja kehittämistehtävät

Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015–2016 suunnitelma sisältää toimenpiteet vanhusten palvelujen palvelurakenteen uudistamisesta vanhustalulain ja laatusuosituksen mukaisesti. Kotihoidon resursseja lisätään ja toimintatapoja uudistetaan kuntouttavampaan suuntaan samalla kun ympärivuorokautisessa hoidossa vähennetään pitkäaikaisten hoitopaikkojen osuutta ja kehitetään kuntouttavaa lyhytaikaishoitoa. (Uusikaupunki 2015a.)

Palvelurakenteen muutos ja uusien kuntouttavien palvelumuotojen kehittäminen ja käyttöönotto vanhusten palveluissa edellyttävät palvelutarpeen arvioinnin käytäntöjen uudelleen tarkastelua ja kehittämistä.

Kehittämishankkeen tavoitteena on sujuva ja nopea palvelutarpeen arviointiprosessi, jossa asiakas on osallisena ja aktiivisena toimijana. Tavoitteena on lisäksi vanhusten palvelujen kustannusten kasvun hillitseminen, kun palvelut kohdentuvat oikein.

Kehittämishankkeen tehtävänä on

1. Mallintaa palvelutarpeen arviointiprosessi Uudenkaupungin vanhusten palveluissa.
2. Kehittää palvelutarpeen arvioinnissa käytettäviä asiakasta osallistavia toimintatapoja.

Hanke tuottaa Uudenkaupungin vanhusten palveluille asiakasta osallistavan palvelutarpeen arvioinnin toimintamallin prosessikaaviona ja vaiheiden kuvauksena sekä palvelujen myöntämisen perusteet. Malli soveltuu henkilökunnan perehdytyksen välineeksi.

3 IÄKKÄIDEN PALVELUT

3.1 Iäkäs henkilö

Vanhuspalvelulaissa (980/2012) ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä (63+) olevaa väestöä. Iäkäs on puolestaan henkilö, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkea iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta.

Ikäihmisten ryhmittelyä ikääntyneisiin ja iäkkäisiin voidaan rinnastaa myös käsitteisiin kolmas, neljäs ja viides ikä. Tässä ryhmittelyssä ikäryhmät erottuvat toisistaan toimintakyvyn ja palvelutarpeen perusteella. Puhutaankin toimintakyvystä iästä. (Sarvimäki & Heimonen 2010, 15.) Kolmas ikä on Laslettin (1989, Kariston 2004, 91 mukaan) mukaan aikaa, jolloin ei olla enää työssä mutta ollaan aktiivisia ja toimintakykyisiä ja omistaudutaan oman hyvinvoinnin ylläpitämiseen. Kolmas ikä korostaa ikääntyneen roolia kuluttajana ja valintoja tekevänä toimijana (Karisto 2004, 102).

Itsenäistä selviytymistä vaikeuttava toimintakyvyn lasku ja ulkopuolisen avuntarpeen lisääntyminen ajoittuu noin 80–85 vuoden ikään. Tätä ikävaihetta kuvataan käsitteellä neljäs ikä. Toiminnanrajoitteiden ja toimintakyvyn vajeiden määrän edelleen kasvaessa tullaan vaiheeseen, jossa ollaan riippuvaisia toisista henkilöistä. Tästä ikävaiheesta on alettu käyttää nimitystä viides ikä. (Helin 2002, 37–38; Marin 2002, 115.)

Sarvimäki ja Stenbock-Hult (2010, 33) lähestyvät ikääntymistä haavoittuvuuden näkökulmasta. Herkästi haavoittuva ikääntynyt on hauras, heikko ja helposti särkyvä. Neljännessä iässä ikääntyneen haavoittuvuus korostuu. Jos ikääntyneen tukijärjestelmä pettää tai hän sairastuu äkillisesti tai kaatuu, toimintakyky voi romahtaa ja hänen palveluntarpeensa kasvaa. Viidennessä iässä, riippuvuuden ja avuttomuuden vaiheessa, iäkkään haavoittuvuus on erityisen suurta.

Kalliomaa-Puha (2014, 323–324) tarkastelee heikkoja ja hauraita ikäihmisiä sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaina ja kuluttajina. Termeillä go-go, slow-go ja no-go kuvataan kuluttajuutta kolmannen, neljännen ja viidennen iän vaiheissa. Slow-go ja no-go ryhmään kuuluvat iäkkäät kuluttajat, joiden meno on vähintään hidastunut, ellei kokonaan lakannut. Go-go kuluttajat ovat aktiivisia ja ostovoimaisia kolmasikäisiä.

Iäkkäät ihmiset eivät ole yhtenäinen ryhmä, niin kuin ei ole mikään muukaan ikäryhmä. Iäkkäät ovat hyvin eri-ikäisiä 63 vuotiaista aina yli 100 vuotta täyttäneisiin. On erilaisia miehiä ja naisia, joista suuri osa on terveitä ja hyväkuntoisia. On aktiivisia ”harmaita panttereita” ja toisaalta niitä iäkkäitä ihmisiä, jotka toimintakykynsä rajoitteiden vuoksi eivät pysty ilman tukea osallistumaan yhteisönsä tai yhteiskunnan toimintoihin. On hyväosaisia, syrjäytyneitä, erialaisiin vähemmistöihin kuuluvia ja etniseltä taustaltaan erilaisia iäkkäitä. (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto 2013 b, 15; Törmä ym. 2014.)

Tässä kehittämishankkeessa käytän pääsääntöisesti vanhuspalvelulaissa määriteltyjä käsitteitä iäkäs ja ikääntynyt. Vanhus sana esiintyy kuitenkin vakiintuneissa ja virallisissa nimikkeissä, kuten esimerkiksi vanhuspalvelulaki ja Uudenkaupungin vanhusten palvelut tai vanhustyö.

3.2 Iäkkäiden palvelut murroksessa

Palvelujen järjestäminen

Valtakunnallisesti ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä johdetaan Ikääntymispolitiikalla, jonka tavoitteena on edistää ikääntyneiden toimintakykyä, itsenäistä elämää ja aktiivista osallistumista yhteiskuntaan. Ikääntyneitä tuetaan ottamaan vastuuta oman terveytensä ja toimintakykynsä säilyttämisestä. (STM & Suomen Kuntaliitto 2013a, 15; STM 2016c.) Ikääntymispolitiikan toteuttamista sekä palvelujen järjestämistä kunnissa ohjataan lainsäädännöllä, strategioilla, laatusuosituksilla, kehittämisohjelmilla ja -hankkeilla. (STM 2016c.)

Vanhuspalvelulain mukaan ikääntyneiden palvelutarpeisiin on ensisijaisesti vastattava niin, että ne tukevat ikääntyneiden kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia ja ennalta ehkäisevät muun palvelutarpeen syntymistä, Pitkäaikainen hoito ja huolenpito tulee toteuttaa ensisijaisesti ikääntyneen kotiin tai muuhun kodin omaiseen hoitopaikkaan järjestettävillä iäkkään tarpeita vastaavilla palveluilla. (Vanhuspalvelulaki 980/2012; STM & Suomen Kuntaliitto 2013a, 37.) Vanhuspoliittisia strategioita laadittaessa tarvitaan monipuolista ikääntyneiden kuntalaisten palveluiden tarpeisiin ja hyvinvointiin liittyvää tietoa, joita on esimerkin omaisesti lueteltu liitteessä 2. (STM 2006, 1; STM & Suomen Kuntaliitto 2013a, 38; Helin & von Bonsdorff 2013, 426.)

Hallituksen strategiset tavoitteet konkretisoituvat niin sanotuissa kärkihankkeissa (Valtioneuvoston kanslia 2015, 20). Juuri käynnistyvistä Sipilän hallituksen kärkihankkeista ikääntyneiden palvelurakenteiden kehittämiseen kohdistuvat muun muassa kotihoidon kehittäminen ja omaishoidontuen vahvistaminen (STM 2016b). Palvelutarpeen arviointiin on tarpeen kehittää kansallisesti yhtenäisiä menetelmiä ja indikaattoreita ja niitä on levitettävä tehokkaasti yhteistyössä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa. (STM 2014, STM 2016b.)

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää kehitettäessä tavoitteena on integroitu kokonaisuus. Palveluja yhteen sovittamalla ja kehittämällä välimuotoisia palveluja voidaan tukea kotona asumista, myöhentää pitkäaikais-hoidon tarvetta, vähentää epätarkoituksenmukaista sairaalahoitoa ja tukea kotiutumista sairaalasta. (Voutilainen 2009, 121.)

THL:n vuoden 2014 lopun tilannetta kuvaavan tilastoraportin mukaan ikääntyneiden palvelujärjestelmän rakenteet ovat muuttuneet vanhuspalvelulain voimaantulon jälkeen. Yli 75 vuotiaiden tehostetun palveluasumisen käyttö on lisääntynyt ja laitoshoidon määrä on vähentynyt. Pitkäaikaishoito terveyskeskusten vuodeosastolla on vähentynyt noin 30 prosenttia. Säännöllisen kotihoidon yli 75-vuotiaiden asiakkaiden määrä on laskenut 0,1 prosenttiyksikköä ollen vuoden 2014 lopussa 11,8 prosenttia. Laatusuosituksessa tavoitteeksi on asetettu 13–14 prosenttia. Kattavuus vaihteli maakunnittain 9,5 prosentista 15,7 prosenttiin. (Väyrynen & Kuronen 2015, 3, 5.)

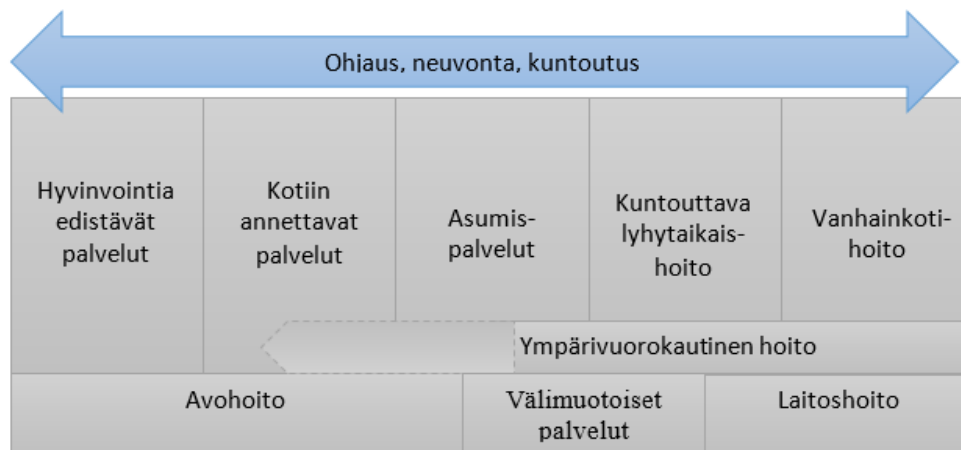
Hyvinvointia edistäviä palveluja järjestetään kunnissa vaihtelevasti. Vuoden 2014 lopussa lähes kaikissa kunnissa järjestettiin ikääntyneen väestön hyvinvointia tukevia neuvontapalveluja. Toiseksi yleisin palvelujen järjestämismuoto oli kotikäynnit. Hyvinvointia tukevia terveystarkastuksia järjesti kaksi kolmasosaa kunnista. (Hakamäki ym. 2015, 3.)

lääkäiden palvelut

Ikääntyneiden palveluissa avo-, välimuotoinen- ja laitoshoido muodostavat jatkumon, jossa tavoitteena on iäkkään palveluketjun saumattomuus. (Paasivaara ym. 2002, 50; STM:n asetus1806/2009.) Palveluissa painopistettä ollaan siirtämässä yhä enemmän avohoitoon, hyvinvointia ja terveyttä edistäviin, kuntouttaviin ja kotiin annettaviin palveluihin, omais- ja perhehoitoon (Vanhuspalvelulaki 980/2012; Finne-Soveri 2013, 81; STM & Suomen Kuntaliitto 2013b, 36).

Ympäri vuorokautista hoito järjestetään perinteisesti laitoshoidona ja tehostetussa palveluasumisessa, mutta painopisteen siirtyessä kotihoitoon palvelujen tulisi tarvittaessa oltava saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina myös avohoidossa (Valvira 2014, 1-2). Pitkäaikaista laitoshoidoa erityisesti terveyskeskusten vuodeosastoilla ollaan purkamassa ja kehittämässä sen tilalle uusia välimuotoisia palveluja, kuten esimerkiksi lyhytaikaista geriatriasta kuntoutusta (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 21).

Kuviossa 3 olen kuvannut näkemykseni ikääntyneiden palvelujen keskeisimmistä muodoista Klemolaa (2016, 25) mukailen. Kaikkiin palvelumuotoihin tulee sisältyä iäkkään yksilöllisten tarpeiden mukaan ohjausta, neuvontaa ja kuntoutusta.



Kuvio 3. Ikääntyneiden palvelujen eri muotoja (mukaillen Klemola 2016, 25).

Hyvinvointia edistävät palvelut

Hyvinvointia edistävillä palveluilla tarkoitetaan ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia neuvontapalveluja. Ikääntyneen väestön ohella neuvontapalveluja voidaan antaa myös muille asiasta kiinnostuneille, kuten omaisille ja läheisille. Ohjausta ja neuvontaa on tarpeen mukaan sisällytettävä kaikkiin iäkkäälle henkilölle järjestettäviin palveluihin. Riskiryhmiin kuuluville on lisäksi järjestettävä terveystarkastuksia, vastaanottoja tai kotikäyntejä. (Vanhuspalvelulaki 980/2012; STM & Suomen Kuntaliitto 2013a, 24–28; STM & Suomen Kuntaliitto 2013b, 14–15.)

Terveydenhuollossa ikääntyneiden terveyttä edistävän toiminnan tavoitteena on primaariprevention eli terveyttä uhkaavien riskien välttämisen lisäksi sairauksien mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja asianmukainen hoitaminen. Puhutaan sekundaaripreventiosta, varhaisesta tuesta jolla pyritään ehkäisemään sairauksien uusiutuminen tai eteneminen. (Helin & von Bonsdorff 2013, 430.)

Hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen sisällöstä säädetään vanhuspalvelulaissa (980/2012) mutta palvelujen toteuttamistavat ovat kunnan harkinnassa. Palveluja voidaan antaa matalan kynnyksen toiminta-paikoissa, liikkuvina palveluina, puhelimitse, verkkopalveluina tai yhteispalvelupisteiden toimintaan yhdis-

tettynä. (Kunnat.net 2016.) Tällaisia palveluja voivat olla muun muassa neuvon-
tapalvelut, päiväkeskustoiminta, hyvinvointia edistävät kotikäynnit, kuntoutus ja
rokotukset (STM 2016a).

Kotiin annettavat palvelut

Kotipalvelulla tarkoitetaan iäkkään asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toiminta-
kyvyn ylläpitoon, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtä-
vien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. *Kotipalvelun tukipalveluja*
ovat esimerkiksi ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalvelut sekä sosiaalista kanssa-
käymistä edistävät palvelut. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014; STM 16a.) Kotipalve-
luissa painopiste on iäkkään oman toimintakyvyn ylläpitämisessä ja asiakkaan
tukeminen jokapäiväisen elämän toiminnoista selviytymisessä (STM 2015, 36).

Kotisairaanhoido on moniammatillisesti toteutettavaa terveyden ja sairaanhoidon
palvelua asiakkaan kotona tai siihen verrattavassa paikassa. Kotisairaanhoido voi
olla säännöllistä hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäistä hoitoa. (Ter-
veydenhuoltolaki 1326/2010.)

Kotihoito on palvelukokonaisuus, joka sisältää kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja
kotihoiton tukipalvelut (SHL 1301/2014). Sekä kotipalvelun että kotihoiton asi-
akkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, joka perustuu palvelutarpeen ar-
viointiin. Suunnitelmassa korostuu kuntoutuksen näkökulma (STM & Suomen
Kuntaliitto 2013a, 62; Lähdesmäki & Vornanen 2014, 25–26).

Kotikuntoutusta, eli kotona tapahtuvaa kuntoutusta voivat saada iäkkäät, joilla on
todettu merkittävä liikkumisen tai fyysisen toimintakyvyn alenema. He ovat
useimmiten sairaalasta kotiutuvia iäkkäitä, joiden toimintakyky on alentunut äkil-
lisesti. Tavoitteena on toimintakyvyn parantuminen ja kotona selviytymisen vah-
vistuminen. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 26.) Kuntoutus voi olla psykososiaa-
lista toiminta- ja liikuntakykyä ylläpitävää ja edistävää kuntoutusta, jota toteute-
taan iäkkään kodissa tai palveluasunnossa (STM & Suomen Kuntaliitto 2013a,
64).

Tehostettu kotisairaanhoido tarkoittaa iäkkään kotona annettavaa sairaanhoitoa vaihtoehtona sairaalahoidolle. Yöaikana iäkkään hoidosta vastaa yöpartio. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 26.) *Kotisairaalahoido* on määräraikaista, tehostettua kotisairaanhoidoa, joka voidaan toteuttaa perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa tai niiden yhteistyönä (Terveystieteiden tutkimuskeskuslaki 1326/2010).

Iäkkäät joilla on iän mukanaan tuomia sairauksia ja erityisiä vaikeuksia liikkumisessa voivat hakea sosiaalihuoltolain mukaisia *kuljetuspalveluja* (SHL 1301/2014). Palveluja myönnetään itsenäisesti omassa kodissaan asuville iäkkäille omatoimiseen asiointiin. Kuljetuspalvelu voidaan järjestää palvelulinjana tai kotinoutona. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 28.) Liikkumista tukevia palveluja ovat esimerkiksi kuljetus- ja saattajapalvelu (STM 2016a).

Omaishoidolla tarkoitetaan iäkkään henkilön hoitamista omaisen tai muun läheisen henkilön avulla kotioloissa. Omaishoidon tuki muodostuu hoidettavalle annettavista palveluista sekä hoitajalle annettavasta hoitopalkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista. Omaishoidon tuen sisällöstä ja myöntämisen edellytyksistä säädetään laissa omaishoidon tuesta. (Laki omaishoidontuesta 937/2005; Lähdesmäki & Vornanen 2014, 28; STM 2016a.)

Perhehoidolla tarkoitetaan iäkkään henkilön hoidon tai muun osa- tai ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä perhehoitajan tai hoidettavan kodissa. Perhehoidossa pyrkimyksenä on tarjota iäkkäälle asiakkaalle kodinomaista hoitoa ja läheisiä ihmissuhteita, edistää perusturvallisuutta ja sosiaalisia suhteita. (Perhehoitolaki 263/2015.)

Asunnon muutostöihin myönnettävällä korvauksella tuetaan iäkkään mahdollisuuksia asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Asunnon muutostöitä voidaan korvata vammaispalvelulain tai sosiaalihuoltolain mukaisesti. Sosiaalihuoltolain mukaan pienimuotoisia asunnon muutostöitä voidaan myöntää yli 65-vuotiaille henkilöille kunnan varaamien määrärahojen mukaan. Muutostöiden korvaamista arvioitaessa huomioidaan henkilön tulot ja varallisuus. (THL 2015.)

Asumispalvelut

Asumispalveluilla tarkoitetaan kokonaisuutta, jossa asunto ja asumista tukevat palvelut liittyvät kiinteästi yhteen. Asumispalvelun eri muotoja ovat tilapäinen, tuettu, tavallinen ja tehostettu palveluasuminen. *Tilapäistä asumista* järjestetään ikääntyneille, jotka tarvitsevat lyhytaikaista ja/tai kiireellistä apua. *Tuettua asumista* järjestetään iäkkäille, jotka tarvitsevat tukea itsenäiseen asumiseen tai itsenäiseen asumiseen siirtymisessä. (SHL 1301/2014; STM 2015, 39.)

Palveluasumisella tarkoitetaan palveluasunnossa järjestettävää asumista ja palveluja. Palveluasumista järjestetään iäkkäille henkilöille, jotka tarvitsevat soveltuvan asunnon sekä hoitoa ja huolenpitoa. Palveluihin sisältyvät iäkkään yksilölliseen palvelutarpeen arviointiin perustuen hoito ja huolenpito, toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä toiminta, aterian-, vaatehuolto-, peseytymis- ja siivouspalvelut sekä osallisuutta ja sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. (SHL 1301/2014; STM 2015, 39–40.)

Tehostettua palveluasumista järjestetään iäkkäille, joilla hoidon ja huolenpidon tarve on ympärivuorokautista. Riittävän tuen avulla iäkäs voi asua palveluasumisyksikössä elämänsä loppuun saakka. (SHL 1301/2014; STM 2015, 39–40.)

Asumispalvelujen avulla pyritään ehkäisemään laitos- tai muiden palvelujen tarvetta (STM 2016a). Asumispalveluja toteutettaessa on huolehdittava siitä, että iäkkään asiakkaan yksityisyyttä ja oikeutta osallistumiseen kunnioitetaan ja hän saa tarpeenmukaiset kuntoutus- ja terveydenhuollon palvelut (SHL 1301/2014).

Laitoshoito

Vanhainkotihoito on iäkkäiden sosiaalihuollon laitoshoidtoa (STM:n asetus 1806/2009). Laitoshoitoa on ikääntyneelle järjestetty hoito ja kuntoutus sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla tai sitä vastaavissa oloissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

Laitoshoito voi olla lyhytaikaista tai jatkuvaa, päivisin, öisin tai ympärivuorokautisesti annettavaa. Lyhytaikaishoitajaksot voivat toistua säännöllisesti kotona asumisen kanssa tai ne voivat olla satunnaisia. Lyhytaikaisella laitoshoidolla tuetaan

iäkkäiden kotona selviytymistä tai hoitavan omaisen jaksamista. Samalla ehkäistään pysyvän laitoshoidon tarvetta. (SHL 1301/2014; STM 2016a.)

Laitospalveluihin sisältyvä kuntoutus, hoito ja huolenpito toteutetaan iäkkään asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaan (SHL 1301/2014). Hoitoon sisältyvä kuntoutus voi olla toimintakykyä parantavaa, ylläpitävää tai sen heikkenemistä hidastavaa toimintaa, jonka tavoitteena iäkkään asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun optimointi (STM 2015, 42). Geriatrisen arvioinnin ja kuntoutuksen tarpeessa ovat äkillisesti sairastuneet iäkkäät, joilla on toimintakyvyn rajoitteita ja joiden kotiuttaminen on vaikeaa (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 21).

Pitkäaikainen hoito ja huolenpito voidaan toteuttaa laitoksessa vain, jos se on iäkkään terveyden tai asiakas/potilasturvallisuuden kannalta perusteltua (Vanhuspalvelulaki 14a).

4 PALVELUTARPEEN ARVIOINTI

4.1 Ikääntyneiden palvelutarpeet

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen vaikuttavat merkittävimmin ikääntyneiden terveys- ja toimintakyky. Ikääntyneet ovat tulevaisuudessa aikaisempaa terveempiä, toimintakykyisempiä ja vaativampia asiakkaita. Ikääntyvä väestö on paremmin koulutettua, he hakevat tietoa ja ovat kriittisiä tiedon suhteen ja vaativat asiantuntijoilta yhä erikoistuneempaa osaamista. Kaikki eivät kuitenkaan ikäänny terveisinä ja toimintakykyisinä. (Voutilainen ym. 2009, 13.)

Ihmisen toimintakyky heikkenee ja palvelujen tarve kasvaa merkittävästi noin 80–85 vuoden iässä (STM & Suomen Kuntaliitto 2013a, 15). Palvelujen tarvetta lisäävät muistisairaudet, heikko fyysinen toimintakyky, puutteelliset lähipalvelut, yksin asuminen, asuin- ja lähiympäristön esteellisyys sekä yksinäisyys ja turvattomuus (Finne-Soveri 2010, 78; Vilkkio ym. 2010, 53–54; STM & Suomen Kuntaliitto 2013a, 29). Iäkkäille suunnattujen hoito- ja hoivapalvelujen tarve painottuvat kahteen viimeiseen elinvuoteen (Helin & von Bonsdorff 2013, 427).

Sosiaalihuoltolain mukaan sellaisia tuen tarpeita, joiden perusteella sosiaalipalveluja on järjestettävä, ovat jokapäiväisestä elämästä selviytyminen, asuminen, taloudelliset syyt, syrjäytymisen torjuminen ja osallisuuden edistäminen, lähi-suhde- ja perheväkivalta, muu väkivalta ja kaltoinkohtelu, äkilliset kriisitilanteet, päihteiden ongelmakäyttö, mielenterveysongelma tai muu sairaus, vamma tai ikääntyminen, fyysinen, psyykinen, sosiaalinen tai kognitiivinen toimintakyky tai tuen tarpeessa olevien henkilöiden omaisten ja läheisten tuen tarpeet (SHL 1301/2014).

Iäkkään henkilön palvelutarpeella tarkoitetaan yleensä avohoidon, kotihoidon, palveluasunnon tai laitoshoidon tarvetta, joka puolestaan määritellään pääsääntöisesti fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn mittareita apuna käyttäen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä (Liikanen 2007, 71–72).

4.2 Palvelutarpeen arvioinnin lähtökohdat

Kuntien velvollisuus järjestää palvelutarpeen arviointi lisättiin sosiaalihuoltolakiin 1.3.2006. Se täsmensi oikeutta palvelutarpeen arviointiin sekä menettelytapoja, joiden avulla palvelujen piiriin tullaan (STM 2006, 2; Valtioneuvoston kanslia 2009, 45). Oikeus palvelutarpeen arviointiin käsittää kaikki sosiaalihuoltolain ja erityislakien mukaiset palvelut (Karvonen-Kälkäjä 2012, 253).

Vanhuspalvelulain 13§:n mukaan iäkkäälle henkilölle on järjestettävä hänen tarpeitaan vastaavat, laadukkaat ja oikea-aikaiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Palvelujen tarve selvitetään kokonaisvaltaisesti yhdessä iäkkään asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa tai läheisensä ja muiden toimijoiden kanssa. Palveluntarpeiden selvittämisestä vastaavalta työntekijältä edellytetään laaja-alaista asiantuntemusta ja tarkoituksenmukaista sosiaali- tai terveydenhuollon ammatillinen koulutusta. Palvelutarpeiden selvittämiseksi on tarvittaessa tehtävä yhteistyötä muiden asiantuntijoiden kanssa. (Vanhuspalvelulaki 980/2012.)

Vireille tulo

Palvelutarpeen arviointiprosessi on jokaisella iäkkäällä yksilöllinen. Prosessi alkaa iäkkään itsenä tai hänen läheisensä yhteydenotosta joko yleisarvion tai tietyn palvelun saamiseksi. Yhteydenoton voi tehdä esimerkiksi terveydenhuolto, kun iäkäs on kotiutumassa sairaalasta. Pyyntöön vastaanottaja tekee tilannearvion palvelutarpeen arvioinnin kiireellisyydestä ja päättää jatkotoimenpiteistä yhdessä yhteydenottajan kanssa. Palvelutarpeen arvioinnille ei aina välttämättä ole tarvetta, vaan asiakasta voidaan auttaa jo puhelimesta tai muulla tavoin annetulla ohjauksella ja neuvonnalla. (STM 2006, 10.)

Iäkkään henkilön palveluntarpeen selvittäminen aloitetaan, kun iäkäs oma-aloitteisesti hakeutuu palvelutarpeen arviointiin tai on kirjallisesti tai suullisesti tehnyt sosiaalipalveluja koskevan hakemuksen. Palvelutarve on arvioita myös silloin, kun säännöllisiä palveluja saavan iäkkään olosuhteissa tapahtuu olennaisia muu-

toksia. Arvioinnin tarve voi tulla esiin myös hyvinvointia edistävien palvelujen yhteydessä. Palvelutarpeiden selvittäminen on aloitettava aina silloin, kun iäkkään henkilön ilmeisestä palveluntarpeesta on tehty ilmoitus terveyden- tai sosiaalihuollon, pelastustoimen, hätäkeskuksen tai poliisin palveluksessa olevan ammattihenkilön toimesta. (Vanhuspalvelulaki 980/2012; STM ja Suomen Kuntaliitto 2013, 19; SHL 1301/2014; STM 2015, 61–63.)

Aikamääreet

Lainsäädäntö edellyttää palvelutarpeen arvioinnilta aikamääriin sidottua järjestelmällisyyttä, työskentelyn prosessinomaisuutta ja dokumentointia (Liikanen 2007, 71). Palvelutarpeiden selvittäminen on aloitettava *viipymättä* iäkkään yhteydenoton tai saapuneen ilmoituksen jälkeen ja se on saatettava loppuun *ilman aiheutonta viivytystä* (Vanhuspalvelulaki 980/2012; SHL 1301/2014).

Tämä tarkoittaa, että selvittäminen on aloitettava tapauksen kiireellisyydestä riippuen joko välittömästi tai muutaman päivän sisällä siitä, kun ilmoitus asiasta on saatu. Arvioinnin viivytyksettömyyttä tulee aina arvioida suhteessa asiakkaan tarpeisiin. Tapauksesta riippuen arviointi voi edellyttää lyhempää tai pidempää käsittelyaikaa. (STM & Suomen Kuntaliitto 2013b, 19; STM 2015, 66.)

Mikäli palvelutarve todetaan yhteydenoton perusteella *kiireelliseksi*, on toimenpiteet tai palvelut käynnistettävä heti. Tarkempi arvio palveluiden tarpeesta tehdään jälkepäin. Kiireellisestä palvelujen tarpeesta on kyse esimerkiksi silloin, kun iäkkään kunto heikkenee äkillisesti tai omaishoitajana toimiva sairastuu yllättäen. (STM 2006, 10; STM & Suomen Kuntaliitto 2013a, 62; SHL 1301/2014.)

Ei-kiireellisissä tapauksissa 75 vuotta täyttäneillä ja Kelan eläkkeensaajien erityishoitotukea saavilla henkilöillä on oikeus palvelutarpeen arviointiin seitsemän arkipäivän kuluessa yhteyden otosta (STM 2006, 10; SHL 1301/2014). Hoivatakuun käsite on tässä yhteydessä usein ymmärretty väärin, sillä laki ei tarjoa palvelutarpeen arvioinnin lisäksi oikeuksia tukiin tai hoivapalveluihin. (Liikanen 2007, 71.)

Terveysthuollon ammattihenkilön on vanhustalvelulain (980/2012) mukaan ilmoitettava sosiaalihuollosta vastaavalle viranomaiselle iäkkään henkilön kotiuttamisesta terveydenhuollon laitoshoidosta *hyvissä ajoin* ennen kotiuttamista. Koska palvelutarpeen arviointi on aloitettava viipymättä, on kunnassa määriteltävä kenelle ilmoitukset tehdään ja miten ilmoituksen jälkeen menetellään. Tarkoituksena on turvata kotiutuvalle iäkkäälle henkilölle riittävät, turvalliset ja kuntoutumista edistävät palvelut sekä palveluprosessin toimivuus ja sujuvuus. (Valvira 2014, 3; STM 2015, 67.)

Palvelutarpeen arviointi voidaan jättää tekemättä vain, jos sen on ilmeisen tarpeetonta. Esimerkiksi tilanteissa, joissa palvelun tarve on äskettäin selvitetty, eikä iäkkään olosuhteissa ole tapahtunut olennaisia muutoksia. Arviointi voi olla tarpeetonta myös silloin, jos palvelun tarve on luonteeltaan selkeästi tilapäistä. (SHL 1301/2014; STM 2015, 65.)

Asiakkaan osallisuus ja itsemääräämisoikeus

Iäkkäälle henkilölle on palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä selvitettävä hänen lainsäädäntöön perustuvat oikeutensa ja velvollisuutensa sekä kerrottava mahdollisista erilaisista palvelujen toteuttamisvaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Tieto on annettava niin, että iäkäs asiakas ymmärtää niiden sisällön. Näin hänellä on mahdollisuus osallistua, tehdä valintoja ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun. (SHL 1301/2014; STM & Suomen Kuntaliitto 2015, 67.)

Iäkkään kanssa on neuvoteltava siitä miten hänen palvelutarpeensa tulevat tyydytetyksi parhaalla mahdollisella tavalla. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaalla on jo tässä vaiheessa oikeus saada selvitys mahdollisista toimenpidevaihtoehdoista. Tiedon saaminen eri palveluvaihtoehdoista lisää iäkkään osallistumismahdollisuuksia ja itsemääräämisoikeuden toteutumista. Palvelutarpeen arvioinnissa yhdistyvät palvelun hakeminen ja iäkkään neuvonta. (Karvonen-Kälkäjä 2012, 252 ja 256.) Hyvässä arviointitilanteessa huomioidaan iäkkään oma subjektiivinen arvio avun tarpeestaan sekä yhden tai useamman asiantuntijan eri keinoja käyttäen tekemä arvio. Näiden yhdistelmästä syntyy arvio palvelutarpeesta. (STM 2006, 2).

Palvelutarpeen arviointi on vuorovaikutuksellinen tilanne, jossa iäkkään asiakkaan elämäntilanne ja -historia, toimijuus ja tarpeet ovat keskiössä ja mittarit apuvälineitä. Arvioinnin lopputulos on aina yksilöllinen, iäkkään ja arviointiin osallistuneiden vuorovaikutuksen summa. (Voutilainen ym. 2002, 93; STM 2006,10; Finne-Soveri ym. 2011, 1.)

Arvioinnin sisältö

Palvelutarpeiden selvittämisen yhteydessä iäkkään henkilön toimintakyky arvioidaan monipuolisesti ja luotettavia arviointimenetelmiä käyttäen. Arvioinnissa huomioidaan iäkkään fyysinen, kognitiivinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky sekä asuin- ja elinympäristön turvallisuus ja esteettömyys sekä lähipalvelujen saatavuus.(Vanhuspalvelulaki 980/2012.) Liitteessä 3 on lueteltu palvelutarpeen arvioinnissa huomioon otettavia tekijöitä. Iäkkäiden yksilölliset tilanteet määrittävät kuitenkin sitä, mitkä tekijät ovat arvioinnin keskiössä. Arvioinnissa on otettava huomioon myös riskitekijät ja kehittymässä olevat palvelutarpeet. (STM 2006, 2.)

Palvelutarpeiden selvittämisessä on kiinnitettävä iäkkään nykyisten palvelutarpeiden lisäksi ennakoitaviin tarpeisiin. Tärkeää on selvittää kuntoutumisen mahdollisuudet, sosiaaliset verkostot, asiakas-/potilasturvallisuus, lääkehoidon turvallisuus, ravitsemus ja suun terveys, hoitoon- ja huolenpitoon osallistuvien omaisten tai läheisten voimavarat ja tarpeet. Lääketieteellinen arviointi on saatava palvelutarpeiden selvittämiseksi viivytyksettä. (STM & Suomen Kuntaliitto 2013a, 32.)

Terveystieteiden tutkimuskeskus (1326/2010) ja sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden on toimenpiteestä vastaavan työntekijän pyynnöstä osallistuttava asiakkaan palvelutarpeen arviointiin ja asiakassuunnitelman laatimiseen, mikäli palvelutarpeen arviointi, päätösten tekeminen tai sosiaalihuollon toteuttaminen edellyttää terveydenhuollon palveluja.

Vastuutyöntekijä on vanhuspalvelulaissa iäkkäiden palveluihin määritelty uusi työntekijä. Vastuutyöntekijä tulee nimetä, jos iäkäs henkilö tarvitsee apua palvelujen toteuttamiseen tai yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa. Vastuutyöntekijä

seuraa yhdessä iäkkään kanssa palvelusuunnitelman toteutumista ja palvelutarpeiden muutoksia. Vastuutyöntekijä on tarvittaessa yhteydessä muihin asiakkaan palveluiden järjestämisessä tarvittaviin tahoihin ja ohjaa ja neuvoo asiakasta palvelujen ja etuuksien hakemisessa. (Sarvimäki & Siltaniemi 2007, 11; Vanhuspalvelulaki 980/2012; STM & Suomen Kuntaliitto 2013a, 41–42.)

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi vuonna 2006 kunnille suosituksen toimintakykymittareiden käytöstä osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Palvelutarpeen arvioinnin ja toimintakyvyn mittaamisen tavoitteena on, että toimintakyvyn heikkenemiseen ja kotona selviytymisen ongelmiin reagoidaan nopeasti ennen kuin ongelmat pahenevat. Samalla ehkäistään tarvetta turvautua raskaisiin ja kalliisiin palveluihin. (Valtioneuvoston kanslia 2009, 45.)

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämä TOIMIA-tietokannassa julkaistaan toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin suosituksia ja mittariarvioita. Sivustoilta on löydettävissä noin 80 erilaista toimintakykymittaria kuvauksineen. Sivusto toimii työvälineenä toimintakykymittauksia työssään tekeville sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille. (TOIMIA 2016.)

Palvelu- ja hoitosuunnitelma

Palvelusuunnitelma laaditaan ilman aiheetonta viivytystä, kun palvelutarpeen arviointi on tehty. Suunnitelmaa tarkistetaan aina silloin, kun iäkkään henkilön toimintakyvyssä tapahtuu olennaisia palvelutarpeeseen vaikuttavia muutoksia. (Vanhuspalvelulaki 980/2012; STM & Suomen Kuntaliitto 2013b, 20–21.)

Palvelutarpeen arviointi sisältää yhteenvedon iäkkään asiakkaan tilanteesta, ammattihenkilön johtopäätökset asiakkuuden edellytyksistä, asiakkaan oman mielihyvän ja näkemyksen palvelutarpeestaan sekä asiakkaan ja ammattihenkilön arvioon vastuutyöntekijän tarpeesta (SHL 1301/2014).

lääkään asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa neuvotellaan vaihtoehtoista ja iäkkään oma näkemys kirjataan palvelusuunnitelmaan. Suunnitelmaa ei kuiten-

kaan tarvitse tehdä, jos kyseessä on tilapäinen ohjaus tai neuvonta tai suunnitelman laatiminen on muusta syystä ilmeisen tarpeetonta. (Vanhuspalvelulaki 980/2012.)

SAS-työryhmä

Palveluasunto ja laitoshoidon asiakkaat valitsee yleensä SAS-työryhmä. Iäkkäiden palveluissa SAS-työryhmän tarkoituksena on selvittää ja arvioida iäkkään asiakkaan tilanne ja sijoittaa hänet oikea-aikaisesti tarpeen mukaiseen hoitopaikkaan. SAS-työryhmä on moniammatillinen, ja siihen voi kuulua esimerkiksi lääkäri, palveluohjaaja, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä ja sosiaaliohjaaja. (Finne-Soveri 2010, 83; Lähdesmäki & Vornanen 2014, 27.) SAS-työryhmällä on asiallinen, mutta ei muodollista päätösvaltaa iäkkään palvelua koskevassa päätöksen teossa (Karvonen-Kälkäjä 2012, 253).

Palveluohjaus

Palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä puhutaan usein palveluohjauksesta. Palveluohjaus on prosessi, jossa yhdessä asiakkaan kanssa määritellään asiakkaan yksilölliset palvelutarpeet ja etsitään niihin soveltuvat tuki- ja palvelumuodot. Palveluohjaukseen sisältyy tiedon antaminen tarjolla olevista julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin toimista ja palveluista. Tämä luo edellytyksiä tehdä valintoja ja koota olemassa olevasta tuen ja palveluiden kokonaisuudesta yksilöllinen ja tarpeita vastaava kokonaisuus. Palveluohjauksessa selvitetään iäkkään läheisverkoston mahdollisuudet toimia iäkkään arjen turvaajana. Palveluohjauksen avulla turvataan iäkkäälle ihmiselle eheä ja toimiva palvelujen kokonaisuus. (Liikanen 2007, 77; STM 2016b, 14).

Palveluohjauksen toimintatapojen kehittäminen on yksi Sipilän hallituksen terveyden ja hyvinvoinnin viiden kärkihankkeen kärki, jossa tavoitteena on kehittää alueellisen palvelukokonaisuuden ja keskitetyn asiakas-/palveluohjauksen toimintamalli. (Liikanen 2007, 77; STM 2016b, 14.)

Palvelutarpeen arvioinnissa on tapahtunut kehitystä

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteuttivat keväällä 2013 kyselyn, jolla selvitettiin vanhustenhuollon tilannetta ennen vanhuspalvelulain voimaantuloa kunnissa. Kyselytulosten mukaan palvelutarpeen arvioinnissa ei selvitetty riittävän monipuolisesti ja järjestelmällisesti asiakkaan avun ja tuen tarvetta omassa toimintaympäristössään. Kyselyn mukaan vajaa viidennes ei arvioinut asiakkaiden psyykkistä tai kognitiivista toimintakykyä ja neljännes vastanneista ei arvioinut asiakkaiden sosiaalista toimintakykyä. Vastanneista kunnista 6 %:ssa ei arvioitu iäkkäiden henkilöiden toimintakykyä miltään osin. (Mäkelä ym. 2014, 135; Valvira 2014, 2.)

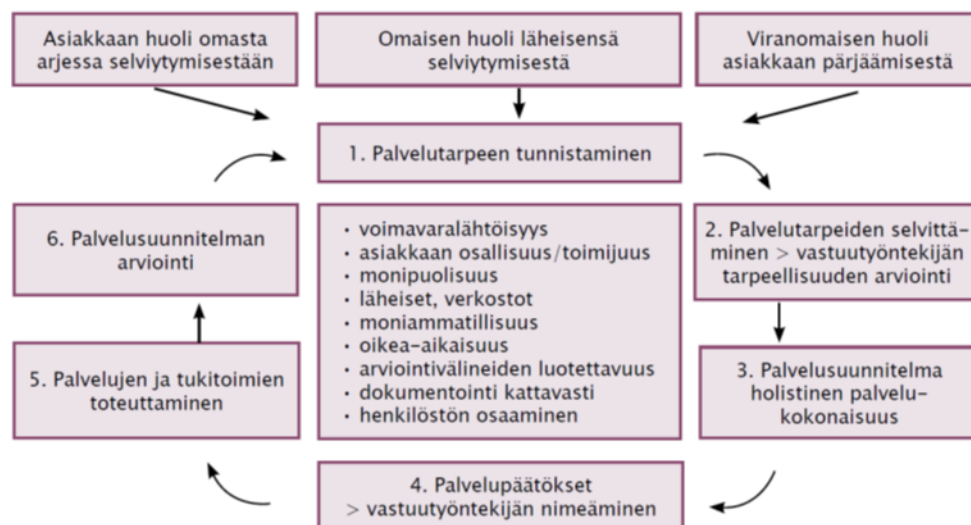
THL ja Valvira seurasivat vanhuspalvelulain toimeenpanoa kunnille ja yhteistoiminta-alueille suunnatuilla tiedonkeruilla syksyllä 2014. Seuranta-aineiston pohjalta tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä arvioitiin iäkkään henkilön suoriutumista tavanomaisista toiminnoista sekä tuen ja avun tarvetta järjestelmällisesti lähes kaikissa kunnissa (96–97 %). Ympäristön esteettömyyttä arvioi 82 prosenttia, turvallisuutta 84 prosenttia, lähipalvelujen saatavuutta 78 prosenttia ja läheisauttajien sosiaalista verkostoa 83 prosenttia kunnista. (Hakamäki ym. 2015,2.)

4.3 Arviointi palveluprosessin osana

Palveluprosessi on palvelutapahtumien muodostama suunnitelmallinen toimintasarja. Sosiaalipalvelujen asiakasprosessi muodostuu kuudesta vaiheesta, jotka ovat (1) asian vireille tulo, (2) palvelutarpeen arviointi, (3) palvelusuunnitelman tekeminen, (4) asiakaskohtaisten päätösten tekeminen sekä toimenpiteiden ja palveluiden toteuttaminen, (5) vaikutusten arviointi sekä (6) asiakkuuden päättäminen. Eri vaiheet kytkeytyvät yhteen ja muodostavat kokonaisuuden, jonka tavoitteena on asiakkaan tilanteeseen vaikuttava tuloksellinen palvelu. (Sarvimäki & Siltaniemi 2007, 23).

Vanhuspalvelulakia pilotoineessa Väli-Suomen Ikäkaste II – hankkeessa tuotettiin ehdotus palvelutarpeen arvioinnin toimintamalliksi (Kuvio 4.). Mallissa palvelutarpeen selvittäminen on osa iäkkään palveluprosessia, joka alkaa asiakkaan, omaisen tai viranomaisen kokemasta huolesta iäkkään arjessa selviytymisestä. Palvelutarpeen tunnistamisesta edetään palvelutarpeen selvittämisen ja suunnitelman laatimisen kautta päätöksen tekoon ja palvelujen toteuttamiseen. Palvelusuunnitelman arviointivaiheessa huomioidaan mahdolliset muutokset iäkkään toimintakyvyssä ja siirrytään palvelutarpeen tunnistamiseen. Palveluprosessi käynnistyy uudelleen. Kuvion keskiöön on kiteytetty palvelutarpeen selvittämistä ja palveluprosessia ohjaavat toimintaperiaatteet. (Moisio ym. 2013, 30.)

Toimintamalli on tarkoitettu käytettäväksi keskustelun pohjana tai sovellettavaksi kunnissa paikallisten tarpeiden ja olosuhteiden mukaan (Moisio ym. 2013, 5). Kärsivällä olevassa kehittämishankkeessa toimintamallia hyödynnettiin hankkeen aloitusvaiheessa keskustelun ja ideoinnin virittämiseen.



Kuvio 4. Palvelutarpeen selvittäminen osa palveluprosessia (Moisio ym. 2013, 30).

Palvelutarpeen arvioinnilla on keskeinen rooli asiakkaan palveluprosessin toimivuuden kannalta. Arvioinnin tekeminen nopeasti ja moniammatillisesti jo palveluprosessin alussa lyhentää asiakkuuksien kestoja ja vähentää päällekkäistä työtä.

Se voi vaikuttaa ratkaisevasti myöhemmin syntyviin sosiaalihuollon kustannuksiin. (STM 2015, 66.)

Asiakaslähtöisten hoito- ja palveluprosessien suunnittelu perustuu asiakkaan tarpeiden voimavarojen ja elinympäristön huolelliseen ja monipuoliseen arviointiin. (Laaksonen ym. 2012, 14.) Epätarkka tai kapea-alainen palvelutarpeiden selvittäminen voi johtaa iäkkään kannalta väärin kohdennettuun palveluun, joka vie voimavaroja, mutta ei tuota toivottuja vaikutuksia (Voutilainen ym. 2002, 94).

Kattava palvelutarpeen arviointi on iäkkäiden toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän tavoitteellisen toiminnan perusta ja palveluiden keskeinen laatutekijä. (Voutilainen 2009, 111). Kattavalla palvelutarpeen arvioinnilla turvataan iäkkäiden saaman palvelun laatu ja vaikuttavuus. Arviointitietoja voidaan lisäksi hyödyntää kunnan palvelujärjestelmän suunnittelussa. (Lähdesmäki & Vornanen 2014, 24.)

5 LAADUNHALLINTA JA PROSESSIEN KEHITTÄMINEN

5.1 Laatuajattelusta jatkuvaan laadun parantamiseen

Laatuajattelu tuli Suomen sosiaali- ja terveystalvveluihin 1990 luvun laman jälkeén, kun kuntien järjestämille hyvinvointipalveluille alettiin asettaa tehokkuus- ja uudistamisvaatimuksia. Asiakkaiden valinnan vapaus ja palveluiden saamisen selkeät kriteerit olivat uusia, uudistamisvaatimukseen liittyviä käsitteitä. ja laadunhallinnasta annettiin valtakunnallisia suosituksia. Kunnalliset palvelujen tuottajat alkoivat kokeilla ulkomailta saatuja laadunhallinnan malleja, kuten esimerkiksi Euroopan Lautupalkinto (EFQM) ja King's Fund, joka nykyisin tunnetaan nimellä Social and Health Quality Service (SHQS). (Pekurinen ym. 2008, 9; EFQM 2016; Qualification 2016.)

Laadunhallinta on osa johtamistoimintaa ja sillä tarkoitetaan koordinoituja toimenpiteitä joilla organisaatiota ohjataan ja suunnataan laatuun liittyvissä asioissa. Laadunhallintajärjestelmällä tarkoitetaan johtamisjärjestelmää, jonka avulla koordinointi ja suuntaaminen tapahtuvat. Johtamisjärjestelmän synonyymina käytetään toimintajärjestelmä-termiä. (Lecklin 2006, 29; Tuurala & Holma 2009, 22; Laamanen & Tinnilä 2013, 113.)

Nykyisin sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta on lakisäateistä. Säädökset palvelujen laadun varmistamisesta on kirjattu sekä vanhuspalvelulakiin (980/2012) että sosiaalihuoltolakiin (1301/2014). Laadun varmistaminen perustuu toimintayksiköissä järjestettävään suunnitelmalliseen omavalvontaan, joka voidaan liittää osaksi organisaation laajempaa laatuajärjestelmää. Terveystalvveluollossa velvoitetaan laatimaan suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden toteuttamisesta. Potilasturvallisuuden edistämisyssä on huomioitava yhteistyö sosiaalihuollon palvelujen kanssa. (Terveystalvveluollaki 1326/2010.)

Laatusuositus Hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi tukee kuntia iäkkäiden palvelujen kehittämisyssä ja arvioinnissa sekä vanhuspalvelulain toimeenpanossa. Tavoitteena on ikäystävällisen Suomen rakentaminen

suosituksen seitsemän teema-alueen kautta, jotka ovat 1) osallisuus ja toimijuus, 2) asuminen ja elinympäristö, 3) mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, 4) oikea palvelu oikeaan aikaan, 5) palvelujen rakenne, 6) hoidon ja huolenpidon turvaajat ja johtaminen. (STM ja Suomen Kuntaliitto 2013a, 3.)

Laatusuosituksen mukaan ”palvelujen laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaiden selvitettyihin palvelutarpeisiin järjestelmällisesti, vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti. Laadukas palvelu ylläpitää tai parantaa asiakkaan toimintakykyä ja lisää terveyshyötyä, mutta turvaa myös hyvän palliatiivisen ja muun hoidon elämän loppuvaiheessa. Hyvälaatuinen palvelu on a) vaikuttavaa ja turvallista; b) asiakaslähtöistä ja asiakkaan tarpeisiin vastaavaa ja c) hyvin koordinoitua.” (STM & Suomen Kuntaliitto 2013a, 10.)

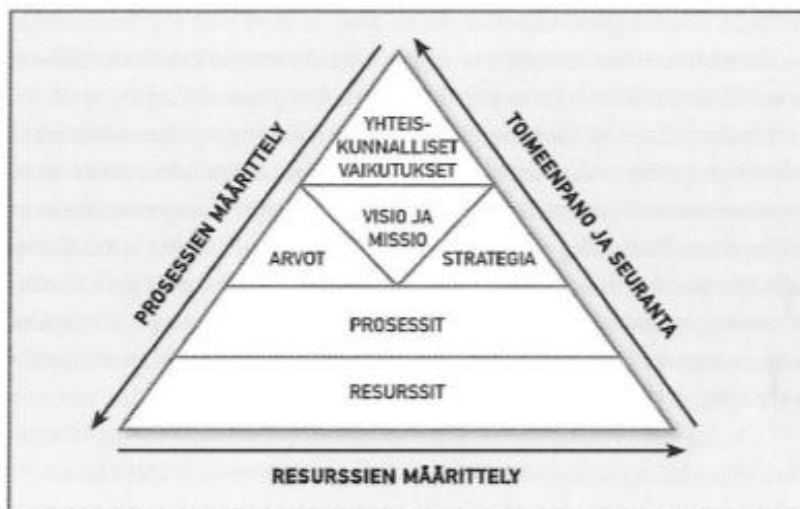
lääkkäiden palveluissa laatutyö on hoidon ja palvelujen laadun, oman työn ja työyksikön toiminnan kehittämistä. Laatutyön lähtökohtia ovat asiakaslähtöisyys, moniammatillisuus, huomion kiinnittäminen työprosesseihin ja tosiasiatiedon käyttäminen kehittämiskäytännön perusteluna. (Outinen 2002, 205.)

Laatutyö on jatkuvaa parantamista. Kehittämistarpeet voidaan havaita systemaattisen arviointityön avulla. Palautejärjestelmät, katselmukset, arvioinnit ja toimintaympäristön muutosten seuraaminen ovat kehittämisen perusasioita. Kehittämishankkeen tai uudistuksen jälkeen laatutyö jatkuu välittömästi. (Lecklin 2006, 18, 28.) Jatkuva parantaminen on laadunhallinnan periaate ja toimintakäytäntö, jonka avulla organisaatio ja sen prosessit pidetään jatkuvan kehityksen tilassa (Tuurala & Holma 2009, 16).

5.2 Prosessien kuvaaminen ja kehittäminen

Prosessien kehittämisen lähtökohdat

Organisaation toiminta-ajatus, visio ja strategiset tavoitteet ovat organisaation rakenteiden kehittämisen perusta. Prosessien määrittelyn ja prosessijohtamisen onnistumisen edellytyksenä ovat selkeästi kuvatut strategiset päämäärät. Strategiset päämäärät määrittelevät tavoitteet ja vaatimukset prosesseille, joiden pohjalta ne voidaan tunnistaa ja määrittää. Prosessit asettavat tavoitteet ja vaatimukset resursseille: millaista osaamista, tiloja ja tietotekniikkaa tarvitaan, jotta prosessit voivat saavuttaa niille asetetut tavoitteet. Prosessit muuttavat resurssit strategian mukaiseksi toiminnaksi. (Virtanen & Wennberg 2007, 115.) Kuviossa 5 on kuvattu edellä kerrottu prosessijohtamisen ja prosessien kehittämistyön sykli prisman muodossa.

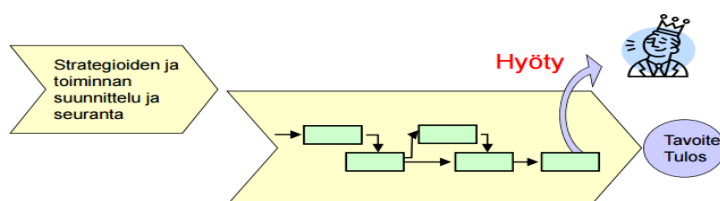


Kuvio 5. Prosessien kehittämisprisma (Virtanen & Wennberg 2007, 115).

Prosessijohtaminen on toiminnan johtamista strategisista päämääristä käsin. Prosessien johtaminen ei ole prosessien kuvaamista ja määrittelyä, vaan ne toimivat prosessijohtamisen välineinä. Prosessien kuvaaminen selkiyttää ajatuksia, helpottaa viestintää ja dokumentointia. ”Prosessikuvaukset ovat toiminnan kehittämisen ja toimeenpanon väline.” (Virtanen & Wennberg 2007, 114.)

Prosessit

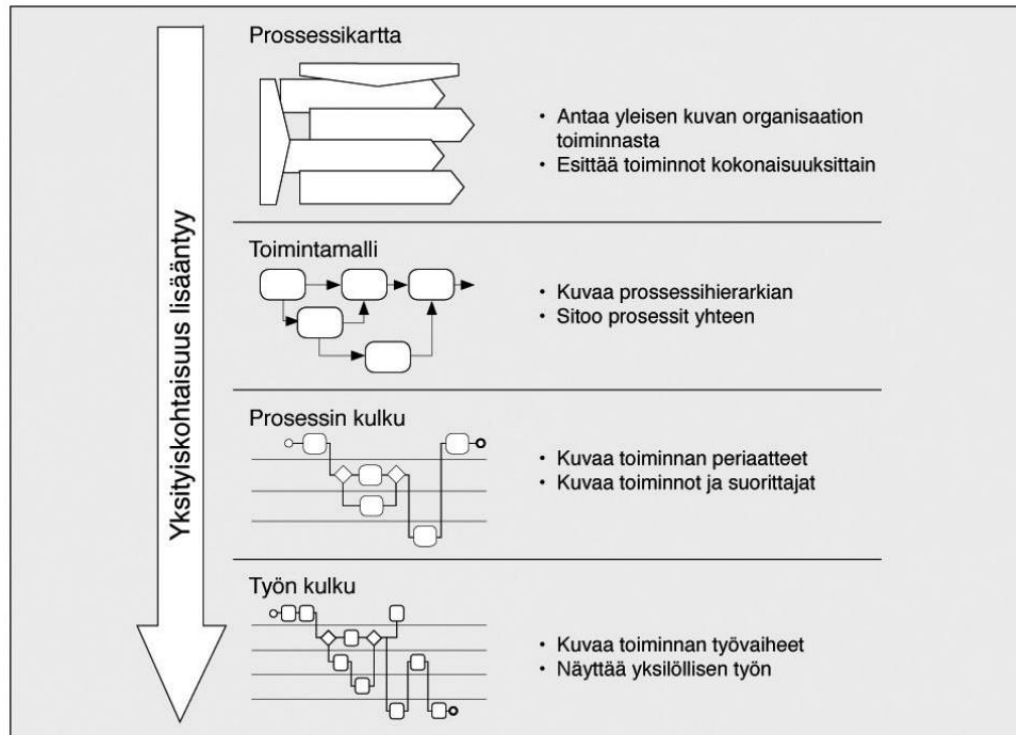
Prosessi on toisiinsa liittyvien toimintojen sarja ja niiden toteuttamiseen tarvittavat resurssit, joiden avulla saadaan aikaan toiminnan tulokset. Palveluprosessi on suunnitelmallinen ja tavoitteellinen toimintojen sarja asiakkaan palvelemiseksi. Asiakasprosessi on palveluprosessin osuus, jossa asiakas on osallisena toiminnassa. Hyöty ja arvo asiakkaalle syntyvät asiakkaan prosessissa, joka on kuvattu kuviossa 6. (Tuurala & Holma 2009, 39; Laamanen & Tinnilä 2013, 121.)



Kuvio 6. Prosessit ja arvon luonti (Laamanen & Tinnilä 2013, 10).

Prosesseja voidaan hallita ryhmittelemällä ne hierarkkisesti esimerkiksi ydin- tai pääprosesseihin, prosesseihin ja osa/ala/tukiprosesseihin. Ydin- ja pääprosessit esitetään yleensä prosessikartassa. Alaprosessit voidaan edelleen jakaa eri vaiheisiin tai tehtäviin. Tasoja ei saa olla liian monta, koska silloin hallittavuus kärsii. Suositeltava tasojen määrä on 2-3 tasoa. (Lecklin 2006, 133; Laamanen & Tinnilä 2013, 121.) Kuviossa 7 on esitelty prosessien kuvaustasot. Kuvausten yksityiskohtaisuus kasvaa aina alemmalle tasolle siirryttäessä.

Ydinprosessit toteuttavat organisaation ydintehtävää ja ilmaisevat miten organisaatio pyrkii siihen, mitä varten se on olemassa. Tukiprosessit luovat edellytyksiä ja mahdollistavat ydinprosessien toiminnan. Tukiprosessit ovat olemassa organisaation toimintaa varten. Näitä ovat esimerkiksi taloushallinnon ja henkilöstöhallinnon prosessit. (Virtanen & Wennberg 2007, 118–120; Laamanen & Tinnilä 2013, 121.)



Kuvio 7. Prosessien kuvaustasot (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta 2012, 6).

Prosessien kuvaaminen

Prosessien kuvaaminen on osa viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain hyvän tiedonhallintatavan (621/1999) ja hallintolain hyvän hallinnon (434/2003) toteuttamista (JUHTA 2012, 2). Prosessien kuvaamisella pyritään tekemään näkyväksi organisaation toimintatavat (Virtanen & Wennberg 2007, 115).

Ennen kuin prosesseja voidaan kuvata ja määritellä, ne on tunnistettava eli rajattava muista prosesseista. Prosessien tunnistamisessa määritellään prosessin keskeiset tavoitteet, asiakkaat, toiminnot ja tuotteet. Ensimmäisenä on määriteltävä mihin prosessilla pyritään ja tämän jälkeen mistä prosessi alkaa ja mihin se päättyy. Prosessiajattelun lähtökohtana voidaan pitää ajatusta siitä, että prosessit alkavat ja päättyvät asiakkaaseen. (Virtanen & Wennberg 2007, 116.)

Prosessien tunnistamisen jälkeen voidaan siirtyä prosessien määrittelyyn ja kuvaamiseen. Prosessien määrittelyllä tarkoitetaan prosessien sisällön täsmentämistä. Prosessin kuvaamisella tarkoitetaan lisäarvoa tuottavien tehtävien sekä

niihin liittyvien tieto- ja materiaalivirtojen tunnistamista ja kuvaamista. Ennen kuvauksen aloittamista on tarkkaan harkittava millä tasolla kuvaus on tarkoituksenmukaista tehdä. (Martinsuo & Blomqvist 2010, 9.)

Yksityiskohtaisessa prosessikuvauksessa määritellään keskeiset tehtävät, tehtävien keskinäinen riippuvuus sekä roolit ja vastuut tehtävien suorittamiseen. Lisäksi voidaan kuvata myös välineet ja tieto, joita tehtävissä tarvitaan. Yksityiskohtainen prosessikuvaus voidaan laatia eri tavoin, kuten vuokaaviona, tehtävämatriisina, ns. uimaratakaaviona ja prosessin tekstimuotoisena ohjeistamisena. Uimaradoilla kuvataan prosessikuvauksissa toimijoita. Vuokaaviossa ja uimaratakaaviossa käytetään vakiintuneita merkintätapoja, joista on esimerkkejä liitteessä 4. (Object Management Group 2008, 87; Tuurala & Holma 2009, 36; Martinsuo & Blomqvist 2010, 11.)

Prosessikaavio havainnollistaa prosessikuvauksen sisältö. Kaavion vasempaan reunaan merkitään prosessiin osallistujat siinä järjestyksessä, kun he tulevat mukaan prosessiin. Prosessin vaiheet kirjataan järjestyksessä osallistujan kohdalle. Jos samaan vaiheeseen osallistuu useita henkilöitä, merkitään tehtävä kaikkien osallistujien kohdalla. Asiakas on osallistujista ensimmäisenä, jolloin asiakkaan vaiheet ovat helposti nähtävillä ylimmällä rivillä. (Lecklin 2006, 140–141.)

Prosessien kehittäminen

Nykytilankartoituksen tarkoituksena on selvittää, missä ollaan, jotta kehittämiselle voidaan ottaa oikea suunta. Kartoitusvaiheen tehtäviä ovat prosessityön organisointi, prosessikuvausten ja prosessikaavioiden laatiminen ja prosessin toimivuuden arviointi. Kartoitus antaa pohjatiedot kehitettävien prosessien valintaan. (Lecklin 2006, 134). Nykytilankartoitusta voidaan tehdä kuvaamalla prosessin nykytila, keräämällä asiakaspalautetta sekä itsearviointien, auditointien ja johdonkatselmusten avulla. (Lecklin 2006, 137–148.)

Prosessin nykytilan kuvauksessa prosessin tehtävät ja tuotokset eivät välttämättä ole ihanteellisesti toteutettuja. Kuvaus voi olla kaoottinen, epämääräinen ja vaikea. Ideana onki se, että prosessia mallintamalla löydetään prosessissa olevat

kehittämiskohteet. Nykytilan kuvaus voidaan toteuttaa prosessiin osallistuvien tahojen yhteisenä prosessikatselmuksena, jossa tunnistetaan ja priorisoidaan kehittämistarpeita ja sitoutetaan henkilökuntaa prosessin kehittämiseen. (Martinsuo & Blomqvist 2010, 13.)

Prosessianalyysivaiheessa käytetään nykytilan kartoituksessa kerättyä tietoa ja valitaan prosessin kehittämistapa. Prosessi voidaan kokonaan lakkauttaa tai ulkoistaa, siihen voidaan tehdä pieniä parannuksia, se voidaan uudistaa kokonaan tai sitä voidaan laajentaa koskemaan myös muiden sidosryhmien prosesseja. Prosessin erilaisia kehittämisvaihtoehtoja voivat olla esimerkiksi muutokset prosessin kulkuun, työvaiheen sisäiset muutokset, johtamisjärjestelmän muutokset tai edellisten vaihtoehtojen yhdistelmä (Lecklin 2006, 135, 187).

Prosessin parantamisella tarkoitetaan muutosta prosessin toimintatavassa. Muutos voi edellyttää muun muassa osaamisen, tietojärjestelmien tai työmenetelmien kehittämistä. Kehittämistyön tekeminen ilman prosesseja ei ole tehokasta. (Laamanen & Tinnilä 2013, 14.) Prosessin parantaminen tapahtuu usein hyvin pienin askelin. Aina parantaminen ei edes näy prosessikaaviossa, koska kehittäminen voi tapahtua yhden työvaiheen sisällä. Kun prosessi suunnitellaan niin sanotusti puhtaalta pöydältä, puhutaan prosessin uudistamisesta. (Lecklin 2006, 150.)

Tavoiteprosessia kuvattaessa pyritään prosessin yksinkertaisuuteen ja toteuttamiskelpoisuuteen. Tavoiteprosessin prosessikatselmuksessa on varmistettava, että prosessi on määritelty hyvien käytäntöjen mukaisesti ja vastaa päämääriä. (Martinsuo & Blomqvist 2010, 13.)

Jatkuva kehittäminen kuuluu laatutyöhön. Kun prosessia on parannettu suunnitelman mukaisesti, palataan lähtöruutuun. Prosessia arvioidaan säännöllisesti ja parannetaan tarpeen mukaan. Prosessimittareita seurataan ja vertailutietoja ja asiakaspalautetta kerätään kehittämistyön pohjaksi. (Lecklin 2009, 135.)

Prosessin kehittämisvaiheessa nykyistä ja tavoitetilaa voidaan kuvata käsin piirtämällä tai erilaisia kortteja ja post-it lappuja käyttämällä suurelle seinätaululle tai paperille. Kun prosessin hahmottaminen tehdään yhdessä prosessiin kuuluvien

osapuolten kanssa, saadaan esiin useampia näkökulmia sekä prosessin ongelmia ja osapuolet sitoutuvat paremmin prosessissa tehtäviin muutoksiin. (Martinsuo & Blomqvist 2010, 13–15.)

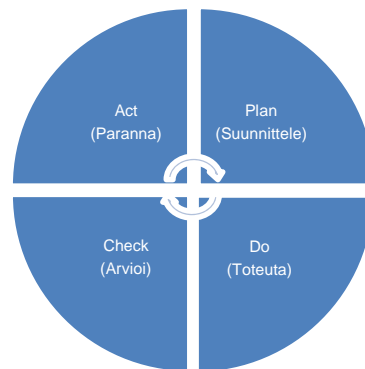
5.3 Laatu- ja prosessityö Uudenkaupungin vanhusten palveluissa

Uudenkaupungin sosiaali- ja terveystieteiden laadunhallintajärjestelmää on kehitetty vuodesta 2008, jolloin hankittiin ja otettiin käyttöön SHQS-laatuohjelma. Kehittämisprosessin aikana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rakenteita, palveluprosesseja ja vaikuttavuutta on tarkastettu systemaattisesti käyttämällä arviointityökaluna SHQS-arviointikriteeristöä. (Qualification 2015.)

Laatupolitiikka on organisaation yleinen toimintaperiaate laadun aikaansaamiseksi. Laatupolitiikassa linjataan organisaation yleinen toimintaperiaate, jolla aikaansaadaan palvelun laatu. Laatupolitiikka on kiteytys siitä, mitä organisaatio pitää laadussa tärkeänä ja millaisin keinoin laatu aikaansaadaan. (Tuurala & Holma 2009, 27.)

Uudenkaupungin sosiaali- ja terveystieteiden laatu- ja palvelupolitiikan mukaan jatkuva laadunparantaminen toteutuu organisaatiossamme asiakastarpeisiin perustuvien prosessiemme arvioinnin ja kehittämisen kautta (Laatupolitiikka, Uudenkaupungin sosiaali- ja terveystieteiden johtoryhmä 21.9.2011).

Laatutyö on jatkuvaa parantamista (Lecklin 2010, 26). Tausta-ajatuksena SHQS-laatuohjelmassa on kuviossa 8. kuvattu Demingin jatkuvan laadunparantamisen kehä, PDCA-ympyrä. Arviointien ja palautteiden perusteella havaitaan parantamista vaativia kohteita, suunnitellaan kehittämistoimenpiteet, toteutetaan uutta toimintatapaa, kunnes taas arvioidaan toimintaa uudelleen.

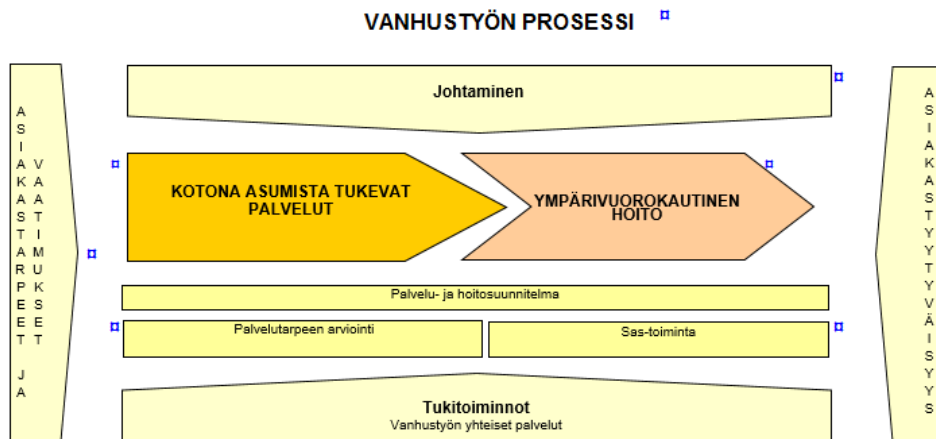


Kuvio 8. Demingin PDCA-ympyrä (Lecklin 2006, 49).

Prosessien kehittämistä tehdään Uudenkaupungin kaupungin kaikissa palvelukeskuksissa, ei ainoastaan sosiaali- ja terveystalouksissa. Kaupungin työyksiköissä käytetään systemaattisesti työprosessien kuvaamista ja kuvauksen yhteydessä syntyvien kehitysehdotusten toteuttamista. (Uusikaupunki 2015 intranet.)

Prosessikuvauksien laadinnassa tarvittavat ohjeet ja lomakkeet ovat saatavilla kaupungin intranet-sivuilla. Prosesseille nimetään työskentelyn yhteydessä prosessivastaavat, jotka huolehtivat prosessinsa päivittämisen, mittareiden seurannan ja kehittämistoimenpiteiden toteutuksen. (Uusikaupunki 2015 intranet.)

Vanhustyön johtajan omistuksessa on kuviossa 9. näkyvä prosessikartan ylin taso ydinprosesseineen, eli vanhustyön tulosalueen toiminnan kokonaisuus. Uudenkaupungin vanhustyön pääprosesseja ovat kotona asumista tukevat palvelut ja ympärivuorokautinen hoito. Kotona asumista tukeviin palveluihin kuuluvat Sakkunkulman päiväkeskus, vanhusneuvola Kompassi, vanhustyön fysioterapeutti, kotihoito ja tukipalvelut, omaishoidon tuki, perhehoito ja tavallinen palveluasuminen. Ympärivuorokautista hoitoa ovat tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti- ja hoivaosastohoito.



Kuvio 9. Uudenkaupungin vanhustyön prosessikartta (Vanhustyön asiantuntijaryhmä 2013)

Prosessin kuvaaminen niin sanottuina uimaratoina on käytäntönä Uudenkaupungin kaupungin prosessien kehittämistyössä. Prosessien kuvaamisen ja päivittämisen ja prosesseihin liittyvien dokumenttien hallinnan helpottamiseksi Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskukseen on päätetty hankkia IMS-ohjelmisto. Ohjelmistossa prosessien kuvaus tapahtuu kolmisivutekniikkaa hyödyntäen: 1. yhteenvetosivu (prosessin perustiedot), 2. prosessikaavio (uimarata-malli) ja 3. vaiheiden kuvaus. Esittelykuvat IMS-järjestelmän kolmisivutekniikasta ovat liitteessä 6. Sekä kaavioon että vaiheiden kuvaukseen voidaan linkittää prosessia tukevia ohjeita, lomakkeita, menetelmiä, mittareita, oppaita, Toimia-tietokannan ja Kelan sivustoja ja niin edelleen. (IMS 2016.)

6 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

6.1 Hankkeen lähtökohdat

Palvelutarpeen arviointiprosessit Uudenkaupungin vanhusten palveluissa -kehittämishanke toteutettiin Uudenkaupungin sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa joulukuun 2014 ja huhtikuun 2016 välisenä aikana. Hanketyöryhmänä toimi vanhustyön asiantuntijaryhmä ja hanketta koordinoi vs. vanhustyön johtaja.

Kehittämishankkeen tavoitteina olivat asiakkaan osallisuus ja aktiivinen toimijuus palvelutarpeen arviointiprosessissa, sujuva, nopea ja laadukas palvelutarpeen arviointiprosessi sekä vanhusten palveluiden järjestämisestä syntyvien kustannusten kasvun hillitseminen. Kehittämishankkeen tavoitteet perustuivat Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015–2016 suunnitelmaan (Uusikaupunki 2015a).

Kehittämishankkeen tehtävinä olivat palvelutarpeen arviointiprosessin mallintaminen ja asiakasta palvelutarpeen arvioinnissa osallistavien toimintatapojen kehittäminen.

6.2 Kehittämistoiminnan kuvaus

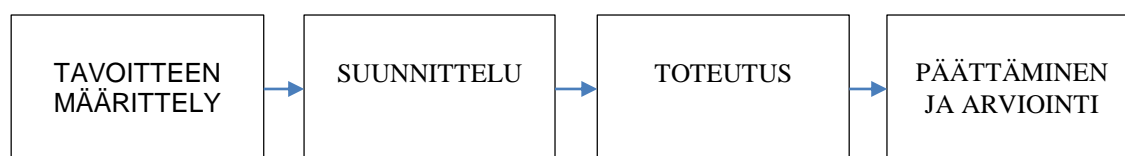
Kehittäminen on useimmiten konkreettista toimintaa, jolla pyritään jonkin selkeästi määritellyn tavoitteen saavuttamiseen (Toikko & Rantanen 2009, 14–15). Anttilan (2007, 12) mukaan kehittämistyöllä tarkoitetaan aktiivista, tavoitteellista ja parempiin tuloksiin tähtäävää toimintaa. Kehittämisen kohteena voivat olla prosessit, prosessien tulokset, työympäristön tai työilmapiirin kehittäminen. Se voi kohdistua sekä aineellisiin että aineettomiin tavoitteisiin. Se voi olla parempien palveluiden, toimintamallien yms. kehittämistä.

Kehittämiseen liittyvät oleellisesti yhteistoiminnallisuus ja sosiaalinen näkökulma. Kehittämisessä on osallisena useita keskenään vuorovaikutuksessa olevia ja eri ammattiryhmiä edustavia ihmisiä. Moniammatillinen kehittäminen mahdollistaa kunkin toimijan osaamisen käyttämisen parhaalla mahdollisella tavalla yhteisen

tavoitteen saavuttamiseksi. Moniammatillisessa kehittämistyössä oppii yksittäisen työntekijän, ryhmän ja työyhteisön lisäksi koko organisaatio, jolloin myös käsitteet ja toimintamallit muuttuvat. (Heikkilä ym. 2008, 55.)

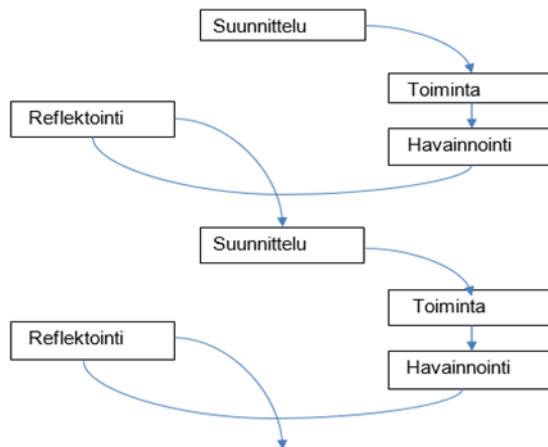
Käyttäjien ja toimijoiden osallistuminen on keskeistä kehittämistoiminnan onnistumisen kannalta. Tärkeää on, että kehittämisessä ovat mukana ne ihmiset, joiden elämään kehittämistoiminta liittyy, ja että kehittäminen tapahtuu siellä, missä käytännön työn haasteet ja ongelmat ovat. (Toikko & Rantanen 2009, 96.)

Kehittämisprosessi muodostuu erilaisista tehtäväkokonaisuuksista, joita ovat perustelu, organisointi, toteutus, levittäminen ja arviointi. Kehittämisprosessin etenemistä voidaan kuvata erilaisilla malleilla mm. lineaarisesti, tasolta toiselle, spiraalina tai spagettimaisesti etenevinä prosesseina. (Toikko & Rantanen, 56.) Näistä pelkistetyin on lineaarisesti etenevän projektityön malli (Kuvio 10.), joka perustuu tarkasti määriteltyyn ongelmaan, jonka perusteella kehittäminen on voitu suunnitella etukäteen mahdollisimman tarkasti (Silferberg 2000, Toikko & Rantanen 2009, 66 mukaan). Lineaarissa mallissa ei ole huomioitu muun muassa inhimillisiä, kulttuurisia ja sosiaalisia tekijöitä, jotka voivat muuttaa projektin etenemistä (Salonen 2013, 14).



Kuvio 10. Projektityön lineaarinen malli (vrt. Pelin 1999, Toikko & Rantanen 2009, 64 mukaan).

Kehittämistoiminnan etenemistä voidaan tarkastella lineaarisen prosessin sijasta kehittämissyklinä, kuten toimintatutkimuksen mallissa (Kuvio 11.). Eteneminen voi olla spiraalimaista, jolloin vaiheet ovat havainnointi, reflektointi eli pohtiva tarkastelu, suunnittelu ja toiminta, joiden jälkeen sykli alkaa uudelleen. (Heikkilä ym. 2008, 26.)



Kuvio 11. Toimintatutkimuksen spiraalimalli (Toikko & Rantanen 2009, 67).

Kehittämisprosessille on tyypillistä, että siinä on kierroksittain eteneviä vaiheita, syklejä. Syklin aikana tehdään havaintoja asian sujumisesta, korjataan ja muutetaan tavoitteiden saavuttamiseksi. (Anttila 2007, 47.)

Reflektio, eli arviointivaihe on keskeinen solmukohta, jossa kehittymistä tapahtuu (Heikkinen ym. 2006, Toikko & Rantanen 2009, 67 mukaan). Kehittämistoiminnan tulokset asetetaan uudelleen arvioitavaksi ja arvioinnin perusteella kehittämistoimintaa suunnataan uudelleen. Kehittämistoiminta nähdään jatkuvana, pitkäjänteisenä prosessina. (Toikko & Rantanen 2009, 66–67.) Lisäksi spiraalimalissa tunnustetaan kehittämistoiminnan vuorovaikutuksellisuus ja otetaan huomioon kehittämistoiminnan inhimilliset, kulttuuriset ja sosiaaliset piirteet (Salonen 2013, 14).

Kehittämishankkeemme eteneminen on kuvattu kuviossa 12. Eteneminen noudatteli projektityön lineaarista mallia, mutta siinä on myös spiraalimallin piirteitä. Hankkeen etenemistä seurattiin, arvioitiin ja suunnattiin säännöllisesti hanketyöryhmän kokouksissa. Työskentelytapamme perustui dialogiseen keskusteluun, joka läpäisi koko hankkeen.

Aloitusvaihe			
Aika	Toimijat	Menetelmät	Tuotos / tulos
12/2014	Vanhustyön asiantuntijaryhmä	Kehittämispäivä Dialogi Tarveanalyysi Me-We-Us	Kehittämishankkeen perustelu ja rajaus kehittämiskohteet
Suunnittelu- ja organisointivaihe			
2/2015	Vanhustyön asiantuntijaryhmä =Hanketyöryhmä	Palaveri Dialogi	Kehittämishankkeen aikataulu, hankeorganisaatio
Toteutus			
2/2015	Pienryhmä 1	Prosessikaavio nykytilasta Seinätaulutekniikka	Prosessin nykytilan kuvaus ja kehittämiskohteet
4/2015	Hanketyöryhmä	Kehittämispäivä Seinätekniikka, dialogi	Hankkeen lähtölaulus
4-9/2015	Pienryhmä 2a Pienryhmä 2b Pienryhmä 2c	Kokeilut Parityöskentely ja kotikäynnit Kotikäynnit ja kotikokeilut osastolta Ensikontaktiomake	Palaute kokeilusta ja kehittämisehdotukset
5-9/2015	Pienryhmä 3a Pienryhmä 3b	Yhteistyö mainosalan yrittäjän kanssa Palaveri	Ikäihmisten palveluopas Asiakasohje ja yhteystiedot nettisivuille
6/2015 ja 9/2015	Hanketyöryhmä	Kehittämispäivä Seinätekniikka, dialogi	Hankkeen seuranta ja ohjaus Päätöksenteko kokeilujen kohteena olleiden toimintatapojen käyttöön otosta ja/tai jatkokehittämisestä.
9/2015- 2/2016	Pienryhmä 4	Kokeilu Vastuutyöntekijän tarpeellisuuden arviointi – lomake	Kokeilu ei toteutunut
9-12/2015	Pienryhmä 5a	Palaverit, dialogi	Omaishoidon tuen kriteerit
12/2015	Hanketyöryhmä	Palaveri Seinätekniikka, dialogi	Hankkeen seuranta ja ohjaus
1-3/2016	Pienryhmät 5b ja c	Palaverit Dialogi	Kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoidon kriteerit
1-3/2016	Pienryhmät 6a, b ja c	Prosessikaaviot tavoitetilasta Kolmisivutekniikka Seinätaulutekniikka Excel Sähköposti	Prosessikaaviot, vaiheiden kuvaukset ja perustiedot kotiutustiimin, omaishoidon ja ympärivuorokautisen hoidon tarpeen arvioinnista
2/2016	Hanketyöryhmä	Kehittämisiltapäivä Learning Cafe	Prosessien välikatselmointi
Arviointi			
3/2016	Hanketyöryhmä	Palaveri Prosessien esittely Palautekeskustelu	Arviointi hankkeesta ja tuotoksesta
Juurruttaminen			
5/2016	Vanhustyön johtaja Prosessien omistajat	Vanhustyön yhteinen kehittämispäivä Työpaikkakoulutus Perehdytys	

Kuvio 12. Kehittämishankkeen eteneminen.

6.3 Kehittämismenetelmät

Kehittämismenetelmän valintaperusteena on, että asianomaisella menetelmällä saadaan aikaan tavoiteltuja tuloksia (Toikko & Rantanen 2009, 18). Seppänen-Järvelä (2006, 21 ja 31) määrittelee menetelmän järjestelmälliseksi menettelytavaksi, jonka avulla saavutetaan määritelty tarkoitus. Se on keino tai väline päästä tavoitteeseen tai toteuttaa jokin tarkoitus. Menetelmällä on olennainen rooli kehittämisessä tiedon tuottamisen välineenä.

Kehittämisessä olemassa olevalla ja kehittämisen yhteydessä tuotettavalla uudella tutkimustiedolla on keskeinen merkitys, mutta yhtä tärkeä sija on henkilöstön kokemustiedolla. Tieto voi olla henkilöstön työtaitoon ja kokemuksiin kätkeytyä hiljaista tietoa. Tiedontuottamisprosessi voi olla myös sosiaalinen tapahtuma, jolloin asioista yhteisesti puhumalla se saadaan kaikkien ymmärrettäväksi. Reflektoidessaan ja kehittäessään toimintaansa käytännön toimijat saavat uusia oppimiskokemuksia ja sitä kautta muutosta toimintamalleihinsa. (Heikkilä ym. 2008, 55; Anttila 2007, 9-11.)

Kehittämistoiminnan menetelmälliset ratkaisut ovat usein monimenetelmällisiä. Tiedon hankinnassa voidaan käyttää rinnan tai kehittämistyön eri vaiheissa vaihtelevasti määrällisiä, laadullisia ja osallistavia menetelmiä sen mukaan, millaista tietoa tarvitaan kehittämisen päämäärän toteuttamiseen. (Heikkilä ym. 2008, 35.)

Kehittämishankkeessa käytettyjen menetelmien valintaperusteina olivat osallistavuus sekä soveltuvuus kyseessä olleeseen kehittämistehtävään ja tilanteeseen.

Dialoginen keskustelu

Osallistavassa kehittämistoiminnassa pyritään dialogiin, jolloin toisilta pyritään oppimaan ja ollaan heistä kiinnostuneita. Aktiivinen osallistuminen vaatii onnistuakseen avoimen vuorovaikutustilanteen. Tavoitteena on tuottaa ratkaisu, jonka kaikki osapuolet voivat hyväksyä ja joka parhaimmillaan voi olla aikaisemmista näkökulmista täysin poikkeava uusi ratkaisu. (Toikko & Rantanen 2009, 93.)

Keskustelun avulla voidaan jakaa tietoa ja löytää uusia näkökulmia asioihin. Tasapuolisessa, eteenpäin pyrkivässä keskustelussa osallistujat oppivat toisiltaan ja jakavat henkilökohtaista asiantuntijuutta toisilleen. Keskustelua voi edeltää alustus, jonka tarkoituksena on esitellä aiheen taustoja ja syventää osallistujien ymmärrystä aiheesta. (Haukijärvi ym. 2014, 11.)

Reflektio arvioinnin välineenä

Kehittämishankkeissa kyky reflektoida sekä omaa että muiden työtä on tärkeää. Reflektio on sellaista mielen toimintaa, jossa käännytään omiin ajatuksiin, pohditaan tekoja ja niiden seurauksia ja perustellaan omaa toimintaa. Reflektio voi tapahtua yksin tai yhdessä keskustelukumppanin kanssa. (Anttila 2007, 56–57.)

Ryhmässä tapahtuvan reflektion edellytyksenä on keskustelu, johon kuuluu avoin puhuminen ja vastuullinen kuuleminen. Reflektion kohteet on hyvä sopia yhdessä etukäteen. Puheenjohtajan tehtävänä on huolehtia siitä, että keskustelu ryhmässä onnistuu. Tämä tapahtuu esimerkiksi avoimien kysymysten avulla. Puheenjohtaja palauttaa ryhmän tarvittaessa takaisin aiheeseen. (Seppälä-Järvelä 2004, 45.)

Arvioivan reflektion dokumentoinnin voi toteuttaa äänittämällä tai videoimalla. Äänitteiden tai videoiden hyödyntäminen jälkikäteen voi olla liikaa aikaa kuluttavaa, eikä litterointiin ole välttämättä resursseja. Toimiva ratkaisu on kirjata jatkuvasti keskustelusta nousevia asioita kannettavalle tietokoneelle, josta ne voidaan heijastaa kaikkien nähtäväksi ja tulkittavaksi. Olennaista on, että kirjatut asiat ovat heti osallistujien nähtävillä, jolloin niistä voidaan keskustella. Yhden henkilön tekemiin muistiinpanoihin perustuvat ja jälkikäteen tarkistettavat muistiot eivät edistä yhteistä oppimista ja yhteisen sosiaalisen todellisuuden luomista. (Seppälä-Järvelä 2004, 46.)

Tarveanalyysi

Tarveanalyysiä voidaan käyttää kehittämistoiminnan perusteluun ja määrittelyyn. Tavoitteena on löytää keskeiset kehittämiskohteet, joiden perusteella voidaan laatia tarkempi toimintasuunnitelma. Tarveanalyysi on eräänlainen nykytilan kuvaus, jossa voidaan tarkastella esimerkiksi seuraaviin asioita: 1) Mitä tahoja ja

keitä henkilöitä kehittäminen koskee, 2) mikä on ongelma, 3) mitä on tapahtunut, 4) miksi kehittämistoiminta aloitetaan juuri nyt, 5) mitä on tapahtumassa ja 6) mikä on tulos. (Toikko & Rantanen, 72–75.)

Me-We-Us

Menetelmä on nopea tapa tuottaa ideoita ja sen avulla hiljaisimmatkin ryhmän jäsenet saavat mielipiteensä kuuluviin. Työskentelyyn kuuluu kolme vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa jokainen ryhmän jäsen pohtii annettua aihetta/kysymystä yksin ja kirjaa ajatuksensa paperille. Toisessa vaiheessa asiaa pohditaan parin kanssa ja parit laativat yhteisen näkemyksensä aiheesta. Asiat kirjataan kukin omaan paperiarkkiinsa tai tarralappunsa. Kolmannessa vaiheessa parit esittelevät tuotoksensa muille ryhmän kanssa keskustellen ja kiinnittävät arkit seinälle. Esittelyjen ja ryhmäkeskustelun aikana ryhmitellään samankaltaiset ideat yhteen. Jos ideoita on tullut runsaasti, voidaan parhaista ideoista järjestää esimerkiksi tussiaänestys. Siinä jokainen ryhmän jäsen saa antaa esimerkiksi kolmelle seinään kiinnitetylle mielestään parhaalle idealle äänensä tussilla merkitsemällä. Jatkotyöskentelyyn valitaan esimerkiksi kolme eniten ääniä saanutta ideaa tai ehdotusta. (Slideshare 2016.)

Seinätaulutekniikka

Seinätaulu- tai seinätekniikassa käytetään nimensä mukaisesti seinää, jolle tehdään havainnollisia ja selkeitä kuvia hyödyntäen erivärisiä ja erikokoisia paperiarkkeja ja huopakyniä. Paperiarkit kiinnitetään sinitarralla tai teipillä, tai voidaan käyttää tarralappuja, jotta niitä voidaan tarvittaessa helposti siirtää paikasta toiseen. (Wikipedia 2015.) Seinätekniikka mahdollistaa kaikkien osallistumisen työskentelyyn ja värien käytöllä voidaan korostaa haluttuja asioita, kuten esimerkiksi prosessin kehittämistä vaativia kohtia.

Kokeilu

Kokeilutoiminta on vaiheistettua kehittämistoimintaa, jossa uutta toimintatapaa kokeillaan sovitussa jaksossa. Kokeilusta kerätään palautetta ja palautteesta keskustellaan jakson aikana ja sen päätteeksi. Palautteen perusteella seuraavan kokeilujakson toimintaa muutetaan ja kehitetään. (Toikko & Rantanen 2009,

60,100–101.) Kehittämistoiminta etenee tuolloin sykleissä mukaillen toimintatutkimuksellista spiraalimallia, jonka vaiheita ovat konkreettinen toiminta (kokeilu) ja havainnointi sekä niitä seuraavat reflektointi ja suunnittelu (Toikko & Rantanen 2009,66).

Learning Café

Oppimiskahvila on yhteistoimintamenetelmä joka soveltuu noin 12 hengen tai suuremmille ryhmille ideointiin, ongelmien ja kysymysten ratkaisuun, oppimiseen, keskusteluun, tiedon luomiseen ja siirtämiseen. ”Kahvipöytiä” järjestetään yhtä monta kuin käsiteltäväksi valittuja teemoja tai aiheita on. Työskentelyä varten pöytiin varataan tarvittavat välineet, esimerkiksi suurehko paperi, tusseja ja taralappuja. (Innokylä 2016.)

Jokaiseen pöytään valitaan kahvilan pitäjä, eli puheenjohtaja, ja loppu ryhmä jaetaan pöytien lukumäärän mukaan pienempiin ryhmiin. Ryhmät asettuvat pöytiin ja ryhtyvät pohtimaan ja ideoimaan aihetta. Pöydän puheenjohtaja kirjaa ryhmän tuotokset. Ryhmät vaihtavat pöytää sovitun ajan kuluttua. Puheenjohtajat esittelevät seuraavalle ryhmälle pöydän teeman ja edellisten ryhmien tuotokset. Kun ryhmät ovat kiertäneet kaikki pöydät, saadut ajatukset ja ideat puretaan yhdessä keskustellen puheenjohtajien esitellessä oman pöytänsä tuotoksia. (Innokylä 2016.)

Dokumentointi

Dokumentaatio on kehittämistoiminnan seurannan väline (Toikko & Rantanen 2009, 80–82). Kehittämishankkeessamme tuotettuja dokumentointiaineistoja olivat muistiot, powerpoint-esitykset, valokuvat ja fläppipapereille työstetyt prosessaaviot.

Muistioilla oli kehittämishankkeessa tärkeä rooli. Kehittämispäivien aikana kirjoitin muistiinpanot niin, että ne olivat kaikkien luettavissa tietokoneen näyttönä toimineen taulu-tv:n isolta ruudulta. Lähetin muistiot kaikille sähköpostin liitteenä ja tallensin ne Y-asemalle, jossa ne ovat hankkeeseen osallistuneiden saatavilla ja luettavissa.

6.4 Aloitusvaihe

Palvelutarpeen arviointi valikoitui kehittämishankkeeni aiheeksi loppuvuodesta 2014, kun Uudenkaupungin vanhusten palvelujen järjestämissuunnitelma oli vielä valmisteilla. Suunnitelman toimenpideohjelmassa kehittämiskohteiksi esitettiin yhtenäisen toimintatavan ja mallin laatimista palvelutarpeen arviointiin sekä asiakasta osallistavien toimintatapojen kehittämistä. Valitsin kehittämiskohteeni sillä perusteella, että sen toteuttaminen ei vaatisi vanhustyöhön lisäresursseja tai -rahoitusta ja että sen hyväksyminen osaksi järjestämissuunnitelman toimenpideohjelmia kaupunginvaltuuston käsittelyssä olisi tästä syystä hyvin todennäköistä.

Sovin kehittämishankkeen toteuttamisesta sosionomi (YAMK) opintoihin liittyvänä opinnäytetyönä Uudenkaupungin sosiaali- ja terveysjohtajan kanssa suullisesti marraskuussa 2014. Kirjallisen luvan opinnäytetyölleni anoin helmikuussa 2016.

Kehittämishankkeen varsinaisen lähtölaukauksen pääsimme ampumaan vasta huhtikuussa 2015 kun kaupunginvaltuuston päätös Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015–2016 –suunnitelman hyväksymisestä tuli lainvoimaiseksi. Etenimme kuitenkin jo sitä ennen hiljalleen aloitusvaiheesta suunnitteluun ja hieman toteutukseenkin täsmentäen kehittämishankkeen kehittämistehtäviä (Kuvio 12. s.47).

Kehittämishankkeen käynnisti vanhustyön asiantuntijaryhmän kehittämispäivä 12.12.2014, jonka aikana tarkensimme hankkeen perusteluja ja kehittämistarpeita. Ennen työskentelyn ja keskustelun käynnistämistä pidin alustuksen palvelutarpeen arvioinnista, jotta saimme kaikki syvemmän ja yhteisen ymmärryksen aihealueesta (Haukijärvi ym. 2014, 11).

Alustukseni tueksi olin valmistellut powerpoint-esityksen. Alustuksessa kerroin mitä vanhuspalvelulaissa ja laatusuosituksessa sanotaan palvelutarpeen arviointiin liittyen. Tarkastelimme yhdessä Uudenkaupungin vanhusten palvelujen prosessikarttaa (Kuvio 9. s.43) ja sitä, miten palvelutarpeen arviointi nykyisin siinä näkyy.

Tutustuimme Väli-Suomen Ikäkaste II osahankkeeseen, jossa oli pilotoitu vanhustalutalut ja tuotettu muun muassa monipuolisen palvelutarpeen selvittämisen malli (Kuvio 4. s.33). Esittelin mallin ohella myös edellä mainitun hankkeen aikana esiin tulleita haasteita sekä hankkeen aikana työntekijöille tehdyn kyselytutkimuksen keskeisiä tuloksia.

Alustuksen tarkoituksena oli johdatella asiantuntijaryhmäläiset kehittämispäivän aiheeseen ja herätellä nykyisen toimintatapamme kriittiseen arviointiin ja keskusteluun tarveanalyysia laadittaessa. Alustus toimi eräänlaisena reflektiivisenä herättelynä, johon Toikon ja Rantasen (2009, 117) mukaan voidaan käyttää hyvin erilaisia aineistoja.

Tarveanalyysin kysymystä palvelutarpeen arvioinnin ongelmakohtista ja kehittämistarpeista työstimme Me-We-Us-menetelmän avulla. Menetelmä on osallistava ja sen avulla ryhmän hiljaisimmatkin jäsenet saivat oman mielipiteensä kuuluviin.



Kuva 1. Vanhustyön asiantuntijaryhmä tarkentamassa kehittämiskohteita Me-We-Us-menetelmää soveltaen. Kuva: Kirsi Routi-Pitkänen.

Asiantuntijaryhmän nimeämät palvelutarpeen arvioinnin kehittämiskohteet:

1. Palvelutarpeen arviointiprosessin mallintaminen
2. Parityöskentelyn käyttöön ottaminen
3. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden vahvistaminen
4. Moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen
5. Kotiutuksen ajoittaminen suhteessa palvelutarpeiden arviointiin
6. Palvelujen myöntämisen perusteiden/kriteerien päivittäminen

Asiantuntijaryhmän nimeämistä kehittämiskohteista 1., 3. ja 6. olivat samoja, joita Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015- 2016 – suunnitelmaa valmistellut työryhmä oli esittänyt toimenpideohjelmaan (Liite 1.). Asiantuntijaryhmä oli siis yksimielinen suunnitelmaa valmistelleen työryhmän kanssa keskeisistä kehittämiskohteista. Tämä oli hyvä lähtökohta kehittämishankkeellemme.

6.5 Suunnittelu- ja organisointivaihe

Kehittämishankkeen toteuttamisen alustavasta aikataulutuksesta ja vastuista sovimme vanhustyön asiantuntijaryhmän kokouksessa 4.2.2015. Hankkeen työryhmäksi nimesimme vanhustyön asiantuntijaryhmän, johon kuuluvat vanhustyön johtaja, päiväkeskuksen ohjaaja, kotihoidon esimiehet (2), vanhainkotien johtajat (2), hoivaosaston osastonhoitaja, vanhustyön fysioterapeutti, vanhusneuvolan terveydenhoitaja, vanhustyön ohjaaja ja vanhustyön toimistonhoitaja. Yhteensä 11 henkilöä. Koska kehittämishanke tulisi olemaan sosionomi (YAMK) opintoihini liittyvä opinnäytetyö, sovimme että toimin hankkeen koordinaattorina.



Kuva 2. Seinätekniikka ja tietotekniikka hanketyöryhmän menetelminä Kuva: Kirsi Routi-Pitkänen.

Hanketyöryhmän ominaisuudessa asiantuntijaryhmä kokoontui hankkeen aikana 7 kertaa. Näiden kokousten ja kehittämispäivien aikana tarkastelimme hankkeen etenemistä, sovimme uusien toimintatapojen käyttöönotosta ja seuraavien kehittämistehtävien vastuista ja aikatauluista. Kehittämispäiviä ei kuitenkaan järjestetty ainoastaan käsillä olevaa kehittämishanketta varten. Kehittämispäivät olivat tärkeä foorumi kaikkien Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015–2016 -suunnitelmaan kuuluvien toimenpiteiden koordinoimiseksi.

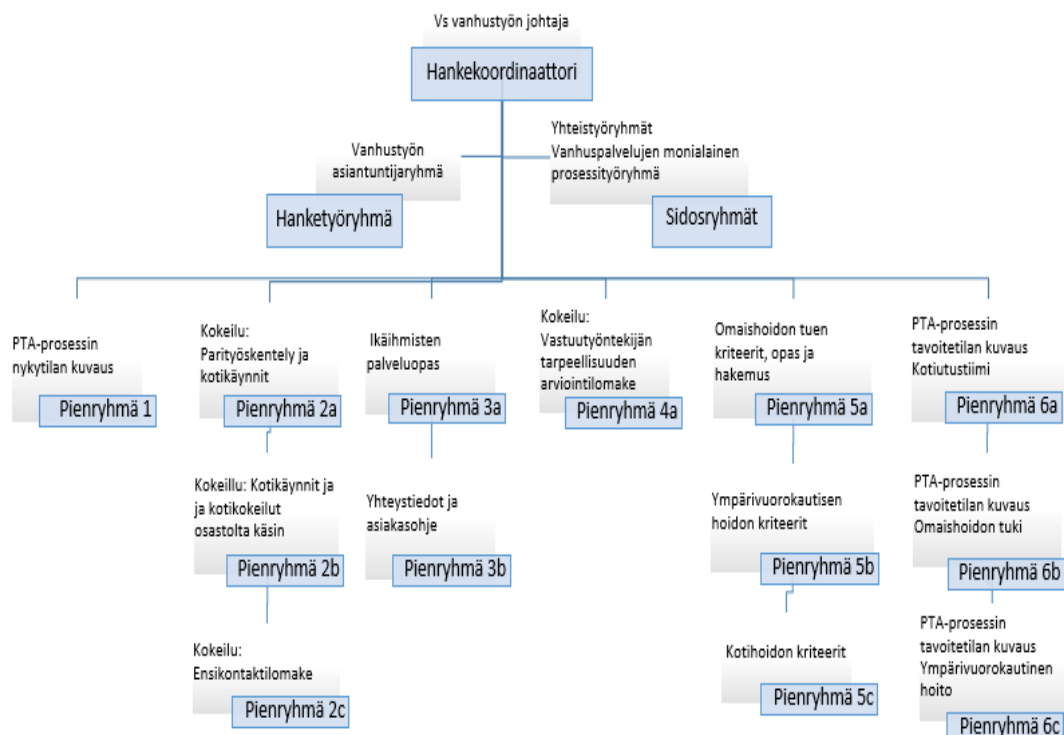
Hankkeen sidosryhmiksi katsoimme sellaiset Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksessa jo olemassa olevat työryhmät, joihin voitiin viedä keskusteltavaksi ja sovittavaksi hankkeessa esiin tulleita palvelutarpeen arviointiin liittyviä yhteistyökysymyksiä. Esimerkiksi terveyskeskuksen osastohoidon ja vanhustyön kotihoidon yhteistyöryhmässä keskusteltiin ja sovittiin siitä, mitä ”hyvissä ajoin” tarkoittaa, kun terveyspalvelut ilmoittavat kotihoidolle iäkkään asiakkaan kotiutumisesta.

Toinen kehittämishankkeelle tärkeä sidosryhmä oli Vanhuspalvelujen monialainen prosessityöryhmä. Uudessakaupungissa toteutettiin vuoden 2015 aikana vanhusten palveluissa, perusterveydehuollon ja erikoissairaanhoidon osastohoidossa useita sekä rakenteellisia että toiminnallisia uudistuksia. Vanhuspalvelujen monialainen prosessityöryhmä perustettiin selkiyttämään ja sujuvoittamaan uudistuneen palveluketjun palveluprosessin yhteensovittamista ja ratkaisemaan rajapinta ongelmia. Tässä moniammatillisessa ja monialaisessa työryhmässä on edustajia vanhustyöstä, vammaispalveluista, perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta.

Yhteistyössä sidosryhmien kanssa sovimme palvelutarpeen arviointiprosessien ja yhteistyötahojen palveluprosessien rajapintoihin liittyvistä seikoista. Vaihdoinme sidosryhmien kokouksissa ajantasaisia tietojamme siitä, miten ja millä aikataululla sosiaali- ja terveyspalvelujen palvelurakenteiden uudistukset olivat eri tahoilla etenemässä. Tällä tiedolla oli vaikutusta siihen, miten voisimme edetä omassa hankkeessamme. Sidosryhmissä sovitut asiat ja kokousmuistiot vein tiedoksi hanketyöryhmälle

Kehittämishankkeen aikana kehittämistehtäviä työstettiin ja kokeiluja toteutettiin pienryhmissä. Pienryhmien kokoonpanosta ja mukaan kutsuttavista yhteistyöta-hojen edustajista ja ryhmien tehtävistä sovimme pääsääntöisesti hanketyöryh-mässä joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta. Joistakin tehtävistä sovimme asian-tuntijaryhmän viikkopalaverien yhteydessä, jotta saimme vietyä hanketta jous-tavasti eteenpäin. Pienryhmät raportoivat tehtäviensä toteutumisesta hanketyöryh-mälle.

Hankeorganisaatiomme (Kuvio 13.) koostui edellä kuvatulla tavalla hankekoordi-naattorista, hanketyöryhmästä ja sen asettamista pienryhmistä sekä yhteistyöstä tarkoituksenmukaisten sidosryhmien kanssa. Kuviossa samankaltaisia kehittä-mistehtäviä työstäneet pienryhmät on ryhmitelty allekkain. Kuvioista voidaan nähdä pienryhmien työskentely käynnistymisen järjestys alkaen palvelutarpeen arviointiprosessin nykytilan kuvauksesta ja päättyen tavoitetilojen kuvauksiin. Lu-ettelo ryhmistä ja niiden työskentelyyn osallistuneista henkilöistä on 17.



Kuvio 13. Hankeorganisaatio ja pienryhmien kehittämistehtävät.

Pienryhmä 1:n esitys palvelutarpeen arviointiprosessin kehittämiskohteiksi:

1. Prosessin alkuvaihe
 - a. Vanhustyön toimijoiden yhteystietojen saatavuuden varmistaminen
 - b. Yhteisestä tulkinnasta sopiminen laissa säädetyistä palvelutarpeen arviointiin liittyvistä määräajoista, kuten hyvissä ajoin ja viipymättä
 - c. Asiakkaan laaja-alaisen palvelutarpeen arvioinnin tarpeellisuuden / tilapäisen ohjauksen ja neuvonnan riittävyyden arvioiminen
2. Asiakkaan itsemääräämisoikeus ja osallisuus itseään koskevissa asioissa
 - a. Ympäri vuorokautista hoitopaikkaa hakevan asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden varmistaminen
 - b. Vastuutyöntekijän tarpeellisuuden arvioiminen
3. Toimintakyvyn arviointi
 - a. Toimintakykymittareiden järjestelmällisempi hyödyntäminen kotihoidon tarvetta arvioitaessa
 - b. Ympäri vuorokautista hoitopaikkaa hakevan asiakkaan toimintakyvyn arviointien vastuuttaminen
 - c. Fysioterapeutin kotikäynnit ja asiakkaan toimintakyvyn ja asunnon ja asuinympäristön esteettömyyden kartoittaminen
 - d. Kotikokeilutoiminnan kehittäminen.

Hanketyöryhmä käsitteli pienryhmän esityksen huhtikuussa kehittämispäivän aikana ja laati suunnitelman esitettyjen kehittämistehtävien toimeenpanosta.

Pienryhmät 2a-c: Toimintatapojen kokeiluja

Pienryhmä 2a:n tehtävänä oli kehittää ympärivuorokautista hoitopaikkaa hakevan asiakkaan itsemääräämisoikeutta vahvistavia ja osallisuutta lisääviä toimintatapoja sekä asiakkaan toimintakyvyn arviointia hänen omassa asuin/toimintaympäristössään. Vanhustyön ohjaaja ja vanhustyön fysioterapeutti kokeilivat parityökentelyä ja kotikäyntejä/asiakastapaamisia ympärivuorokautista hoitopaikkaa hakevien asiakkaiden luona.

Kokeilu alkoi huhtikuussa ja päättyi syyskuussa. Kokeilun aikana vanhustyön ohjaaja ja fysioterapeutti tekivät muistiinpanoja kokemuksistaan ja havainnoistaan. Kokeilun päättyessä syyskuussa kotikäynti/asiakastapaaminen oli tehty kaikkien ympärivuorokautista hoitopaikkaa hakeneiden iäkkäiden luokse. Parityöskentelyyn ei ollut aina ollut mahdollisuutta, mutta fysioterapeutti oli tarvittaessa käynyt asiakkaan luona erikseen. Kokeilun toteuttaneiden kokemus oli, että hakijoiden henkilökohtainen tapaaminen on selvästi vahvistanut asiakkaan osallisuutta ja mahdollistanut paremmin itsemääräämisoikeuden toteutumisen.

Parityöskentelynä toteutetuissa asiakastapaamisissa sekä asiakkaan että omaisen mahdollisuus tulla kuulluksi oli parempi. Vanhustyön ohjaajan ja fysioterapeutin mielestä parityöskentelynä toteutettu palvelutarpeen arviointi oli monipuolisempaa ja siten laadukkaampaa. He kokivat lisäksi, että parityöskentely paransi heidän omaa oikeusturvaansa. Lisäksi kotikäyntien seurauksena osa hakijoista oli kyennyt jatkamaan kotona asumista, kun fysioterapeutti oli löytänyt ratkaisuja liikkumisen tai asuinympäristön ongelmiin.

Sovimme, että ympärivuorokautista hoitopaikkaa hakevien asiakkaiden tapaaminen kotikäyntinä tai osastolla otetaan käytännöksi heti ja se toteutetaan vanhustyön ohjaajan ja fysioterapeutin parityöskentelynä aina, mikäli se aikataulullisesti on mahdollista.

Pienryhmä 2b:n tehtävänä oli kokeilemalla kehittää toimintatapoja joiden avulla voitaisiin selvittää iäkkään kotona asumisen ja kotikuntoutuksen mahdollisuuksia esimerkiksi pitkittyneen sairaalahoitajakson jälkeen. Kokeilujen kohteina olivat Matleenan osastolla lyhytaikaispaikalla olevien iäkkäiden kotikäynnit ja kotikokeilut¹. Ajatuksena oli, että osastolta tehdään ensin ennakoiva kotikäynti, johon yh-

¹ Uudenkaupungin vanhusten palveluissa kotikokeilulla tarkoitetaan laitoshoidossa olevan asiakkaan suunnitelmallista siirtymistä sovitusti ajanjaksoksi kotiin kotihoidon ja muiden tarvittavien palveluiden turvin. Asiakasta ei kirjata ulos osastolta ja hän maksaa kotikokeilun ajalta laitoshoidon maksun. Lääkkeet ja hoitotarvikkeet järjestetään laitoshoidosta. Asiakkaalla on sovitun ajanjakson aikana mahdollisuus tarvittaessa palata hoitopaikkaansa. Mikäli asiakas ei kotikokeilun päättyessä ole palannut laitoshoidon, hänet kirjataan ulos ja hän siirtyy kotihoidon asiakkaaksi.

dessä fysioterapeutin kanssa osallistuisivat asiakas ja/tai omainen ja mahdollisesti myös omahoitaja osastolta. Kotikäynnin perusteella arvioitaisiin kotikokeilun mahdollisuudet ja asiakkaan kuntoutumistarpeet (porraskävely onnistuu) sekä apuvälineiden sekä mahdollisten asunnon muutostöiden tarve.

Kesäkuuhun mennessä kotikokeilussa oli ollut kolme asiakasta. Asiakkaiden kotikokeilut oli poikkeuksellisesti toteutettu Sakunkulman tukiasunnossa². Kotihoito, vanhustyön fysioterapeutti ja Sakunkulman päiväkeskus olivat yhteistyössä järjestäneet asiakkaiden kotikokeilujen aikana tarvitsemat palvelut. Idea Sakunkulman tukiasunnonkäytöstä kotikokeilussa ja kotikuntouksessa oli syntynyt, kun yhden asiakkaan kohdalla kotikokeilua ei voitu toteuttaa hänen omassa kodissaan.

Tukiasunnossa kotikokeilussa tai kotikuntouksessa olleet asiakkaat olivat voineet osallistua Sakunkulman päivätoimintaan, ohjattuun liikunta- ja kuntosalitoimintaan. Kaikki asiakkaat olivat myöhemmin kotiutuneet omiin koteihinsa joko itsenäisesti tai kotihoidon turvin. Yksi asiakas ryhtyi kotiutumiseensa jälkeen käymään säännöllisesti Sakunkulman päiväkeskuksessa.

Ennakoivan kotikäynnin haasteita olivat olleet asiakkaalle kotikäynnistä aiheutuneet taksimaksut. Osa asiakkaista kieltäytyi tästä syystä lähtemästä mukaan kotikäynnille. Fysioterapeutti oli näissä tapauksissa tehnyt kotikäynnin omaisen kanssa. Kotikokeiluissa haasteellisiksi osoittautuivat omaisten tai hoitavan tahon vahvat epäilyt asiakkaan kotona pärjäämisestä.

Kokeilu päättyi syyskuussa. Fysioterapeutti oli tehnyt ennakoivia kotikäyntejä osastohoidossa olleiden asiakkaiden kanssa ja asiakkaat olivat kotiutuneet kotihoidon turvin sen jälkeen kun heille oli laadittu asiakassuunnitelma osastolla. Myös kotikokeiluja kotihoidon turvin oli tehty asiakkaiden omissa kodeissa. Kotikokeilut olivat hyvin harvoin päättyneet niin, että asiakas olisi palannut takaisin osastolle.

² Sakunkulman tukiasunto on uusikaupunkilaisten ikääntyneiden käyttöön varattu kalustettu yksiö. Asunto sijaitsee Sakunkulman päiväkeskuksen pihapiiriin kuuluvassa asuinrakennuksessa. Tukiasunto on tarkoitettu tilapäiseen asumiseen esimerkiksi vakinaisen asunnon putkiremontin ajaksi tai turvapaikaksi, kun ikääntynyt kokee kodissaan turvattomuutta tai väkivallan uhkaa.

Hanketyöryhmässä päätimme ottaa käyttöön ennakoivat kotikäynnit ja jatkaa kotikokeilutoimintaa. Sakunkulman tukiasuntoa kotikuntoutuksessa hyödynnämme jatkossakin hyvien tulosten kannustamana. Sovimme, että kotikokeilun ohjeistus ja asiakasesite laaditaan myöhemmin, kun vanhustyön omat ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon laitoshoidon järjestelyt ovat varmistuneet ja edenneet riittävästi.

Pienryhmä 2c tehtävänä oli kokeilla ensikontaktilomaketta, jonka avulla voitaisiin arvioida onko ensikertaa kontaktia ottavalla asiakkaalla tarvetta monipuoliseen palvelutarpeen arviointiin vai olisiko tilapäinen ohjaus ja neuvonta riittävää. Pienryhmä otti koekäyttöön ensikontaktilomakkeen (Ikäkaste 2013), joka oli kehitetty Kaste-ohjelmaan liittyneen Vanhuspalvelulain pilotointi -hankkeen yhteydessä Pietarsaareissa. Lomaketta kokeilivat vanhusneuvolan terveydenhoitaja ja vanhustyön ohjaaja huhtikuusta syyskuuhun. Kokeilun aikana he tekivät huomioita lomakkeen käyttökelpoisuudesta ja mahdollisista muutostarpeista.

Kesäkuuhun mennessä ensikontakteja oli ollut kuusi. Sovimme, että kotihoidon esimiehet ottavat ensikontakti -lomakkeen koekäyttöön, jotta saataisiin useampia kokemuksia. Syyskuussa pienryhmä esitteli käyttökokemuksiaan hanketyöryhmälle. Lomake oli looginen ja toimi mainiosti muistilistana ensikontaktissa. Laajemman palvelutarpeen arvioinnin tarve tuli tasapuolisesti selvitettyä huolimatta siitä, keneen oli otettu yhteyttä. Lomake oli ollut käyttökelpoinen kotikäynnillä, kun iäkkästä henkilöstä oli tullut vanhuspalvelulain 25§ mukainen ilmoitus. Lomake jäseni myös asiakaskontaktin kirjaamista.

Sovimme, että kotihoidon esimies, vanhusneuvolan terveydenhoitaja ja vanhustyön toimistonhoitaja muokkaisivat lomaketta omien lomakkeidemme mukaiseksi. Otimme lomakkeen vakituiseen käyttöön lokakuussa.

Pienryhmät 3a-b: Asiakkaille ja yhteistyötahoille tietoa vanhusten palveluista ja yhteyshenkilöistä

Pienryhmien 3a ja b tehtävänä oli parantaa vanhusten palvelujen yhteystietojen saatavuutta, jotta asiakkaat ja omaiset sekä yhteistyötahot saisivat mahdollisim-

man helposti yhteyden vanhusten palveluihin ja asiakkaan palvelutarpeen arviointi voitaisiin käynnistää. Ikääntyneille tarkoitettujen palveluiden tunnettavuuden ja saavutettavuuden lisääminen oli omana tavoitteenaan Ikäystävällinen Uusi-kaupunki 2015–2016 –suunnitelman toimenpideohjelmassa Asiakkaiden osallisuus -osiossa.

Pienryhmä 3b laati toukokuun alussa 2105 vanhusten palvelujen internetsivuston etusivulle lyhyen asiakasohjeen yhteydenottoja varten. Hanketyöryhmässä sovimme, että ensikontakteja varten tulee heti sivustojen alkuun laittaa näkyviin sekä vanhustyön ohjaajan että vanhusneuvolan terveydenhoitajan yhteystiedot. Kynnys ensikertaa vanhusten palveluihin yhteyttä ottavalle tehtäisiin mahdollisimman matalaksi.

Pienryhmä 3a laati esitteen vanhusten palveluista yhteistyössä media-alan yrittäjän kanssa. Yrityksen tekemään tarjoukseen kuuluivat multimediaesite ja sovittu määrä painettuja esitevihkoja. Esitteen valmistelu käynnistyi huhtikuussa ja esite- Ikäihmisten palveluopas- oli valmis elokuun lopussa 2015. Multimedia-esitteen sijoitimme internettiin Uudenkaupungin Vanhusten palvelujen etusivulle (Liite 8.)

Pienryhmä 4: Koekäytössä vastuutyöntekijän tarpeellisuuden arviointilomake

Pienryhmä 4:n tehtävänä oli kehittää toimintatapoja vastuutyöntekijän tarpeellisuuden arvioimiseksi palvelutarpeen arviointien yhteydessä. Syyskuussa 2015 sovimme hanketyöryhmässä, että pienryhmä ottaa koekäyttöön Vanhuspalvelulain pilotointi -hankkeen yhteydessä Honkakoskella laaditun vastuutyöntekijän tarpeellisuuden arviointimallin (Moisio ym. 2013, 41). Sovimme, että pienryhmän kokemukset lomakkeen käyttökelpoisuudesta raportoidaan kevään 2016 kehittämispäivän yhteydessä.

Helmikuussa 2016 totesimme hankeryhmässä, että lomakkeen koekäyttö ei ollut toteutunut. Lomakkeen koekäytön esteeksi oli muodostunut pienryhmän jäsenten

epätietoisuus vastuutyöntekijän roolista ja tehtävistä. Sovimme, että järjestän aiheesta sisäisen koulutus- ja kehittämistilaisuuden vielä kevään 2016 aikana. Tämän jälkeen voimme tarvittaessa koekäyttää arviointilomaketta.

Lomakkeen koekäytön ajankohta oli ollut huono. Kotihoidossa valmisteltiin uuden kotiutus/kotikuntoutustiimin toimintaa ja tiimien kesken jouduttiin tekemään henkilöstön siirtoja.

Pienryhmät 5a-c: Kriteerien päivitys

Pienryhmä 5a:n tehtävänä oli päivittää omaishoidon tuen kriteerit. Omaishoidon koordinaattorin ideoimana ryhmä uudisti myös hakumenettelyä. Vaatimus lääkärintodistuksesta hakemuksen liitteenä poistettiin. Sen sijaan hakemuksen liitteeksi tuli hoidettavan potilas/asiakastietojen käyttöä koskeva suostumuslomake, joka palautetaan allekirjoitettuna yhdessä hakemuksen kanssa. Uudenkaupungin sosiaalilautakunta hyväksyi omaishoidon tuen päivitettyt kriteerit ja uusitun hakemuslomakkeen (Liite 16) joulukuussa 2015.

Pienryhmä 5b:n tehtävänä oli päivittää ympärivuorokautisen hoidon kriteerit ja *pienryhmä 5c:n* tehtävänä oli kotihoidon kriteerien päivitys. Kriteerit oli laadittu ja hyväksytetty sosiaalilautakunnassa vuonna 2012. Ryhmät ottivat päivittämistyösään erityisesti huomioon vanhuspalvelulain ja sosiaalihuoltolain vaatimukset sekä laatusuosituksen. Ympärivuorokautisen hoidon kriteeristö oli aikaisemmin jaettu kahteen eri asiakirjaan, joista toisessa olivat pitkäaikaishoidon ja toisessa lyhytaikaishoidon kriteerit. Päivityksessä ryhmä yhdisti nämä kriteerit samaan asiakirjaan. Kriteerien päivityksessä huomioitiin palvelutarpeen arvioinnissa käyttöön otetut toimintatavat, kuten kotikokeilu.

Pienryhmät 5b ja c työskentelivät tammi-maaliskuussa 2016 ja Uudenkaupungin sosiaalilautakunta hyväksyi ympärivuorokautisen hoidon ja kotihoidon (Liite 15.) kriteerit maaliskuussa 2016.

Pienryhmät 6a-c ja hanketyöryhmä: Palvelutarpeen arviointiprosessien tavoitetilojen kuvaukset

Hanketyöryhmän kokouksessa joulukuussa 2015 totesimme, että pienryhmien työskentely oli edennyt niin pitkälle, että voisimme ryhtyä laatimaan kehittämishankkeen tehtäväksi annettua palvelutarpeen arviointiprosessin mallinnusta. Olin hahmotellut työryhmälle arvioitavaksi ehdotelman palvelutarpeen arviointiprosessista tilanteessa, jossa asiakas asuu vielä kotona ja ottaa ensikertaa yhteyttä vanhusten palveluihin.

Tarkastellessamme ehdotelmaa totesimme, että palvelutarpeen arviointiprosessi on hyvin erilainen esimerkiksi kotiutustiimin asiakkaan ja ympärivuorokautista hoitopaikkaa hakevan asiakkaan kohdalla. Yhden, vanhusten palveluiden palvelutarpeen arviointiprosesseja yleisellä tasolla kuvaavan mallinnuksen laatiminen ei enää tuntunut hyvältä ajatukselta.

Sovimme, että pienryhmissä 6a-c ryhdytään työstämään erillisiä palvelutarpeen arviointiprosessien mallinnuksia kotiutustiimin asiakkaille sekä omaishoidon tukea ja ympärivuorokautista hoitoa hakeville asiakkaille. Jotta voisimme kehittää palvelutarpeen arviointiprosesseja edelleen, sovimme että niiden kuvaaminen tehtäisiin prosessin työnkultatasolla (Virtanen & Wennberg 2007, 127; Laamanen & Tinnilä 2013, 11). Työnkultatasolla laadittuja prosessikuvauksia voisimme hyödyntää hyvin perehdytyksen välineinä.

Pienryhmät kokoontuivat kaksi kertaa. Ensimmäisessä kokoontumisessa tunnistimme prosessit eli määritelimme prosessin keskeiset tavoitteet, asiakkaat, alun ja lopun, toiminnot ja suoritteet (Virtanen & Wennberg 2007, 114) ja täytimme prosessin perustietolomakkeet. Laadimme tavoitetilaa kuvaavat prosessikaaviot ja käynnistimme vaiheidenkuvauksen. Toisella kerralla työstimme ja hioimme vaiheidenkuvauksia edelleen. Hankekoordinaattorina huolehdin siitä, että kuvauksia tehtäessä hyödynnettiin pienryhmien 1-5c aikaansaannokset. Kokoontumisten väliin sijoitimme hanketyöryhmän kehittämispäivän, jossa tarkastelimme pienryhmien työstämiä prosessikuvauksia ja tuotimme ideoita ja näkökulmia pienryhmien jatkotyöskentelyä varten.



Kuva 4. Kotiutustiimi laatimassa prosessikuvausta. Kuva: Kirsi Routi-Pitkänen.

Prosessikuvaukset laadimme IMS-järjestelmän kolmisivutekniikkaa mukaillen: Sivu 1. yhteenvetosivu (prosessin perustiedot), sivu 2. prosessikaavio (uimarata-malli) ja sivu 3. vaiheiden kuvaus (Liite 6.) Kuvauksia laadittaessa järjestelmän hankintaprosessi oli Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksessa vielä kesken, eikä ohjelmisto ollut käytössämme.

Prosessien perustiedot kirjasimme Uudenkaupungin kaupungin prosessityössä käytössä olevalle lomakkeelle. Prosessikaavioiden työstämisessä käytimme seinätekniikkaa, fläppipapereita ja erivärisiä tarralappuja. Tarralappuja oli helppo tarvittaessa siirrellä sitä mukaa, kun tavoitetilan kuvaus alkoi vähitellen muotoutua fläppipaperille. Seinätekniikalla laadittujen prosessikaavioiden tallentamisen sähköiseen muotoon toteutin Excel-ohjelman avulla. Pienryhmien työskentelyn helpottamiseksi laadin IMS-järjestelmää mukailevan vaiheidenkuvaus-lomakkeen Word-tiedostona (Liite 7.).

Ensimmäisen kokoontumisen jälkeen prosessien omistajat ryhtyivät tahoillaan täyttämään vaiheidenkuvaus lomakkeita yhdessä ryhmänsä kanssa. Sovimme että annan pienryhmille ohjausta ja neuvoja sähköpostitse tai puhelimitse. Työstäisimme edelleen prosessikaavioita, jos ryhmät havaitsivat sille tarvetta.

Vaiheidenkuvaukset sovimme tehtäväksi sillä ajatuksella, että niitä pystyisi tarvittaessa käyttämään uuden työntekijän perehdytykseen. Lisäksi pyysin kiinnittämään huomiota toimintakykymittareiden järjestelmälliseen käyttöön sekä siihen, kenen vastuulle tarvittavien mittareiden tekeminen kulloinkin kuuluisi.

IMS-ohjelmistossa sekä kaavioon että vaiheiden kuvaukseen voitaisiin linkittää prosessia tukevia ohjeita, lomakkeita, menetelmiä, mittareita, oppaita, Kelan sivustoja jne. Pyysin ryhmiä kirjaamaan näitä vaiheidenkuvauslomakkeelle ja ideoimaan samalla uusia kehitettäviä ohjeistuksia ja tarkistuslistoja.

Hankeryhmän kehittämisiltapäivän aikana 24.2.2016 tarkastelimme pienryhmien laatimia prosessikaavioita ja vaiheidenkuvauksia yhdessä. Tarkoituksena oli, että hanketyöryhmä voisi antaa pienryhmille ja prosessinomistajille useampia näkökulmia ja uusia ideoita prosessikuvausten jatkotyöstöön. Pienryhmät näkisivät toistensa tuotokset ja voisivat jakaa ajatuksia ja ideoita. Ennen työskentelyn käynnistämistä kertosimme lyhyesti kehittämishankkeen kehittämistehtävät ja niihin pienryhmissä siihen mennessä kehitetyt ratkaisut. Koska kaikki hanketyöryhmän jäsenet eivät olleet mukana prosessikuvauksia työstäneissä pienryhmissä, esittelin hanketyöryhmälle IMS-järjestelmän kolmisivutekniikan ja sen vaiheet.

Hanketyöryhmän jäsenet tutustuivat aluksi omassa tahdissaan kokoustilan eri seinille kiinnitettyihin A3 arkeille tulostettuihin prosessikaavioihin. Ohjeistuksena oli tarkastella kaavioita asiakkaan osallisuuden ja moniammatillisen yhteistyön toteutumisen näkökulmista. Prosesseihin oli lupa tehdä korjaus- ja muutosehdotuksia. Tarkoituksena oli etsiä kaavioista hyviä informatiivisia kuvaustapoja, joita voitaisiin käyttää kaikissa kaavioissa. Kommentit pyysin kirjoittamaan tarralappuihin ja kiinnittämään kyseiseen prosessikaavioon. Kierroksen jälkeen kävimme kokoavan keskustelun tehdyistä havainnoista ja sovimme kaavioihin tehtävistä muutoksista.

Toisessa vaiheessa työstimme pienryhmien laatimia prosessien vaiheidenkuvauksia Learning Cafe menetelmää soveltaen. Pöytien puheenjohtajina/kirjureina toimivat prosessien omistajat. Muut työryhmän jäsenet jakautuivat kolmeen

ryhmään. Puheenjohtajilla oli pöydässään oma prosessikaavionsa ja siihen liittyvä vaiheidenkuvaus, muistiinpanovälineet ja pieniä tarralappuja. Oheismateriaaliksi olin varannut kuhunkin pöytään palvelutarpeen arviointia koskevat lainkohdat vanhuspalvelulaista ja sosiaalihuoltolaista sekä asiakaslain 8§:n itsemääräämisoikeudesta ja osallistumisesta.

Sovimme työskentelyajaksi 20 minuuttia/pöytä ja tämän jälkeen ryhmät siirtyisivät seuraavaan pöytään. Ohjeistin pienryhmiä tarkastelemaan palvelutarpeen arviointiprosessien vaiheidenkuvauksia yhdessä puheenjohtajien kanssa ja ideoidaan keinoja tai toimintatapoja jotka tukisivat asiakkaiden osallisuuden ja itsemääräämisoikeuden toteutumista. Toiseksi pyysin heitä arvioimaan, toimisiko vaiheiden kuvaus uuden työntekijän ohjeena tai perehdytyksen välineenä. Ellei, miten kuvausta pitäisi korjata. Kolmanneksi pyysin heitä kiinnittämään huomiota moniammatillisen ja monialaisen yhteistyön toteutumiseen. Kun ryhmät olivat vierailleet jokaisessa pöydässä, saadut ajatukset ja ideat purettiin yhdessä keskustellen puheenjohtajien esitellessä oman pöytänsä tuotoksia.

Hanketyöryhmän kehittämisiltapäivän työskentelyn tuloksena sovimme prosessikaavioihin tehtävistä muutoksista ja korjauksista. Esimerkiksi kotiutustiimin prosessin alkuun lisättiin asiakkaan ja/tai omaisen osallistuminen yhteydenottajina ja asiakas suostumuksen antajana yhteydenoton tekemiseen.

Prosessien vaiheidenkuvauksien jatkotyöstämistä varten pienryhmät saivat runsaasti ideoita erilaisista tarvittavista ohjeista (suostumuksenhallinta) ja tarkistuslistoista (kotikäynti ja kotiutus). Vaiheiden kuvauksista puuttuivat vanhustyön fysioterapeutin vastuut ja kriittiset tehtävät miltei kokonaan. Sovittiin, että pienryhmät korjaisivat asian yhteistyössä vanhustyön fysioterapeutin kanssa. Asetimme tavoitteeksi, että pienryhmät saisivat prosessikuvaukset valmiiksi niin, että ne voitaisiin esitellä ja arvioida vanhustyön asiantuntijaryhmän viikkopalaverin päätteeksi 16.3.2016.

Pienryhmät 6a-c jatkoivat vaiheiden kuvausten työstämistä ja kokoontuivat vielä kerran ennen esittely ja arviointitilaisuutta. Osallistuin ryhmien kokoontumisiin ja annoin lisäksi ohjausta puhelimitse ja sähköpostitse.

Hanketyöryhmän kokouksessa 16.3.2016 esittelin pienryhmien laatimat palvelutarpeen arviointiprosessien kuvaukset. Totesimme, että prosessikuvauksissa oli soveltuvien osin huomioitu sidosryhmissä sovittuja asioita ja pienryhmissä hankkeen kuluessa toteutettujen kehittämistehtävien tuloksia. Päätimme, että kuvauksien työversiot tallennetaan tässä vaiheessa Y-asetalle. Kuvaukset tulisivat seuraavan kerran tarkasteluun jo kuluvan kevään 2016 aikana, kun IMS-järjestelmän käyttöönottokoulutus alkaisi.

6.7 Arviointivaihe

Kehittämistoiminnan arvioinnin tehtäviä ovat kehittämisprosessin suuntaaminen, tiedon tuottaminen kehitettävästä asiasta ja kehittämisprosessin toimijoiden kehittämiseen kohdistuvista odotuksista. Arviointi voidaan nähdä kehittämisprosessin solmukohtana, jossa kehittämisen perustelua, organisointia ja toteutusta puntaroidaan. Yksinkertaisimmillaan arvioinnilla tarkoitetaan analyysia siitä, onko kehittäminen saavuttanut tarkoituksensa vai ei. (Toikko & Rantanen 2009, 61.)

Kehittämishankkeen arviointivaiheessa osallistujat ottavat kantaa, keskustelevat ja pohtivat erilaisten vaiheiden onnistumista ja tavoitteiden toteutumista. Reflektoinnissa tuodaan esille erilaiset mielipiteet sekä perustelut väitteille ja tiedolle. Ryhmä tarkastelee näitä kriittisesti. Arviointivaihe toimii seuraavan askeleen suunnittelun perustana ja tarvittaessa suuntaa hanketta uudelleen. Reflektointi antaa osallistujille mahdollisuuden oppia ja kehittää omaa näkemystään edelleen (Anttila 2007, 60.)

Arviointia toteutimme kehittämishankkeen aikana hanketyöryhmän kokoontumisissa koko hankkeen ajan avoimesti keskustellen. Aloituvaiheessa teimme tarveanalyysin, jonka avulla puntaroimme ja arvioimme kehittämishankkeen tarpeellisuutta ja perusteluja. Toteutusvaiheen alussa pienryhmä 1. laati palvelutarpeen arviointiprosessista nykytilankuvauksen, joka tuotti hankkeellemme arviointitietoa kehitettävänä olevan prosessin ongelmakohdista.

Kehittämishankkeen toteutusvaiheen aikana seurasimme hanketyöryhmässä pienryhmille annettujen kokeilu- ja kehittämistehtävien etenemistä ja arvioimme

tuloksia/tuotoksia säännöllisesti. Pienryhmät raportoivat kehittämistehtävistään ja antoivat kokeiluistaan palautetta hanketyöryhmälle. Hanketyöryhmässä tehdyn yhteisen arvioinnin jälkeen otimme käyttökelpoisiksi todetut toimintatavat ja lomakkeet käytännöiksi jo hankkeen aikana, kuten esimerkiksi parityöskentely ja ensikontaktilomake.

Kehittämishankkeen lopussa maaliskuussa 2016 hanketyöryhmä arvioi keskustellen hankkeen kehittämistehtävien toteutumista ja katselmoi hankkeen tuotoksena syntyneitä palvelutarpeen arviointiprosessien kuvauksia.

6.8 Hankkeen tuotokset ja juurruttaminen

Hankkeen konkreettisina tuotoksina syntyivät IMS-järjestelmän kolmisivutekniikka (Liite 6.) mukailevat palvelutarpeen arviointiprosessien kuvaukset kotihoitotiimiin, ympärivuorokautiseen hoitoon ja omaishoidon tukeen. Prosessikuvaukset laadimme niin sanottuina työversioina, jotka viemme myöhemmin IMS-järjestelmään, jossa ne saavat oikean muotonsa. Tästä syystä prosessikuvauksiin liittyviä yhteenveto ja vaiheidenkuvaus sivuja eivät ole tämän työn liitteinä. Prosessikaavioiden työversiot esitellään liitteissä 10, 12 ja 14.

Vaiheiden kuvauksessa avasimme prosessikaavioiden vaiheet tärkeimpien ja keskeisimpien tehtävien osalta niin, että tarvittaessa voimme käyttää niitä uuden työntekijän perehdyttämisessä. Eri vaiheissa tarvittavat esitteet, yhteystiedot, ohjeistukset, hakemukset, lomakkeet ja tietokannat (esimerkiksi TOIMIA-tietokanta) listasimme työversioihin IMS-järjestelmään siirtoa ennakoiden. Liitteen 6 sivulla 2 on esimerkki vaiheiden kuvauksesta.

Sekä prosessikaavioiden että vaiheiden kuvausten laadinnassa punaisena lankana oli asiakkaan osallisuuden ja itsemääräämisoikeuden huomiointi ja näkyväksi tekeminen arviointiprosesseissa. Asiakasta osallistavia toimintatapoja, joita hankkeen aikana kokeilimme ja otimme pysyviksi käytännöiksi, olivat kotikokeilu, kotikäynti ja parityöskentely. Toimintatavat kytkimme palvelutarpeen arviointiprosessien kaavioihin ja kirjoitimme auki vaiheiden kuvauksiin

Ensikontaktilomakkeen (Liite 5.) otimme vakituiseen käyttöön heti koekäytön jälkeen. Lomakkeen kysymyspatteriston avulla voimme arvioida laajemman palvelutarpeen arvioinnin tarpeellisuuden, kun iäkäs asiakas ottaa yhteyttä vanhusten palveluihin ensikertaa. Liitimme ensikontaktilomakkeen kotiutustiimin prosessin (Liite 10.) 2. vaiheeseen sekä vaiheen ohjeisiin ja menetelmiin.

Palvelutarpeen arvioinnin ja yleisemminkin Uudenkaupungin vanhusten palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantamiseksi ja tiedon saannin helpottamiseksi päivitimme hankkeen aikana vanhusten palvelujen kotisivustoa ja laadimme Ikäihmisten palveluoppaan (Liite 8). Palveluopas on saatavilla sekä sähköisessä muodossa että painettuna versiona.

Hankkeen aikana päivitimme kotihoidon, ympärivuorokautisen hoidon ja omaishoidon tuen kriteerit. Liitteessä 15 ovat sosiaalilautakunnan hyväksymät kotihoidon kriteerit. Omaishoidon tuen osalta uudistettiin lisäksi hakemuslomake (Liite 16) niin, että liitteeksi ei enää vaadita lääkärin C-lausuntoa vaan suostumus asiakas-/ja potilastietojen käytöstä. (Uudenkaupungin sosiaalilautakunta 2015; Uudenkaupungin sosiaalilautakunta 2016.)

Muita kehittämishankkeen tuloksia olivat sidosryhmien kanssa yhteisesti sovitut tulkinnat muun muassa vanhuspalvelulaissa palvelutarpeen arvioinnille asetetuista määräajoista. Määräajat näkyvät kotiutustiimin prosessikaavion (Liite 10) yläreunassa sinisiin nuoliin merkittyinä.

Juurruttaminen ja levittäminen

Juurruttamista tapahtui jo kehittämishankkeen kuluessa, kun otimme kokeilujen jälkeen vakinaiseen käyttöön asiakasta osallistavat toimintatavat (parityöskentely, kotikäynnit ja kotikokeilun).

Juurruttaminen ja palvelutarpeen arviointiprosessien parantaminen jatkuu omaishoidon tuen ja ympärivuorokautisen hoidon osalta prosessinomistajien eli omaishoidon koordinaattorin ja vanhustyön ohjaajan päivittäisessä työssä.

Kotiutustiimin uudistettu palvelutarpeen arviointiprosessi tukee tiimin toiminnan kehittämistyötä. Kotiutustiimin toiminta on laajenemassa ympärivuorokautiseksi toukokuun alussa ja prosessikuvausta on tuolloin arvioitava uudelleen.

Uusien palvelutarpeen arviointiprosessien kuvausten esittelyn aion toteuttaa Uudenkaupungin vanhustyön henkilökunnan koulutus- ja kehittämispäivän aikana 19.5.2016. Toiveeni on, että olisimme siihen mennessä saaneet työversiot siirrettyä IMS-järjestelmään. Suunnitelmissa on myös prosessien esittely ja niistä keskustelu tärkeimpien sidosryhmien kanssa.

7 ARVIOINTI

Tuotos

Kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda vanhusten palveluihin sujuva ja nopea palvelutarpeen arviointiprosessi, jossa asiakas on osallisena ja aktiivisena toimijana. Alkuperäisenä tavoitteena oli siis yhden yhtenäisen mallin luominen. Palvelutarpeen arviointiprosessit etenevät kuitenkin eri tavoin ja sisältävät erilaisia vaiheita esimerkiksi kotiutustiimissä tai omaishoidon tukea haettaessa. Tästä syystä päätimme laatia erilliset arviointiprosessien kuvaukset kotiutustiimiin, omaishoidon tukeen ja ympärivuorokautiseen hoitoon. Erilliset prosessikuvaukset toimivat paremmin perehdyttämisen välineinä.

Lähtökohdat prosessikuvausten laadinnolle olivat pienryhmissä erilaiset. Omaishoidon tuesta ja ympärivuorokautisesta hoidosta olivat olemassa aikaisemmin vuosina 2013 ja 2012 laatimamme prosessikaaviot (Liitteet 11. ja 13.). Näissä kuvauksissa palvelutarpeen arviointi oli osana koko palveluprosessia. Kotiutustiimin toiminta oli meille uusi palvelumuoto, jonka pilotointi alkoi kotihoidossa hankkeemme aikana syksyllä 2015. Kotiutustiimin arviointiprosessin tavoitetilan mallinnus toimi kotiutustiimin pilotoinnin tukena ja kehittämisen välineenä (Martinsuo & Blomqvist 2010, 7, 14).

Vertaamalla parannettuja prosesseja aikaisempiin prosessikuvauksiin tulokset näkyvät selvästi. Ympärivuorokautisen hoidon tarpeen arviointiprosessissa muutos oli suurin. Palvelutarpeen arviointi kuvattiin aikaisemmin SAS-työryhmän tehtävänä, ilman asiakkaan tai omaisen osallistumista arviointiin. Tehdessämme nykytilan kuvausta.(Liite 9.) havaitsimme että tilanne oli edelleen samanlainen.

Tavoitetilan kuvauksessa (Liite 12) otimme paremmin huomioon hoitopaikkaa haakevan iäkkään prosessin toimijana. Parityöskentelynä tapahtuva asiakkaan tapaaminen kotona tai osastolla, kotikokeilun mahdollisuus sekä ohjaus ja neuvonta arviointiprosessin kuluessa mahdollistavat iäkkään osallistumisen, osallisuuden kokemukset ja itsemääräämisoikeuden toteutumisen.

Terveystieteiden ja omaishoidon koordinaattorin parityöskentelyn otimme sen käyttöön ilman kokeiluja jo hankkeen toteutusvaiheen alussa. Parityöskentelyn sekä arvioinnin aikana annettavan ohjauksen ja neuvonnan avulla lisäsimme asiakkaan ja omaisen osallisuutta arviointiprosessissa. Parityöskentely paransi arviointiprosessien moniammatillisuutta. Moniammatillisesta palvelutarpeen arvioinnista voidaan puhua, kun arviointiin osallistuu vähintään kaksi eri ammattiryhmän edustajaa (Finne-Soveri ym. 2011, 2).

Omaishoidon tuen palveluprosessissa korostuivat aikaisemmin lääkärin lausunnon ja asiakkaalle myönnetyn Kelan hoitotuen merkitys tuen tarpeen arvioinnissa. Nopeutimme ja sujuvoitimme arviointiprosessia poistamalla vaateen lääkärin c-lausunnon hakemuksen liitteenä. Kelan hoitotuen määräävyys omaishoidontuen suuruuteen oli poistettu jo aikaisemmin.

Palvelutarpeen arviointiprosessin kuvaaminen kotiutustiimin toiminnassa oli haastavin tehtävä, koska loimme kokonaan uutta toimintaa. Ehkä juuri tästä syystä varsinkin vaiheiden kuvauksesta tuli paikoitellen hyvinkin yksityiskohtaista. Vaiheiden kuvaus oli haastavaa, työlästä ja aikaa vievää. Vaiheiden kuvaus on prosessikuvausten keskeisin osa, ja se sisältää enemmän ja yksityiskohtaisempaa tietoa kuin prosessikaavio (Virtanen & Wennberg 2007, 126 ja 128).

Prosessin sujuvuus ja nopeus oli keskeinen tavoite ja odotusarvo erityisesti kotiutustiimin toiminnalle. Ratkaisimme asian sopimalla määräaikojen tulkinnasta yhdessä sidosryhmien kanssa. Sovituista määräajoista saimme prosessille ”nopeusmittarin”. Yhteisesti sovitut tulkinnat määräajoista laitoshoidosta kotiutumiseen liittyen sujuvoittivat prosessia ja paransivat palveluketjun saumattomuutta. Onnistunut saumaton palveluketju perustuu moniammatilliseen yhteistyöhön ja hyvään tiedottamiseen ja tiedonkulkuun (Paasivaara ym. 2002, 52).

Palvelutarpeen arviointiprosessi on kuitenkin jokaiselle iäkkäälle asiakkaalle yksilöllinen ja arvioinnin viivytyksettömyyttä tulee aina arvioida suhteessa asiakkaan tarpeisiin. Arviointiprosessin nopeus ei voi olla itseisarvo. Arviointi voi edellyttää lyhempää tai pidempää käsittelyaikaa, riippuen kunkin asiakkaan yksilöllisistä tilanteista (STM & Suomen Kuntaliitto 2013b, 19; STM 2015, 66).

Hankkeen aikana päivitimme palvelujen saamisen perusteet, eli niin sanotut kriteerit kotihoidon, omaishoidon tuen ja ympärivuorokautisen hoidon osalta. Kriteerit ovat kunkin arviointiprosessin läpileikkaavia ohjeistuksia prosesseissa toimiville työntekijöille ja tiedon lähde asiakkaille, omaisille, prosessien yhteistyötahoille ja päätöksentekijöille. Kriteerien päivityksessä otimme huomioon lainsäädännössä tapahtuneet muutokset. (STM & Suomen Kuntaliitto 2013a, 31.)

Kehittämishankkeen tavoitteena oli lisäksi vanhusten palvelujen kustannusten kasvun hillitseminen, kun palvelut kohdentuvat oikein. Tämän tavoitteen toteutumisesta ei vielä tässä vaiheessa pystytä arvioimaan. Kuitenkin sosiaali- ja terveysministeriön (STM 2015, 66) mukaan palvelutarpeen arvioinnin tekeminen nopeasti ja moniammatillisesti (parityöskentely) palveluprosessin alkuvaiheessa voi lyhentää asiakkuuksien kestoa ja vähentää päällekkäistä työtä. Se voi vaikuttaa ratkaisevasti myös myöhemmin syntyviin sosiaalihuollon kustannuksiin.

Kehittämishankkeen toteutus

Palvelutarpeen arvioinnin kehittämisen olimme todenneet tarpeelliseksi laatu-työskentelyyn liittyvissä itsearvioinneissa. Kun se tuli kirjatuksi Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015–2016 suunnitelman toimenpideohjelmaan, saimme kehittämishankkeellemme täyden tuen ylemmältä taholta. Vaikka kehittämistyö kytkeytyi strategiseen suunnitteluun ja oli siinä mielessä ylhäältä alaspäin ohjautuvaa (Toikko & Rantanen 2009, 48–49), olivat itse havaitsemamme arviointiprosessin ongelmakohdat meille tärkeämpiä kehittämistyön motivaattoreita. Lähtökohdat kehittämishankkeen onnistumiselle olivat siis hyvät.

Kehittämishankkeemme kehittämistehtävät olivat monitasoisia. Lecklinin (2006, 150) mukaan prosessin parantaminen etenee usein hyvin pienin askelin. Otimekin näitä pieniä askeleita useita, kun paransimme jo olemassa olevia omaishoidon tuen ja ympärivuorokautisen hoidon palvelutarpeen arviointiprosesseja (Laamanen & Tinnilä 2013, 14). Suurempi harppaus oli, kun suunnittelimme miltei puhtaalta pöydältä kotiutustiimin prosessin (Lecklin 2006, 150). Mutta tässäkin aikaisemmin otetut pienet askeleet, eli pienryhmien tuotokset, olivat avuksi.

Kehittämishankkeen aikana Uudenkaupungin vanhustenpalveluissa ja perusterveydenhuollossa toteutettiin monia suuria rakenteellisia uudistuksia. Esimerkiksi kotihoidossa oli kehittämishankkeemme aikana menossa uuden asiakastietojärjestelmän käyttöönotto ja laitoshoidon vähentämisen myötä tehtiin sosiaali- ja terveyspalveluissa mittavia henkilöstöjärjestelyjä. Tämä asetti hankkeellemme haasteita henkilöstöressurssien ja ajankäytön suhteen.

Kotihoidossa oli tarkoitus kokeilla vastuutyöntekijä tarpeellisuuden arviointi lomaketta syksystä 2015 alkuvuoteen 2016. Tämä ei kokeilu ei toteutunut. Ajoitus kokeilun toteuttamiselle oli huono. Arvioimme tilanteen uudelleen ja sovimme, että vastuutyöntekijän roolista ja tehtävistä on sovittava ensin ja vasta tämän jälkeen tarvittaessa kokeilemme lomaketta

Kokonaisuutena kehittämistoimintamme eteni hyvin, vaikka tilanne monien muutosten myllerryksessä oli haastava. Olimme määrätietoisesti askel askeleelta pienryhmien työskentelyn kautta savuttaneet tavoitteemme ja kehittämistehtävät. Mielestäni vanhustyön fysioterapeutti kiteytti oleellisen todeten, että ”Meil on tääl ollu koko aja semmone hyvä tekemise meininki.”

Auditointi

SHQS-laatuohjelmaan liittyen Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksessa toteutettiin ulkoinen ylläpitoauditointi lokakuussa 2015. Auditointiraportissa vanhusten palvelujen keskeisiksi vahvuuksiksi mainittiin:

1. Vanhusten palvelujen vahva kehittämisinto
2. Asiakkaan osallisuus on keskiössä
3. Henkilöstömitoitusta on vahvistettu
4. Hyvin yhteen hiileen puhaltava vanhustyön asiantuntijaryhmä
5. Yhteistyö ja tiedonkulku ovat kehittyneet asiakkaan palveluketjussa
6. Muutosten hallinta tiukkenevissa resursseissa
7. Henkilöstön osaamista on vahvistettu muutosten tahdissa

(Uusikaupunki Laatuportti.)

Jatkosuunnitelmia

Prosessikuvaukset ovat nyt valmiit, mutta niiden kehittäminen ei pääty tähän. Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen laatupolitiikan mukaisesti toteutamme jatkuvaa laadunparantamista, joka toteutuu asiakasprosessien arvioinnin ja kehittämisen kautta. (Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen johtoryhmä 21.9.2011)

LÄHTEET

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: AKATIIMI oy.

EFQM 2016. The EFQM Excellence Model. Viitattu 22.3.2016 <http://www.efqm.org/the-efqm-excellence-model>.

Finne-Soveri, H. 2013. Ikääntyneiden pitkäaikaishoito. Teoksessa Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T.; Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duoecim, 76-86.

Finne-Soveri, H.; Leinonen, R.; Autio, T.; Heimonen, S.; Jyrkämä, J.; Muurinen, S.; Räsänen, R. & Voutilainen, P. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. TOIMIA-tietokanta, suositukset. Viitattu 17.2.2016 http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositus_S004_110609.pdf

Hakamäki, P.; Alastalo, H.; Mäkelä, M.; Noro, A.; Saaristo, V. & Ståhl, T. 2015 Informaatio-ohjaus ei tavoita, osallisuuteen kannustetaan. Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa 2014. THL-Tutkimuksesta tiiviisti 36/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.3.2016 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129571/URN_ISBN_978-952-302-575-2.pdf?sequence=1.

Haukijärvi, N.; Kangas, A.; Knuutila, H.; Leino-Richert, E. & Teirasvuo, N. 2014. Tavoitteena aktiivinen ja työelämälähtöinen oppiminen. Käytännön opetusmenetelmiä opiskelija- ja työelämälähtöiseen opetukseen ja koulutukseen. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 91. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

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

Helin, S. & von Bonsdorff, M. 2013. Palvelujärjestelmä terveyden, toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, E.; Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 426–443.

ISQua 2016. The International Society for Quality in Health Care. Viitattu 22.3.2016 <http://www.isqua.org>.

Heikkilä, A.; Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. 9. painos. Helsinki: Tammi.

Ikäkaste 2013. Ensikontaktilomake. Viitattu 18.3.2016 <http://www.ikakaste.fi/ikalainpilotointi/ikalainpilotointitietopankki/finish/132-monipuolinen-palvelutarpeen-arviointi-pietarsaari/589-pietarsaaren-lomake-suomeksi/0>.

IMS 2016. IMS-ohjelmisto. Viitattu 18.2.2016 <http://www.ims.fi/ims-ohjelmisto>.

Innokylä 2016. Learning cafe eli oppimiskahvila. Viitattu 14.3.2016 <https://www.innokyla.fi/web/malli2825539>

JUHTA-Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. 2012. JHS 152 Prosessien kuvaaminen. Versio 5.10.2012. Viitattu 4.3.2016 <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf>.

Kalliomaa-Puha, L. 2014. Slow-go ja no-go kuluttajat markkinoilla. Teoksessa Mäki-Petäjä-Leinonen, A. & Nieminen, L. (toim.) Vanhuus ja oikeus. Helsinki: Lakimiesliiton kustannus, 323–352.

Karisto, A. 2004. Kolmas ikä – uusi näkökulma väestön vanhenemiseen. Teoksessa Ikääntymisen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 91–103.

Karvonen-Kälkälä, 2012. Unohtuiko vanhus? Oikeustieteellinen tutkimus hallintosopimuksen asiansaisusteista vanhuksen vaikuttamismahdollisuuden näkökulmasta. Vanhustyön keskusliiton tutkimuksia 1:2012. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

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

Kunnat.net 2016. Hyvinvointia edistävät palvelut. Viitattu 26.3.2016 <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/neuvontapalvelut/Sivut/default.aspx>.

Laaksonen, M.; Suhonen, M. & Suhonen, S. 2012. Sosiaalipalvelujen luokituksen sanasto ja Sosiaalihuollon asiakasasiakirjasanasto. THL-Raportti 1/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Laamanen, K. & Tinnilä, M. 2013. Prosessijohtamisen käsitteet. Trends and concepts in business process management. 5. uudistettu painos. Helsinki: Teknologainfo Teknova Oy.

Laslett, P. 1989. A fresh map of life: the emergence of the third age. London: Weidenfeld and Nicolson.

Lecklin, O. 2006. Laatu yrityksen menestystekijänä. Helsinki: Talentum.

Liikanen, H-L. 2007. Gerontologisen sosiaalityön menetelmiä. Teoksessa Seppänen, M.; Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) 2007. Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 69–91.

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L. 2014. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.

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

Martinsuo, M. & Blomqvist, M. 2010. Prosessien mallintaminen osana prosessien kehittämistä. Opetusmoniste 2. Tampereen teknillinen yliopisto. Teknis-taloudellinen tiedekunta.

Moisio, M.; Heikkinen, S.; Honkakoski, A.; Nurmio, K. & Pakanen, M. 2013. Väli-Suomen Ikäkaste II. Ikälain pilotointi – osahanke. Hankeraportti 24.10.2013. Viitattu 24.3.2016 <http://www.eksote.fi/eksote/tutkimus-ja-kehittaminen/paattyneet-kehittamishankkeet/Documents/Raportti%20Ik%C3%A4lain%20pilotointi.pdf>.

Mäkelä, M.; Alastalo, H.; Noro, A. & Finne-Soveri, H. 2014. Palvelutarpeen ja toimintakyvyn arviointi. Teoksessa Noro, A. & Alastalo, H. (toim.) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. THL:n raportti 13/2014. Tampere: Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy, 131–140.

Object Management Group 2008. Business Process Model and Notation, V 1.1. OMG Available Specification. OMG Document Number: formal/2008-01-17. Standard document Viitattu 5.2.2016 <http://www.omg.org/spec/BPMN/1.1/PDF>.

Outinen, M. 2002. Mitä laatutyö on? Teoksessa Voutilainen, P.; Vaarama, M.; Backman, K.; Paasivaara, L.; Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. Helsinki: Stakes, 205–210.

Paasivaara, L.; Nikkilä, J. & Voutilainen, P. 2002. Saumattomuus-palvelujen kirjosta yksilölliseksi kokonaisuudeksi. Teoksessa Voutilainen, P.; Vaarama, M.; Backman, K.; Paasivaara, L.; Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Op-paita 49. Helsinki: Stakes, 49–56.

Pekurinen, M.; Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun. Stakesin raportteja 38/2008. Helsinki: Stakes.

Qualification 2016. SHQS-laatuohjelma. Viitattu 22.3.2016 <http://www.qualification.fi/palvelut/shqs-laatuohjelma/>.

Salonen, K. 2013. Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille TKI-henkilöstölle. Puheenvuoroja 72. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Sarvimäki, A. & Heimonen, S. 2010. Ikääntymisen, vanhuuden ja vanhustenpalvelujen nykytila. Teoksessa Sarvimäki, A.; Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 14–32.

Sarvimäki, A. & Siltaniemi, A. (toim.) 2007. Sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön tehtävära-kennesuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:14. Helsinki: Sosiaali- ja terveysmi-nisteriö.

Sarvimäki, A. & Stenboc-Hult, B. 2010. Vanhuus, haavoittuvuus ja hoidon eettisyys. Teoksessa Sarvimäki, A.; Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Hel-sinki: Edita, 33–58.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmassa. Opas käytäntöihin. Stakes, FinSoc. Arviointiraportteja 4/2004. Helsinki: Stakes.

Seppänen-Järvelä, R. 2006. Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin. – Kehittämisen mene-telmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyksissä. Helsinki: Stakes.

Slideshare 2016. Me-We-Uus. Viitattu 14.3.2016 <http://www.slideshare.net/LariKarreinen/osallistavat-menetelmat-jarjesto-ja-aikuiskouluttajille>.

STM 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Tiedote. Viitattu 20.2.2016 <https://www.thl.fi/documents/470564/817072/ik%C3%A4ihmis-ten%2Btoimintakyvyn%2Barviointi%2Bstm.pdf/c83229a7-1869-4378-bbf9-3814970a220b>

STM 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö

STM 2014. Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevai-suuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysmi-nisteriö.

STM 2015. Sosiaalihuoltolaki. Soveltamisopas. Viitattu 20.3.2016 [http://stm.fi/docu-ments/1271139/1352015/Sosiaalihuoltolain+soveltamisopas.pdf/cb12a5c4-9bfa-4983-adf6-94ca18815f1b](http://stm.fi/documents/1271139/1352015/Sosiaalihuoltolain+soveltamisopas.pdf/cb12a5c4-9bfa-4983-adf6-94ca18815f1b).

STM 2016a. Palvelut ja etuudet iäkkäille. Viitattu 4.2.2016 <http://stm.fi/ikaantyneiden-palvelut>.

STM 2016b. Kärkihanke. Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omais-hoitoa. Hankesuunnitelma – luonnos 25.02.2016. Viitattu 24.3.2016 http://stm.fi/docu-ments/1271139/1996957/IO_Hankesuunnitelma_25022016.pdf/a6b13b79-8a54-468a-938a-87fee3edf98c.

STM 2016c. Iäkkäiden palvelut. Viitattu 27.3.2016 <http://stm.fi/iakkaiden-palvelut>.

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

STM & Suomen Kuntaliitto. 2013b. ”Vanhuspalvelulaki”. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi. Viitattu 8.2.2016. http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/yleiskirjeet-lausunnot/yleiskirjeet/2013/y13802013/STM_Kuntaliitto_liitemuistio_yleiskirjeeseen_13802013_evl.pdf.

THL 2015. Asunnon muutostyöt sosiaalihuoltolain perusteella. Viitattu 26.3.2016 <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/laki-ja-oikeuskaytanto/asunnon-muutostyot-seka-valineet-ja-laitteet/asunnon-muutostyot-sosiaalihuoltolain-perusteella>.

THL 2016. TOIMIA toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 29.3.2016 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>.

Tilastokeskus 2016a. Viitattu 20.3.2016 http://vertinet2.stat.fi/verti/graph/Graphserver.htm?ifile=quicktables/Kuntaliitto2016/E_Vaesto//E06_k&lang=3&rind=294

Tilastokeskus 2016b. Viitattu 20.3.2016 http://vertinet2.stat.fi/verti/graph/Graphserver.htm?ifile=quicktables/Kuntaliitto2016/E_Vaesto//E04_k&lang=3&rind=290.

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

TOIMIA 2016. Toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto. Viitattu 29.3.2016 <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/>.

Tuurala, T. & Holma, T. 2009. Lastensuojelun laatusanasto. Palvelujen tuottaminen ja hankkiminen. Kuntaliiton verkkojulkaisu. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Viitattu 18.2.2016 http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=305.

Törmä, S.; Huotari, K.; Tuokkola, K. & Pitkänen, S. 2014. Ikäihmisten moninaisuus näkyväksi. Selvitys vähemmistöihin kuuluneiden ikääntyneiden henkilöiden kokemasta syrjinnästä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Sisäministeriön julkaisu 14/2014. Helsinki: Sisäministeriö.

Uudenkaupungin sosiaalilautakunta 2015. Omaishoidontuki 1.1.2016 alkaen. Sosiaalilautakunta. Pöytäkirja 17.12.2015 pykälä 101. Viitattu 31.3.2016 <http://uki01.hosting.documenta.fi/kokous/20152831-7.HTM>.

Uudenkaupungin sosiaalilautakunta 2016. Vanhusten palvelujen kotihoidon kriteerit. Sosiaalilautakunta. Pöytäkirja 17.3.2016 pykälät 24 ja 25. Viitattu 31.3.2016 <http://uki01.hosting.documenta.fi/kokous/20162876.HTM>.

Uusikaupunki 2012. SOIHTU-Uudenkaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen strategia 2012–2016. Viitattu 22.3.2016 http://uusikaupunki.fi/docs/strategiat%20ja%20suunnitelmat/Soihtu_sos_ ja_ terveys_ strategia2012_2016.pdf.

Uusikaupunki 2015a. Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015–2016. Viitattu 8.2.2016 http://uusikaupunki.fi/docs/sote/lkaystavallinen_uusikaupunki_suunnitelma_kv20150302.pdf.

Uusikaupunki 2015b. Hallinto ja organisaatio. Viitattu 17.10.2015 http://uusikaupunki.fi/template_1.asp?id=1583&theme=asukkaille&startdepth=17.

Uusikaupunki 2016. Talouden ja tavoitteiden toteutuminen 1-12/2015. Liite 1. Uudenkaupungin sosiaalilautakunta 17.3.2016. Asianro 4. Viitattu 24.3.2016 <http://uki01.hosting.documenta.fi/kokous/20162876-4.HTM>.

Valtioneuvoston kanslia 2009. Ikärakenteen muutokseen varautuminen: tulevaisuusselonteon linjausten toteutuminen. Valtioneuvoston kanslian raportteja 5/2009. Helsinki: Valtioneuvoston

kanslia. Viitattu 11.3.2016 http://vnk.fi/documents/10616/622958/R0509_Ik%C3%A4raken-teen+muutokseen+varautuminen.pdf/8d093a26-935e-458b-9cb8-004eae8ef43d?version=1.0.

Valtioneuvoston kanslia 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strategi-
nen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015. Viitattu 29.3.2016 [http://valtioneu-
vosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma](http://valtioneu-
vosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma).

Valvira 2014. Kuntien varautuminen palvelurakenteiden muutokseen ja kotiin annettavien palve-
lujen saatavuuden turvaamiseen. Ohje 7/2014. Viitattu 5.3.2016 [https://hallinta.valvira.vyv.fi/do-
cuments/14444/22511/Kotiin_annettavat_palvelut.pdf](https://hallinta.valvira.vyv.fi/do-
cuments/14444/22511/Kotiin_annettavat_palvelut.pdf)

Vilkko, A.; Muuri, A. & Finne-Soveri, H. 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa
Vaarama, M.; Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos, 44–59.

Virtanen, P. & Wennberg, M. 2007. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. 2. painos. Helsinki:
Edita Publishing Oy.

Voutilainen, P. 2009. Ikääntyneiden palvelujärjestelmä. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen,
P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 109–121.

Voutilainen, P.; Routasalo, P.; Isola, A. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologisen hoitotyön tietope-
rusta. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki:
WSOY, 12–28.

Väyrynen, R. & Kuronen, R. 2015. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2014. Tilastoraportti
21/2015. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos.

WHO 2007. Global Age-friendly Cities: A Guide. Geneva: World Health Organization. Viitattu
10.2.2016 [http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_Eng-
lish.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_Eng-
lish.pdf).

WHO 2016. Ageing and life-course. Viitattu 31.3.2016 [http://www.who.int/ageing/age-friendly-
world/en/](http://www.who.int/ageing/age-friendly-
world/en/)

Wikipedia 2015. Kari Saaren-Seppälä. Seinätaulutekniikka eli Seinätekniikka. Viitattu 21.4.2015.
http://fi.wikipedia.org/wiki/Kari_Saaren-Sepp%C3%A4l%C3%A4

Säädökset:

Laki omaishoidontuesta 937/2005

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992

Perhehoitolaki 263/2015.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus avohoidon ja laitoshoidon määrittelyn perusteista
1806/2009.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

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

Ikäystävällinen Uusikaupunki 2015–2016 –suunnitelman toimenpideohjelma



Ikääntyneen väestön palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä

Väestörakenne ja sen muutokset

Ikärakenne

Perherakenne (esim. yksin asumisen yleisyys)

Elin-/toimintaympäristö

Palveluiden läheisyys

Asuntojen varustelutaso (esim. puutteellisesti varustetuissa asunnoissa asuvien määrä)

Eläkejärjestelmät

Varallisuus

Ikäihmisten terveydentila ja toimintakyky

Ikääntymiseen liittyvät muutokset

Sairauksien ilmaantuvuus ja kasautuminen

Palvelujärjestelmän toimivuus ja tarkoituksenmukaisuus

Ikäihmisten asenteet ja odotukset

Hoitomuotojen kehittyminen ja muuttuminen

Palvelurakenteen tasapaino suhteessa asukkaiden tarpeisiin ehkäisevistä palveluista aina pitkäaikaiseen laitoshoitoon


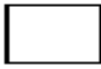
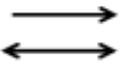






(STM 2006, 1)

Palvelutarpeen arvioinnissa huomioon otettavia tekijöitä

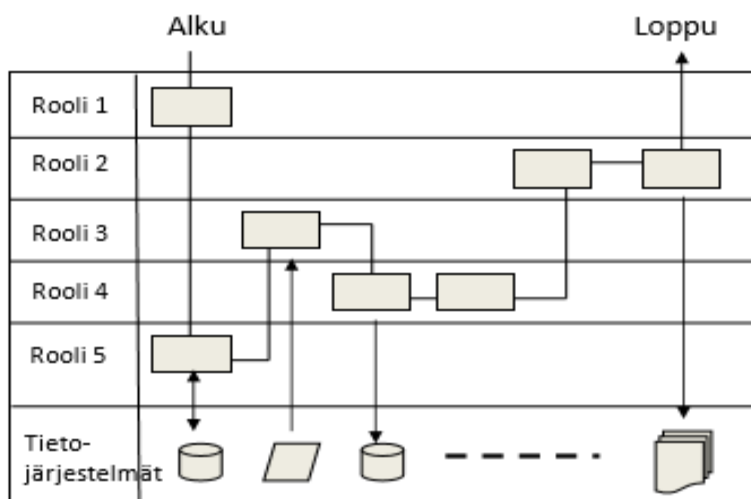
<p>Fyysiset tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kyky selviytyä arjen askareista: ruoan laitto, asiointi kaupassa/pankissa/postissa, pyykinpesu, siivoaminen - Kyky selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista: ruokailu, peseytyminen, pukeutuminen, wc-käynnit - Liikuntakyky, ml. liikkuminen kotona ja kodin ulkopuolella - Sairaudet ja eri sairauksien vaatima hoito - Kyky huolehtia lääkityksestä - Aistitoiminnot - Apuvälineiden tarve - Ihon kunto - Kipu - Ravitsemustila - Suun terveysongelmat 	<p>Kognitiiviset tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Muisti ja muu kognitio - Dementoivat sairaudet <p>Emotionaaliset ja psyykkiset tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Persoonallisuus - Selviytymisstrategiat - Tunteiden ilmaisu ja käsittely - Voimavarat <p>- Mieliala</p> <p>- Mielenterveyden häiriöt, sairaudet</p> <p>- Käyttöoireet</p> <p>- Tuvallisuus/turvattomuus</p> <p>Sosiaaliset tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kyky ilmaista itseään - Kyky käyttää puhelinta / kommunikoida muita välineitä käyttäen - Asumismuoto (yksin vai yhdessä muiden kanssa) - Sosiaaliset verkostot - Osallistumismahdollisuudet toimintaan kodin ulkopuolella
<p>Riskitekijät (jotka ennakoivat toimintakyvyn heikkenemistä)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aistitoimintojen heikkeneminen - Alttius kaatumisille ym. tapaturmille - Ulkona liikkumisen väheneminen - Laihtuminen - Lihasvoimien väheneminen - Luunmurtumat - Päihteiden käyttö - Tasapaino-ongelmat - Yksinäisyys 	<p>Taloudelliset tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kyky huolehtia raha-asioista - Käytössä olevat taloudelliset voimavarat ja mahdolliset lisätuen tarpeet <p>Ympäristötekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asunnon varustetaso, ml. kodinmuutostöiden tarve - Lähiympäristön esteettömyys ja toimivuus (liik-kumista vaikeuttavat tekijät ympäristössä, kuten hissittömyys) - Asuinympäristön esteettömyys (lähipalveluiden saatavuus kuten kauppa-, pankki-, postipalvelut) <p>Omaishoidon tukea myönnettäessä lisäksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Omaishoitajan voimavarat - Omaishoitajan hoitotaidot - Omaishoitajan sosiaalinen tuki - Hoidon ja huolenpidon sitovuus

(STM 2006, 3)

Prosessikuvausten merkintätavat

Merkintä	Merkitys
	Aloitustai lopetus
	Tehtävä tai prosessi
	Materiaali- tai tietovirta (voidaan merkitä esim. eri värein tai viivatyypein)
	Päätös
	Dokumentti
	Tietojärjestelmä/varasto
	Varasto
	Data
	Viive, odotus

Prosessikuvausten keskeiset merkintätavat (Martinsuo & Blomqvist 2010, 11).



Esimerkki "uimaratakaaviosta" (Martinsuo & Blomqvist 2010, 12).

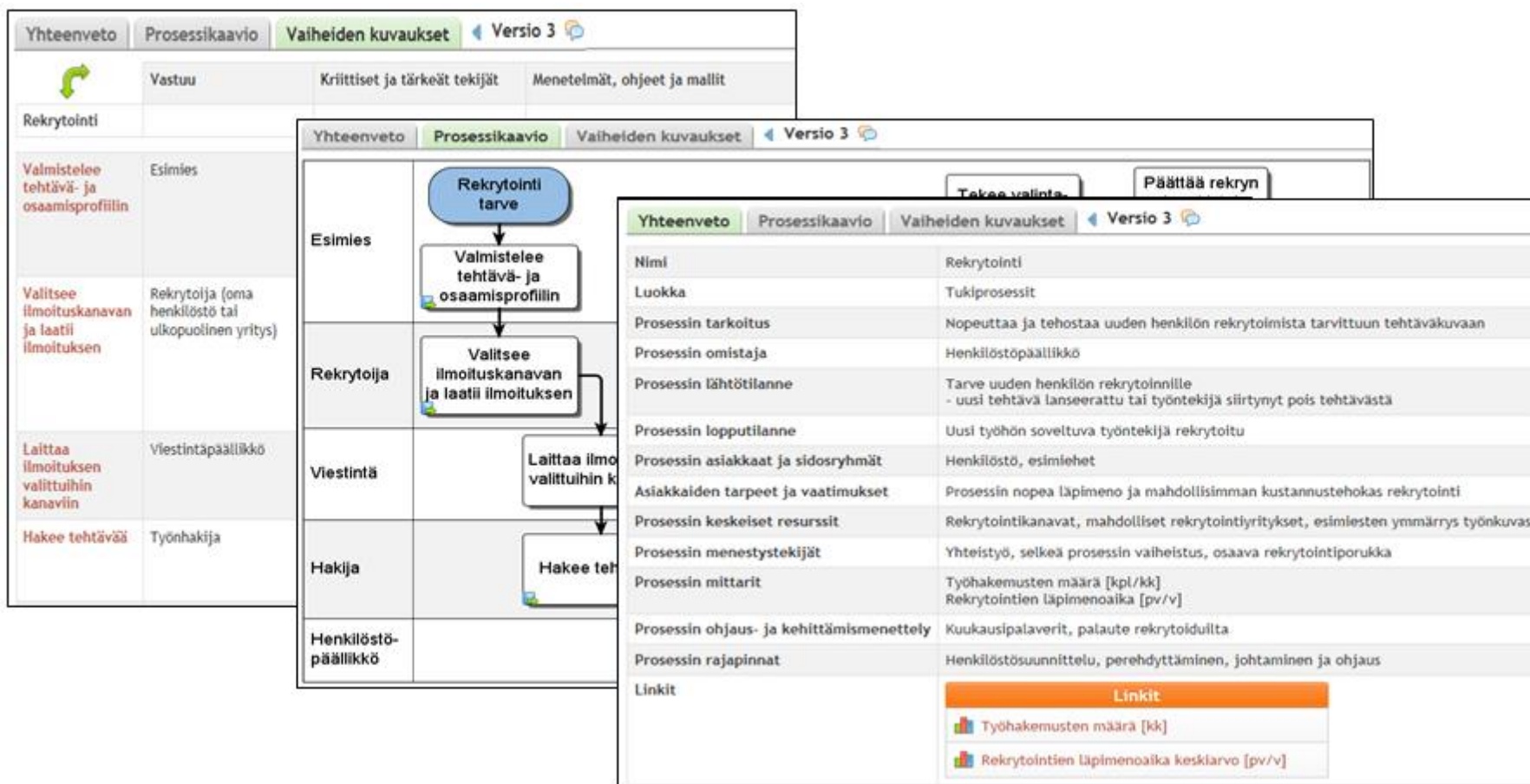
Ensikontakttilomake

		1 (2)
UUDENKAUPUNGIN KAUPUNKI		
Sosiaali- ja terveyskeskus Vanhusten palvelut LMA/MNU/Ryf		14.10.2015
ENSIKONTAKTILOMAKE UUDENKAUPUNGIN VANHUSTYÖN KÄYTTÖÖN		
Ohje:		
Ympyröi oikea vastaus. Täytä vapaat osiot.		
Mikäli henkilö saa punaisen vastauksen, sovi monipuolisesta palvelutarpeen arvioinnista (esim. kotikäynti).		
Mikäli henkilö saa vihreän vastauksen, anna neuvontaa.		
Mikäli henkilö saa useamman vihreän vastauksen, harkitse monipuolisesta palvelutarpeen arvioinnista sopimista (esim. kotikäynti).		
Henkilön nimi ja ikä: _____		
Yhteydenottaja: _____		
Yhteydenottoaika: _____		
Yhteydenoton syy: _____		
Missä henkilö on:	kotona	tk:n vuodeosastolla
	erikoissairaanhoidossa	muualla, missä _____
Onko asuinkumppania	Kyllä	Ei
Sujuuko liikkuminen kodin ulkopuolella (esim. kauppa)	Kyllä	Ei
Pystyykö kulkemaan itsenäisesti portaita	Kyllä	Ei
Jollei, onko kodissa portaita	Kyllä	Ei
Käyttääkö apuvälineitä	Kyllä	Ei
Tarvitaanko (lisää) apuvälineitä	Kyllä	Ei
Sujuuko pukeutuminen	Kyllä	Ei
Postiosoite PL 1 23501 UUSIKAUPUNKI	Käyntiosoite Terveytiesi 4 23500 UUSIKAUPUNKI	Laskutusosoite PL 13 23501 UUSIKAUPUNKI
		Puhelin/faksi 02 845 151 02 845 1 2037
		Y-tunnus 0144036-6 http://uusikaupunki.fi

Sujuuko suihkussa käyminen	Kyllä	Ei
Jollei, sujuuko wc:ssä käynti	Kyllä	Ei
Jollei, onko kotiympäristössä jotain sellaista, mikä haittaa hygieniasta huolehtimista	Kyllä	Ei
Pystyykö tekemään ruokaa	Kyllä	Ei
Sujuvatko normaalit kotityöt (esim. siivous, pyykinpesu)	Kyllä	Ei
Jollei em. suju, saako jo apua	Kyllä	Ei
Maistuuko ruoka normaalisti	Kyllä	Ei
Jollei, onko paino pudonnut	Kyllä	Ei
Kokeeko pärjäävänsä sairautsiensa kanssa	Kyllä	Ei
Sujuuko lääkkeiden ottaminen	Kyllä	Ei
Montako lääkettä on _____		
Saako haettua lääkkeit apteekista	Kyllä	Ei
Jollei, saako apua lääkkeidenhakuun	Kyllä	Ei
Muistaako ottaa lääkkeensä	Kyllä	Ei
Tarvitseeko lääkkeiden suhteen lisäapua	Kyllä	Ei
Onko mielentila hyvä, pysynyt ennallaan	Kyllä	Ei
Kokeeko muistavansa asiat riittävän hyvin	Kyllä	Ei
Nukkuuko hyvin	Kyllä	Ei
Onko mielestään riittävästi kontaktia omaisiin / ystäviin	Kyllä	Ei
Pystyvätkö omaiset tms. tarvittaessa auttamaan	Kyllä	Ei
Mitä harrastaa, onko siinä sosiaalista kanssakäymistä	Kyllä	Ei
Yhteydenottajan mielestä:		
Muistaako / tuleeko henkilö ymmärretyksi	Kyllä	Ei
Onko henkilön mielentila hyvä	Kyllä	Ei
Merkitsin yhteydenoton asiakastietojärjestelmään (Mediatri)	Kyllä	Ei
Annoin neuvontaa	Kyllä	Ei
Sovin monipuolisesta palvelutarpeen arvioinnista	Kyllä	Ei

(mukaillen Ikäkaste 2013)

IMS-kolmisivutekniikka © IMS Business Solutions Oy



KOLMISIVUTEKNIikka

Yhteenveto
Prosessikaavio
Vaiheiden kuvaukset
Versio 1

	Vastuu	Kriittiset ja tärkeät tekijät	Menetelmät, ohjeet ja mallit	Syntyvä ja jäljitettävä tieto
Ottaa yhteyttä	- Asiakas	- SAS palveluohjaaja on tehnyt Hoiva-asumispäätöksen Effican Kotihoidon osioon		-SAS Hoiva-asumisen päätös kirjattuna Effican kotihoidon osioon
Sopii tutustumisen	- Vastuuhoitaja tai korvaava hoitaja	- Merkitse sovittu tutustumispäivä kalenteriin - Varmista tutustumiskäynnin ajankohdan sopivuus - Ilmoita tutustumiskäynnistä hoivayksikön esimiehelle		- Tutustumiskäynnin tiedot (asiakkaan nimi ja yhteystiedot) kirjattuna kalenteriin
Esittelee kodin	- Vastuuhoitaja tai korvaava hoitaja	- Esittele kodin tilat ja hoiva-asumisen toimintamalli - Sovi muuttopäivä, asunnon sisustaminen ja vaatteiden merkitseminen - Sovi annosjakelun aloittamisen ajankohta - Merkitse muuttopäivä kalenteriin - Anna täytettäväksi sovitut lomakkeet - Anna yksikön esite - Ilmoita toimistosihteerille muuttopäivä Efficaviestinä - Tilaa ateriat ateriapalvelusta	Tulosta Efficasta tyhjä Elämisen toiminnot lomake ja Elämänkulku-lomake (EKULKU) <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> Tarkistuslista asukkaan vastaanottaminen_toim... Tulohaastattelukaavake_lomake_2014.02.05. Vanhustyön esitteet Hoiva-asumisen toimintamalli_toimintaohje_20... Hoiva-asumisen kriteeri_toimintaohje_2011.10... Kela, lomakkeet </div>	- Muuttopäivä merkittynä kalenteriin

IMS Business Solutions Oy
17

(IMS 2016)

Työversio vaiheiden kuvaus -lomakkeesta

Uudenkaupungin kaupunki
Sosiaali- ja terveyskeskus
Vanhusten palvelut / K.R-P

Lomake / Prosessin vaiheiden kuvaus

Versio:

Palvelutarpeen arviointi /

pvm:

VAIHE	VASTUU	KRIITTISET JA TÄRKEÄT TEKIJÄT	MENETELMÄT, OHJEET JA MALLIT	SYNTYVÄ JA JÄLJITETTÄVÄ TIETO

(mukaillen IMS 2016)

Uudenkaupungin vanhusten palvelut, internet-sivuston etusivu

ASUKKAILLE
YRITYKSILLE
MATKAILJOILLE
KAUPUNKITIETOA

Asukkaille / Sosiaali- ja terveyspalvelut / Vanhusten palvelut

•Odotusaika •Vanhusneuvola Kompassi •Sakunkulman päiväkeskus •Kotihoito •Kalannin Palvelukeskus
 •Vanhainkodit •Matleenan osasto •Tehostetun palveluasumisen palveluseteli •Ostettu tavallinen palveluasuminen •Vanhusten omaishoidon tuki •Vapaaehtoistoiminta •Vanhusneuvosto

Vanhusten palvelut



Klikkaa kuvaa ja selaa palveluopasta

Vanhustyön toiminta-ajatus:

"Vanhustyön tehtävänä on järjestää ikääntyneille hyvinvointia edistäviä ja tukevia palveluja sekä iäkkään asiakkaan tarvitsemat palvelutarpeen arviointiin perustuvat oikea-aikaiset ja riittävät avo- ja laitoshoidon palvelut.

Kaikkea työtä ohjaa ajatus ikääntymisestä luonnollisena osana elämää. Työ pohjautuu vanhustyön yhteisiin arvoihin, jotka ovat asiakaslähtöisyys, yhdenvertaisuus ja luotettavuus."

Jos koet itse tarvitsevasi tai läheisesi tarvitsevan apua kotona selviytymisessä, terveydellisissä asioissa, asumisessa tai sosiaalietuuksien hakemisessa, niin ota yhteyttä.

Vs. vanhustyön ohjaaja Jaana Aitta, puh. 044 088 2820

Terveydenhoitaja Lea Mäkinen, puh. 044 351 5370

Voit varata ajan vastaanotolle tai voimme tehdä tarvittaessa kotikäynnin.

Vanhustyön toimisto
 Terveystie 4, 23500 UUSIKAUPUNKI

Vs. vanhustyön johtaja Kirsi Routi-Pitkänen, puh. 050 597 7588

Toimistonhoitaja Raija Yrttimaa, puh. 050 420 5187

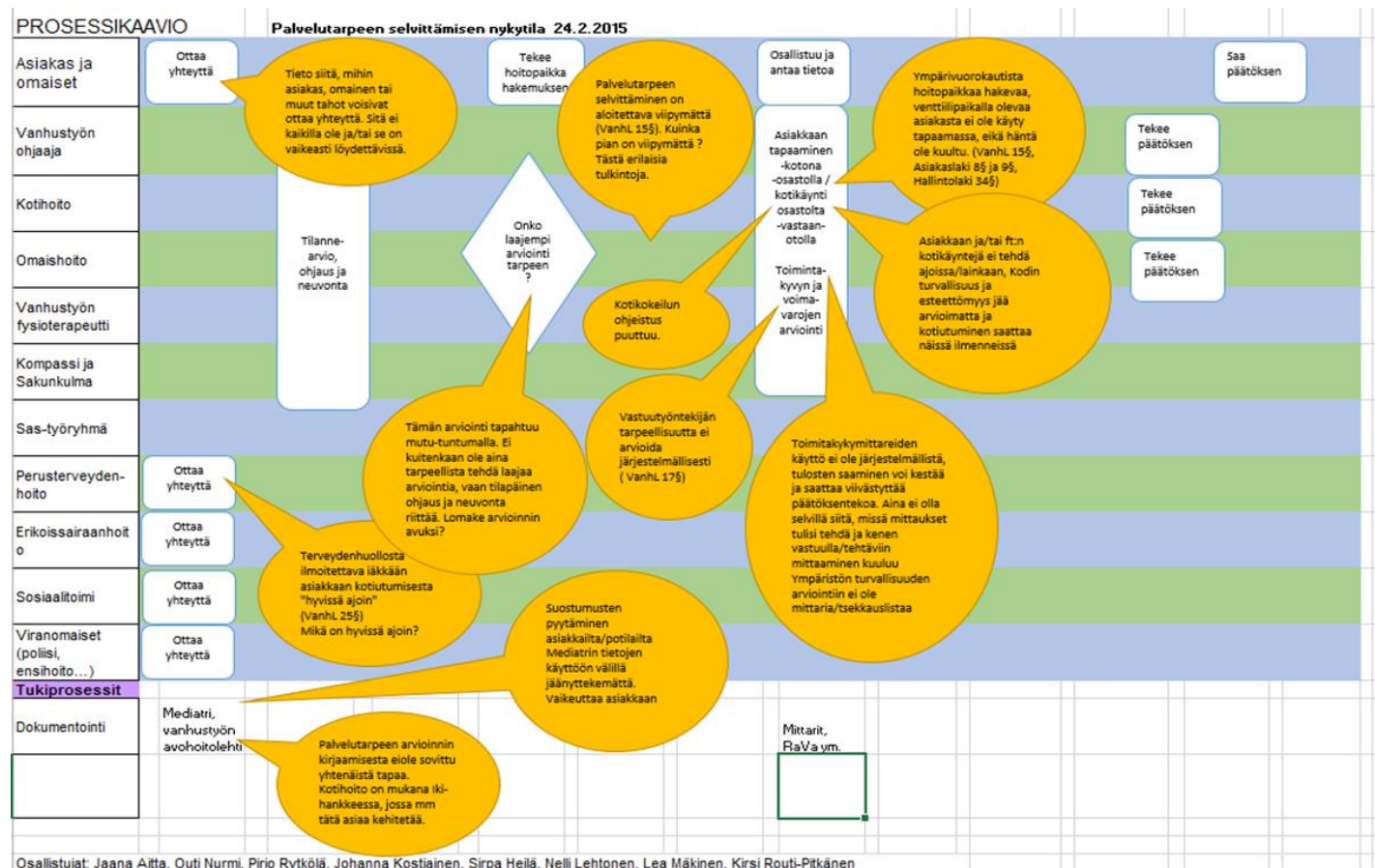
Sähköpostiosoitteet: etunimi.sukunimi@uusikaupunki.fi



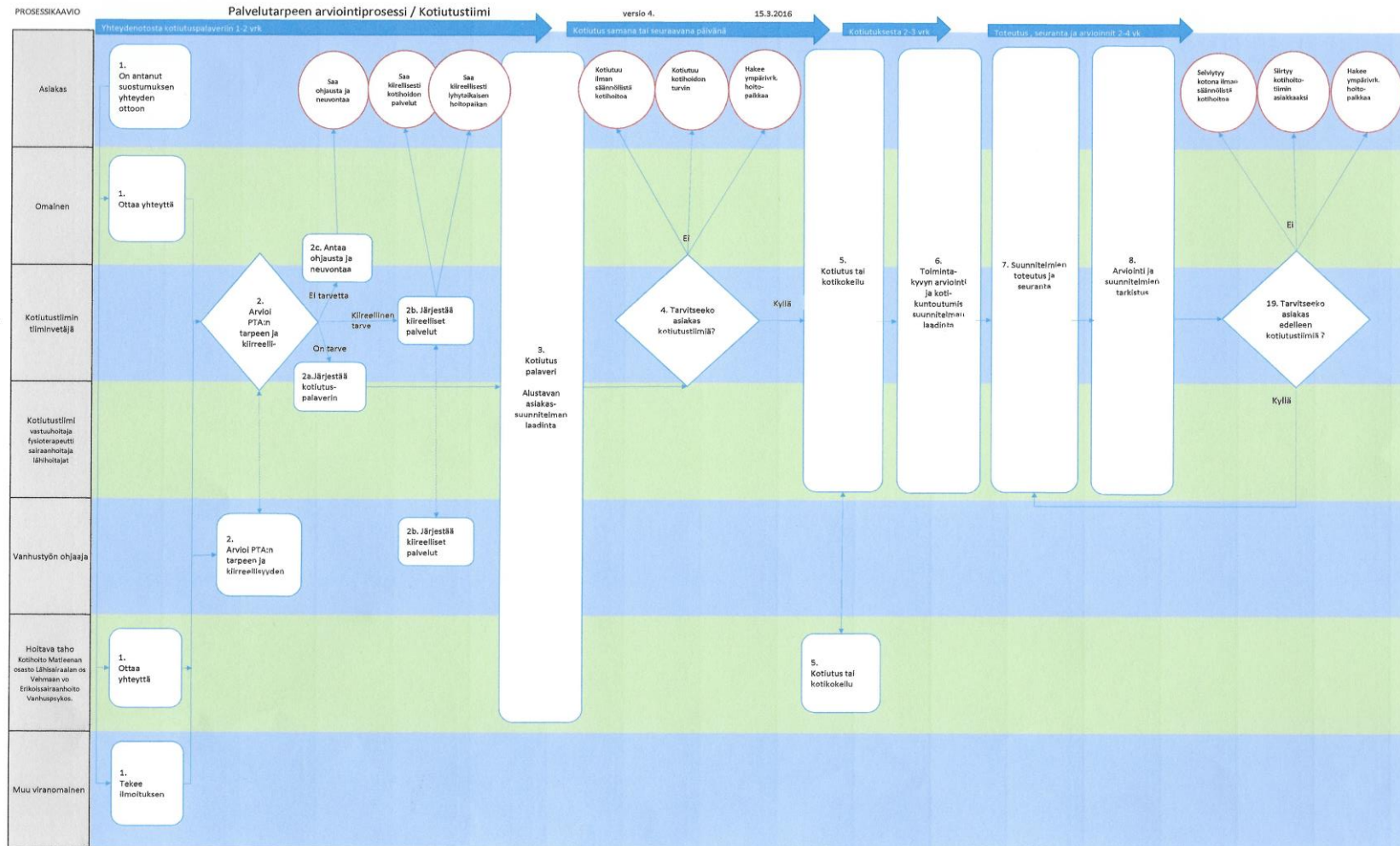
[Lue lisää SHQS-laaduntunnuksesta...](#)

Lähde: http://uusikaupunki.fi/template_1.asp?id=184&theme=asukkaille&startdepth=

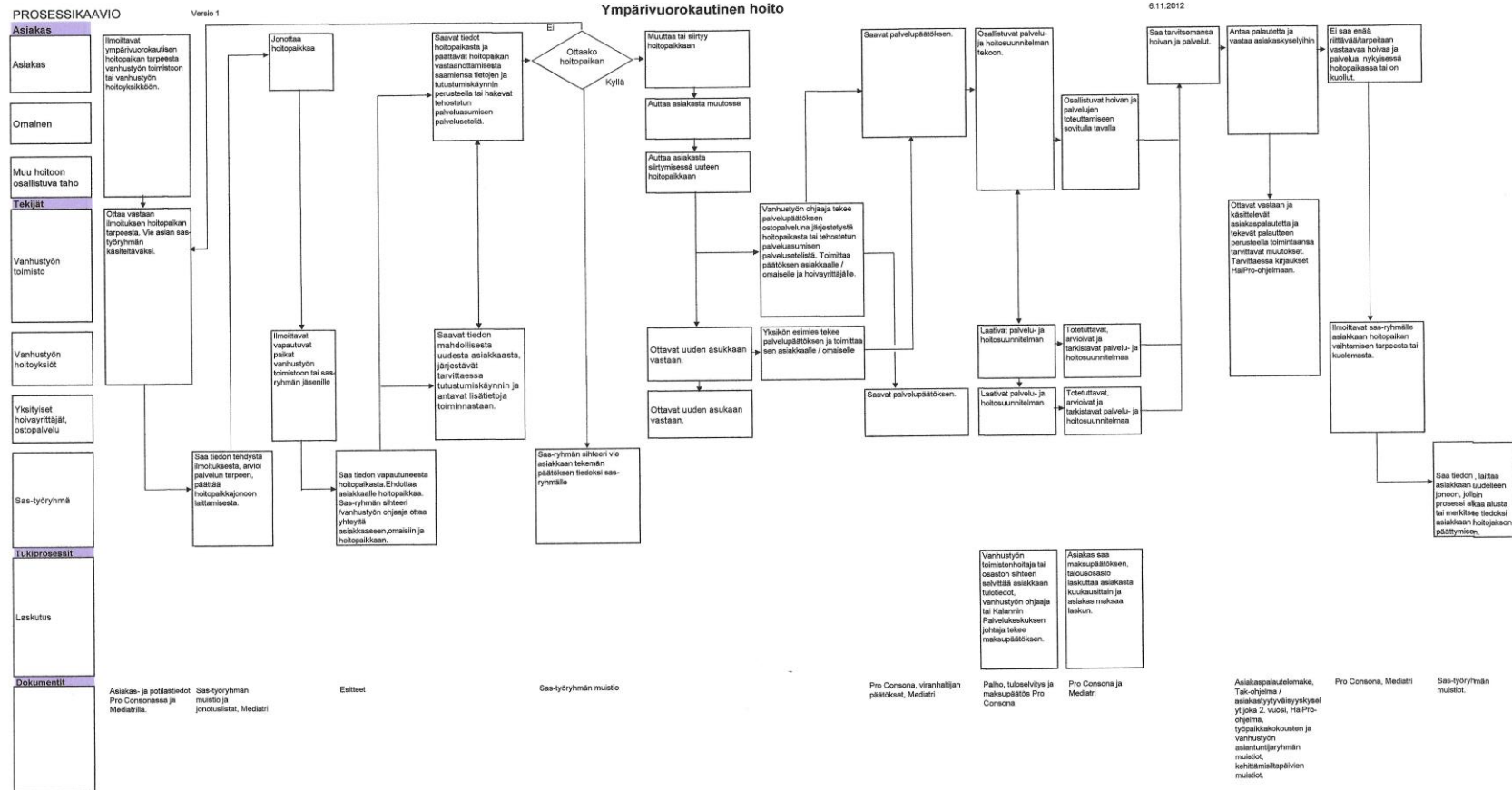
Prosessikaavio, palvelutarpeen arviointiprosessin nykytilankuvaus



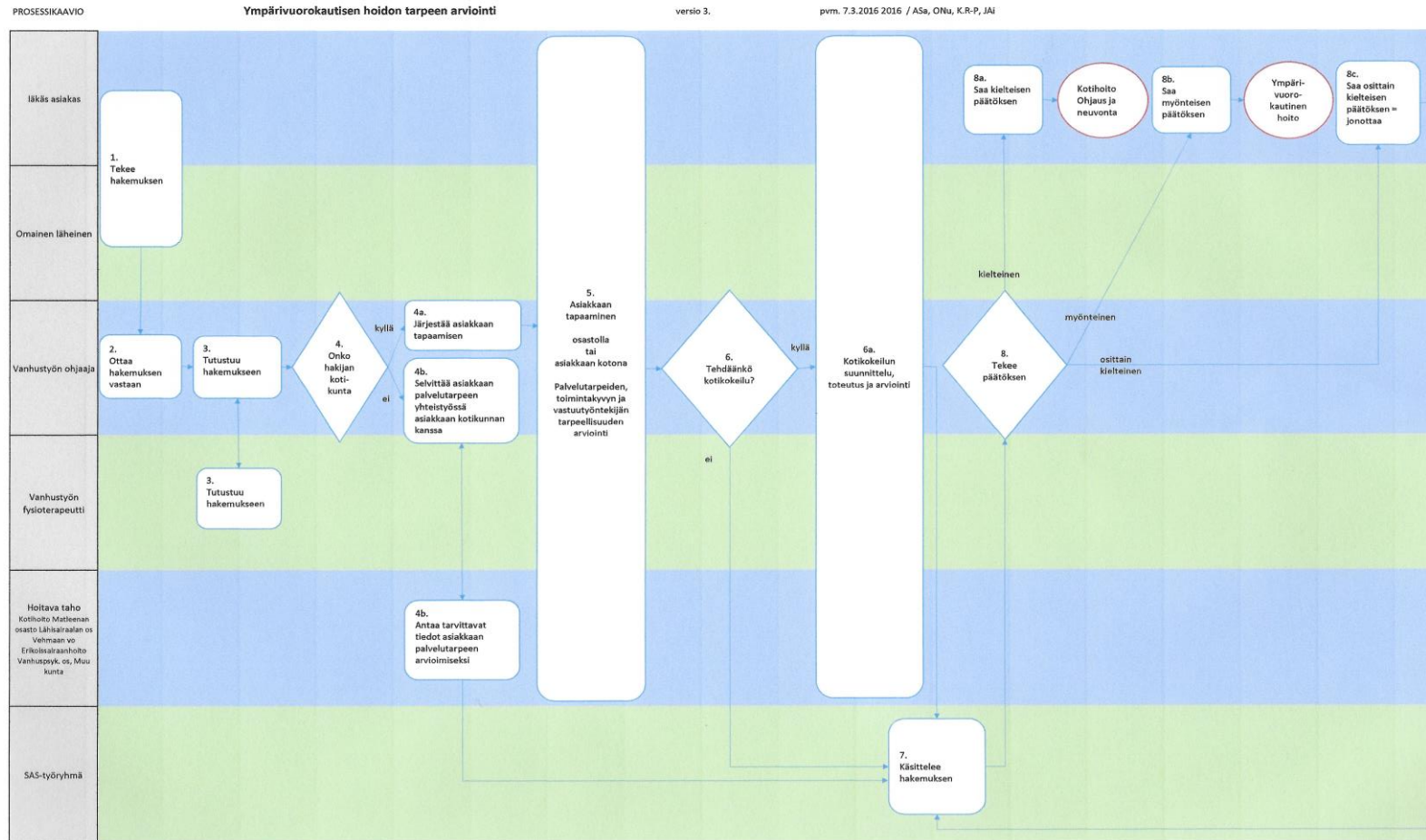
Prosessikaavio, palvelutarpeen arviointi kotiutustiimissä



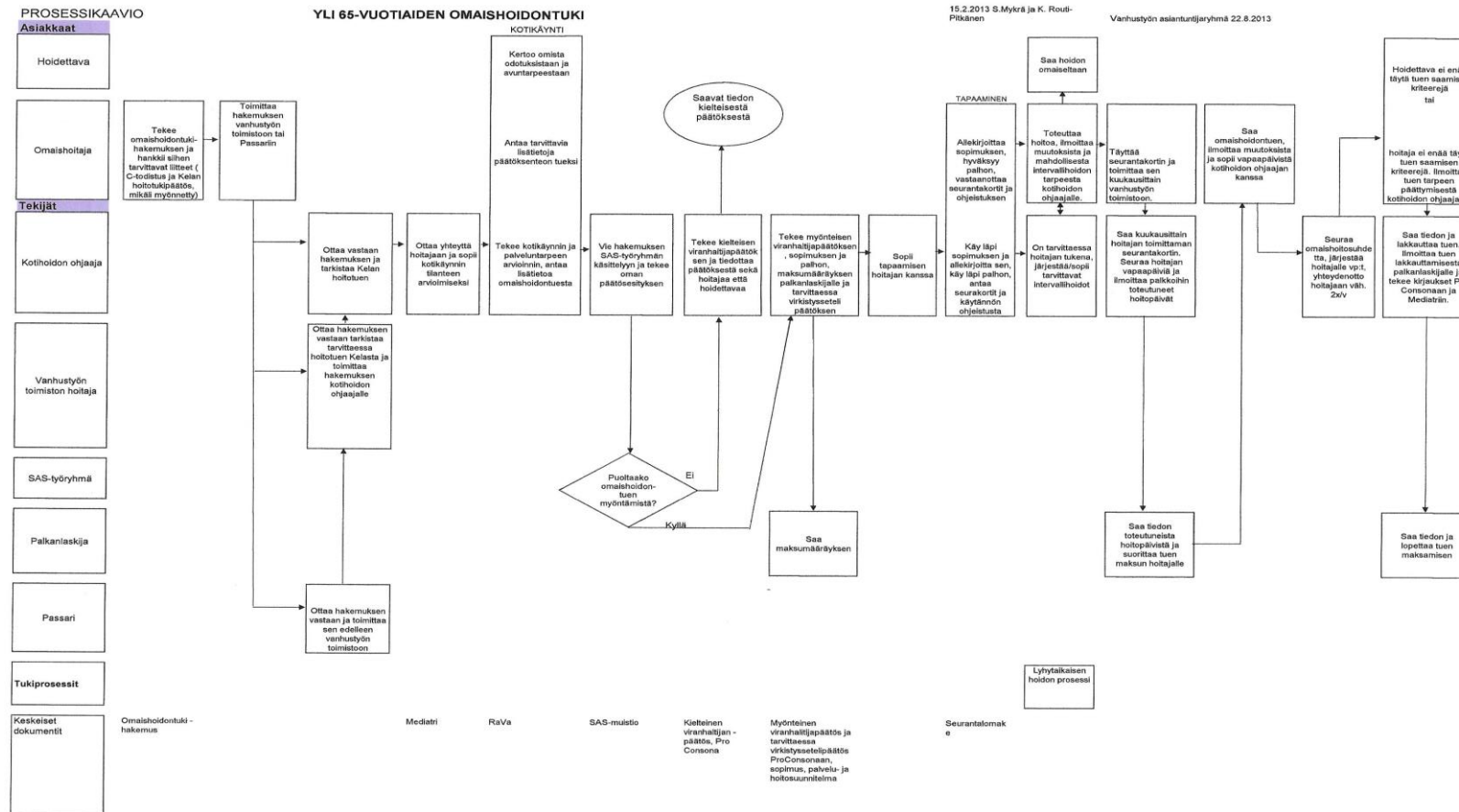
Prosessikaavio, ympärivuorokautinen hoito



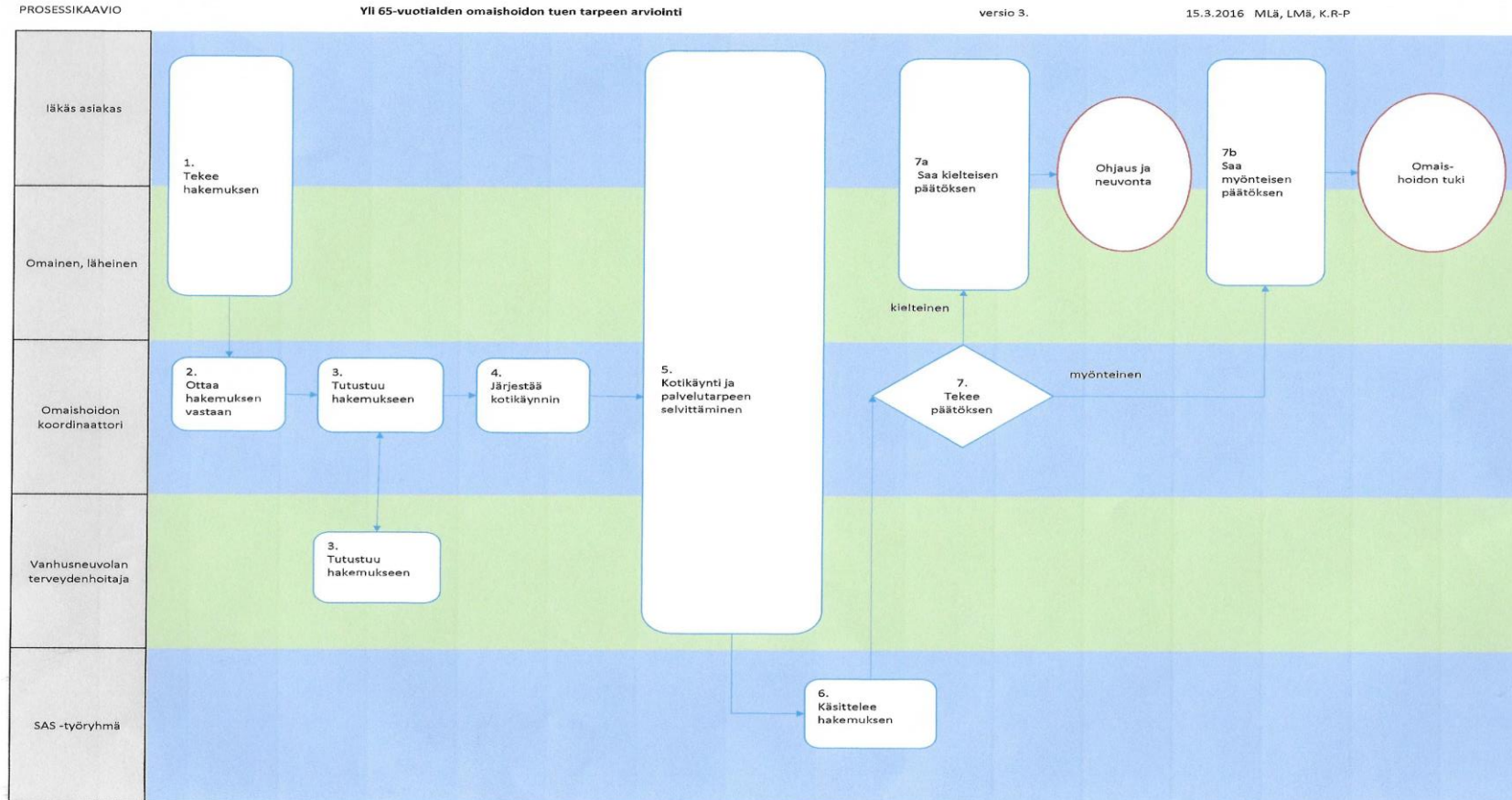
Prosessikaavio, ympärivuorokautisen hoidon tarpeen arviointi



Prosessikaavio, yli 65 vuotiaiden omaishoidon tuki



Prosessikaavio, yli 65 vuotiaiden omaishoidon tuen tarpeen arviointi



Kotihoidon kriteerit



UUDENKAUPUNGIN
KAUPUNKI

1 (4)

Sosiaali- ja terveyskeskus
Vanhusten palvelut
Kotihoito / SHEilä



31.3.2016

KOTIHOIDON KRITERIT

Kriteerien tarkoitus

Kotihoidon kriteerien tarkoitus on selkiyttää palvelujen kohdentamista kotihoitoa tarvitseville ikääntyneille uusikaupunkilaisille. Kotisairaanhoidon palvelut koskevat kaikenikäisiä uusikaupunkilaisia.

Palvelujen järjestämisen lähtökohtana on asiakkaiden tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu asuinalueesta riippumatta. Kriteerien avulla kohdennetaan kotihoidon palveluja henkilöille, jotka alentuneen toimintakykynsä ja/tai sairautensa vuoksi tarvitsevat tukea kotona selviytymisessä.

Kotihoidon toiminta-ajatus

Kotihoidon perustehtävänä on järjestää ikääntyneiden kuntalaisten tarvitsemat laadukkaat, joustavat ja oikea-aikaiset toimintakykyä tukevat kotihoidon palvelut, sekä tuottaa kotisairaanhoidon palveluja kaikenikäisille kuntalaisille.

Kotihoito voi olla joko tilapäistä tai säännöllistä. Tilapäisellä kotihoidolla tarkoitetaan harvemmin kuin kerran viikossa tapahtuvaa hoitoa ja palvelua. Säännöllisellä kotihoidolla tarkoitetaan vähintään kerran viikossa tapahtuvaa jatkuvaluonteista, yli kuukauden kestävää kotihoidon antamaa palvelua asiakkaan kotiin. Kotihoitoa täydennetään tarvittavilla tukipalveluilla.

Työtä ohjaavat arvot ovat ammatillisuus, asiakaslähtöisyys, kunnioitus, tasa-arvo ja luottamus.

Kotihoidon palvelujen piiriin ottaminen

1. Yhteydenoton palvelujen tarpeen arvioimiseksi voi tehdä ikääntynyt itse tai yhteydenottaja voi olla hänen omaisensa tai läheisensä.

Terveystoimen ammattihenkilön on ilmoitettava iäkkään henkilön laitoshoidosta kotiuttamisesta hyvissä ajoin ennen kotiuttamista (VanhusL 25§).

Sosiaali- ja terveystoimen ammattihenkilön tai viranomaisen, joka tehtävässään on havainnut iäkkään henkilön olevan ilmeisen kykenemätön vastaamaan omasta huolenpidostaan, on tehtävä hänestä ilmoitus vanhusten palveluihin salassapitosäädösten estämättä (VanhusL 25§).



UUDENKAUPUNGIN
KAUPUNKI

2 (4)

Sosiaali- ja terveyskeskus
Vanhusten palvelut
Kotihoito / SHEilä



31.3.2016

2. Kotihoidon tiiminvetäjä / esimies / vanhustyön ohjaaja/ fysioterapeutti arvioivat kotona tai laitoksessa olevan asiakkaan voimavarat, palveluiden ja vastuutyöntekijän tarpeen yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaisensa/läheisensä kanssa.

Palvelun tarvetta arvioidaan haastattelemalla, havainnoimalla, sekä sovituilta mittareilla: RAVA, ADL/IADL, MMSE, tarvittaessa MNA, GDS15, AUDIT, CDR, SPPB, CERAD sekä muistitkysely läheiselle-mittareilla.

Arvioinnissa kiinnitetään huomiota myös ympäristön esteettömyyteen, asumisen turvallisuuteen sekä lähipalvelujen saatavuuteen.

3. Säännöllisen kotihoidon piiriin otetaan henkilö, joka kokonaisvaltaisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella ei selviydy arkielämän toiminnoista itsenäisesti, omaisten tai muiden palveluiden avulla.
4. Asiakas, asiakkaan omaiset / läheiset ja kotihoidon henkilökunta laativat yhdessä asiakassuunnitelman, joka sisältää riittävät, oikea-aikaiset ja asiakkaan tarpeita vastaavat palvelut (palvelu, hoito, kuntoutus ja apuvälineet). Suunnitelmassa huomioidaan tarpeen mukaan muut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut sekä lähipiiriin, yksityisen palvelun ja vapaaehtoistyön osallistumismahdollisuudet palveluiden tuottamiseen.
5. Tilapäistä kotihoitoa voidaan antaa seuraavilla perusteilla:
 - Asiakkaan on vaikea päästä kodistaan saattajan auttamana ja hoitoon pääsy vaatisi erityiskulkuneuvon käyttöä (mm. laboratoriokäynnit).
 - Asiakas tarvitsee tilapäistä kotihoitoa tai kotisairaanhoidoa, esim. silmätippojen tiputus tai haavanhoito.
 - Asiakkaan pääasiallisesta hoidosta vastaa omaishoitaja ja kotihoitoa tarvitaan lyhytaikaisesti omaishoidon tueksi.
6. Viranhaltijapäätöksen kotihoidon myöntämisestä tekee kotihoidon esimies.

Kotihoidon palvelujen sisältö

Henkilökohtainen hygienia

Säännöllisen kotihoidon asiakkaille annetaan pesuapua pääsääntöisesti kerran viikossa muun hoidon osana. Henkilökohtaisen hygienian ylläpitämiseen kuuluu asiakkaan avustaminen suihkussa asiakkaan omia voimavaroja hyödyntäen. Lisäksi huolehditaan päivittäiset pikkupesut asiakkaiden tarpeiden mukaisesti. Tarvittaessa huolehditaan ihon perusrasvauksesta, parranajosta sekä kynsien leikkauksesta.

Ravitsemus



Asiakasta ohjataan ja neuvotaan syömään terveellistä ja monipuolista ruokaa. Mikäli hän ei pysty itse valmistamaan aterioitaan, tilataan ne hänelle ateriapalvelusta. Käyntien yhteydessä huolehditaan aamu-, väli- ja iltapalan laitosta, riittävän nesteen saannista sekä valmiin ruoan lämmityksestä. Ruokailun toteuttamista seurataan erityisesti muistiongelmallisilla.

Sairaanhoidolliset tehtävät

Sairaanhoidolliset toimenpiteet sisältyvät säännölliseen kotihoitoon ja ne toteutetaan lääkärin ohjeiden mukaisesti. Näitä tehtäviä ovat esimerkiksi lääkehoito, injektion antaminen, erilaisten dreenien hoito ja huolto, haavahoito, avannehoito, katetrointi ja terveydentilan seuranta. Hoitotoimenpiteissä pyritään lääkärin kanssa neuvotellen hoitomuotoihin, jotka asiakas pystyy tekemään itse tai jotka voidaan tehdä käyntikertoja lisäämättä.

Säännöllisen kotihoidon asiakkaan lääkkeidenjaon käytännön toteutus tapahtuu vaihtoehtoisesti joko kotihoidon tai apteekin annosjakelun avulla.

Ensisijaisesti asiakas käy itse tai lähipiirin saattamana laboratoriossa, mikä tukee asiakkaan kuntoutumista. Mikäli tämä ei onnistu, pyritään verikokeet ottamaan kotona.

Tekstiilihuolto

Kotihoidon henkilöstö ohjaa ja tukee asiakasta tekstiilihuollon toteutuksessa kuntouttavan hoitotyön näkökulmasta. Säännöllisen kotihoidon käynnin yhteydessä henkilökunta avustaa tarvittaessa pyykin käsittelyssä. Tekstiilihuolto ei saa aiheuttaa kotihoidolle ylimääräistä käyntiä.

Siistiminen

Säännöllisten kotihoidon asiakkaiden luona käytössä huolehditaan samalla yleisestä siisteydestä (roskat, keittiön ja wc:n siisteys), huomioiden asiakkaan lähipiirin apu ja kuntouttava hoitotyö. Varsinainen siivousapu ohjataan hankkimaan muualta eli yksityisiltä palveluntuottajilta.

Ulkoilu ja saattoapu

Asiakkaan kanssa ulkoillaan kotihoidon työtilanteen mukaan, tasapuolisuus huomioon ottaen. Hyödynnetään vapaaehtoistyön resursseja.

Ensisijaisesti saattoapu järjestetään omaisten, lähipiirin tai vapaaehtoistyön turvin. Mikäli asiakkaan jatkohoidon kannalta on välttämätöntä, kotihoito hoitaa asiakkaan saattamisen lääkäriin tms. Uudenkaupungin alueella.

Asiointi

Kauppa-asiointit hoitaa pääsääntöisesti asiakas itse, omaiset, lähipiiri tai muu palveluntuottaja.

Pankki ym. asiointit hoitaa ensisijaisesti asiakas itse tai hänen valtuuttamansa henkilö tai edunvalvoja. Kotihoito hoitaa asiointin poikkeustapauksissa, jolloin laskut ohjataan suoraveloitukseen tai käytetään maksupalvelua.

(Uudenkaupungin sosiaalilautakunta 2016)



Muut tehtävät

Postit haetaan postilaatikosta. Lumet luodaan ja kulkuväylä hiekoitetaan siltä osin kuin välttämättömän liikkumisen turvaaminen edellyttää.

Asiakkaiden lemmikkieläinten hoito ja ulkoilu eivät sisälly kotihoidon tehtäviin.

Yöhoito

Yöhoito toteutetaan pääsääntöisesti kotihoidon palveluna tai ostopalveluna yksityiseltä palveluntuottajalta.

Yöhoidon piiriin otetaan asiakas, jonka kotona selviytyminen sitä välttämättä edellyttää. Yöhoidon tarpeellisuutta ja määrää arvioidaan säännöllisesti.

Yöhoidon tehtävät:

- Asiakkaiden turvaphelinhälytyksiin vastaaminen.
- WC-käynneissä avustaminen (portatiivin ym. apuvälineiden käyttömahdollisuus selvitetty).
- Vaipanvaihto (käytettävissä oleva vaippavaihtoehtojen imukyky ei riitä).
- Kertakatetrointi (muut hoitovaihtoehdot selvitetty).
- Asentohoito asiakkaille, jotka eivät itse pysty vaihtamaan asentoa ja joilla tästä syystä painehaavauman riski on olennainen.

Kotihoidon palvelujen lopettaminen/päättyminen

Kotihoidon palveluja voidaan vähentää tai lopettaa hoidon tarpeen muuttuessa.

Kotihoidon palvelut voidaan lopettaa seuraavista syistä:

- Asiakas ei tarvitse, halua tai toistuvasti ei ota vastaan kotihoidon palveluita.
- Asiakkaan aggressiivista käyttäytymistä ei saada hallintaan tai hän ei suostu yhteistyöhön, vaikka ymmärtäisi yhteistyön merkityksen oman hoitonsa kannalta.
- Kotiympäristö arvioidaan kotihoidon työntekijöille vaaralliseksi eikä heidän turvallisuuttaan/koskemattomuuttaan voida turvata. Huomioidaan kuitenkin edellä mainituissa kohdissa, ettei asiakasta jätetä heitteille.
- Kotihoidon palvelut ovat ainoastaan tilanteen tarkistuskäyntejä.
- Asiakas ei ole hoitoisuudeltaan kotikuntoinen, jolloin käynnistetään ympärivuorokautisen hoitopaikan hakuprosessi.

Kotihoidon lopettaminen edellä mainituista syistä käsitellään tarvittaessa SAS-työryhmässä ja asiasta tehdään viranhaltijanpäätös, josta asiakas voi halutessaan tehdä oikaisuvaatimuksen sosiaalilautakunnalle.

Ennen palveluiden lopettamista kuullaan asiakasta tai hänen laillista edustajaansa.

Omaishoidon tukihakemus



UUDENKAUPUNGIN KAUPUNKI
Sosiaali- ja terveyskeskus
Vanhustyö

OMAISHOIDON TUKIHAKEMUS
yli 65-vuotiaat hoidettavat



HOITAJAN HENKILÖTIEDOT	Suku- ja etunimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
HOIDETTAVAN HENKILÖTIEDOT	Suku- ja etunimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
HAKEMUKSEN PERUSTELUT		
KELAN ETUDET	<input type="checkbox"/> Vammaistuki (perus/korotettu/ylin) <input type="checkbox"/> Eläkettä saavan hoitotuki (perus/korotettu/ylin)	
PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS	<p>Vakuutan antamani tiedot oikeiksi ja samalla suostun tarvittavien tietojen hankkimiseen muilta viranomaisilta.</p> <p>Omaishoidon tukihakemuksen liitteenä on SUOSTUMUS-lomake, joka liittyy valtakunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuollon potilas- ja asiakastieto Kanta-arkiston käyttöön. Koska potilas- ja asiakastiedot ovat lain mukaan salassa pidettäviä, tarvitaan Teidän suostumukseenne, jotta tarpeelliset asiakas- ja potilastiedot liikkuvat joustavasti hoitoon osallistuvien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä.</p> <p>Pyydämme Teitä ystävällisesti tutustumaan mukana olevaan SUOSTUMUKSEEN ja palttamaan sen allekirjoitettuna yhdessä tämän omaishoidon tukihakemuksen kanssa.</p>	
	Paikka ja aika	
	/ .20	
	Hoidettavan allekirjoitus ja nimenselvennys	
Hoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys		

**LOMAKKEIDEN
PALAUTUS**

Hakemus ja Suostumus-lomake palautetaan allekirjoitettuna:
Vanhustyön toimisto, Terveystie 4, 23500 UUSIKAUPUNKI tai
Yhteispalvelupiste Passari, Rauhankatu 4, 23500 UUSIKAUPUNKI

Päätös tehdään hakemuskuukautta seuraavan kuukauden alusta alkaen (ei taannehtivasti).

LISÄTIETOJA

Mirva Lähteenmäki, puh. 044 351 5452 tai
Vanhustyön toimisto, puh. 050 420 5187

RYr 12.2015

(Lähde: http://uusikaupunki.fi/template_1.asp?id=207)

Hankeorganisaation työryhmät ja sidosryhmät

Hanketyöryhmänä toimi

Uudenkaupungin kaupungin vanhustyön asiantuntijaryhmä

Pirjo Rakkolainen, päiväkeskusohjaaja, Sakunkulman päiväkeskus
Lea Mäkinen, terveydenhoitaja, vanhusneuvola Kompassi
Outi Nurmi, vanhustyön fysioterapeutti
Maria Nurmi, kotihoidon esimies
Johanna Kostiainen, vs kotihoidon esimies
Sirpa Heilä, vs kotihoidon esimies
Jaana Aitta, vs vanhustyön ohjaaja
Raija Yrttimaa, vanhustyön toimistonhoitaja
Minna Kivijärvi, vastaava sairaanhoitaja, Kalannin Palvelukeskus
Tiina Rostén, vanhainkodin johtaja, Kalannin vanhainkoti
Mirva Lähteenmäki, omaishoidon koordinaattori / vanhainkodin johtaja, Merituulikoti
Pirjo Rytkölä, osastonhoitaja, Matleenan osasto
Minna Sairanen, vs osastonhoitaja, Matleenan osasto
Kirsi Routi-Pitkänen, vs vanhustyön johtaja, yhteiset palvelut (hankekoordinaattori, pj/siht)

Hanketyöryhmä kokoontui hankkeen aikana 7 kertaa, ja se toimi ohjausryhmänä nimeämilleen pienryhmille. Pienryhmät kokoontuivat 1-4 kertaa työstäen hankkeeseen liittyneitä kehittämistehtäviä.

Pienryhmä 1, Palvelutarpeen arviointiprosessin nykytilan kuvaus

Nelli Lehtonen, osastonhoitaja, Maria-Sofian osasto
Pirjo Rytkölä, osastonhoitaja, Matleenan osasto
Jaana Aitta, vs vanhustyön ohjaaja
Outi Nurmi, vanhustyön fysioterapeutti
Johanna Kostiainen, vs kotihoidon esimies
Sirpa Heilä, vs kotihoidon esimies
Lea Mäkinen, terveydenhoitaja, vanhusneuvola Kompassi
Kirsi Routi-Pitkänen, vs vanhustyön johtaja, pj/sihtööri

Pienryhmä 2a, Parityöskentely kotikäynneillä

Jaana Aitta, vs vanhustyön ohjaaja
Outi Nurmi, vanhustyön fysioterapeutti

Pienryhmä 2b, Kotikäynnit ja kotikokeilut osastolta käsin

Jaana Aitta, vs vanhustyön ohjaaja
Outi Nurmi, vanhustyön fysioterapeutti
Sirpa Heilä, vs kotihoidon esimies
Pirjo Rakkolainen, päiväkeskusohjaaja
Pirjo Rytkölä, osastonhoitaja
Minna Sairanen, vs osastonhoitaja

Pienryhmä 2c, Ensikontaktiromake

Lea Mäkinen, terveydenhoitaja
Jaana Aitta, vs vanhustyön ohjaaja
Maria Nurmi, kotihoidon esimies (Kirsi Ståhl)
Sirpa Heilä, vs kotihoidon esimies
Raija Yrttimaa, toimistonhoitaja

Pienryhmä 3a, Palveluopas

Pirjo Rakkolainen, päiväkeskusohjaaja
Lea Mäkinen, terveydenhoitaja

Pienryhmä 3b, Internetsivuston yhteystiedot ja asiakasohje

Raija Yrttimaa, toimistonhoitaja
Lea Mäkinen, terveydenhoitaja
Jaana Aitta, vs vanhustyön ohjaaja

Pienryhmä 4, Vastuutyöntekijän tarpeellisuuden arviointi

Sirpa Heilä, vs kotihoidon esimies
Maria Nurmi, kotihoidon esimies
Kotihoidon tiiminvetäjät

Pienryhmä 5a, Omaishoidon kriteerit ja hakemus

Mirva Lähteenmäki, omaishoidon koordinaattori / vanhainkodin johtaja
Suvi Laurila, sosiaaliohjaaja, vammaispalvelut
Raija Yrttimaa, vanhustyön toimistonhoitaja

Pienryhmä 5b, Ympäri vuorokautisen hoidon kriteerit

Tiina Rostén, vanhainkodin johtaja
Mirva Lähteenmäki, vanhainkodin johtaja
Pirjo Rytkölä, osastonhoitaja
Minna Sairanen, vs osastonhoitaja
Jaana Aitta, vs vanhustyön ohjaaja (Anniina Saarinen)
Kirsi Routi-Pitkänen, vs vanhustyön johtaja, pj/siht.

Pienryhmä 5c, Kotihoidon kriteerit

Maria Nurmi, kotihoidon esimies
Sirpa Heilä, vs kotihoidon esimies
Jaana Aitta, vs vanhustyön ohjaaja
Kirsi Routi-Pitkänen, vs vanhustyön johtaja, pj/siht.

Pienryhmä 6a., Palvelutarpeen arviointiprosessi, kotiutustiimi

Marika Rautarinta, tiiminvetäjä, kotiutustiimi
Sirpa Heilä, vs kotihoidon esimies
Outi Nurmi, vanhustyön fysioterapeutti
Sanni Ala-Uotila, kotihoidon fysioterapeutti
Jaana Aitta, vs vanhustyön ohjaaja
Kirsi Routi-Pitkänen, vs vanhustyön johtaja

Pienryhmä 6b., Palvelutarpeen arviointiprosessi, omaishoidon tuki

Mirva Lähteenmäki, omaishoidon koordinaattori / vanhainkodin johtaja
Lea Mäkinen, terveydenhoitaja / muistikoordinaattori
Kirsi Routi-Pitkänen, vs vanhustyön johtaja

Pienryhmä 6c., Palvelutarpeen arviointiprosessi, ympärivuorokautinen hoito

Jaana Aitta, vs vanhustyön ohjaaja (Anniina Saarinen)
Outi Nurmi, vanhustyön fysioterapeutti
Minna Sairanen, vs osastonhoitaja
Kirsi Routi-Pitkänen, vs vanhustyön johtaja

Sidosryhmät

Terveyspalvelujen ja vanhustyön yhteistyöpalaveri (20.4.2015)

Sari Rantanen, sosiaali- ja terveysjohtaja/pj
Pia Lahtinen, vastaava ylilääkäri
Nelli Lehtonen, osastonhoitaja, Maria-Sofian os.
Pirjo Rytkölä, osastonhoitaja, Matleenan os.
Jaana Aitta, vs vanhustyön ohjaaja
Kirsi Routi-Pitkänen, vs vanhustyön johtaja
Anni Ellä, sosionomiopiskelija (AMK) / siht.

Osastohoidon ja kotihoidon yhteistyöryhmä (4.5.2015, 14.9.2015, 2.11.2015)

Tarja Huovinen, johtava hoitaja / pj
Kirsi Routi-Pitkänen, vs vanhustyön johtaja
Jaana Aitta, vs vanhustyön ohjaaja
Sirpa Heilä, vs kotihoidon esimies
Pirjo Rytkölä, osastonhoitaja
Nelli Lehtonen, osastonhoitaja / siht.
Anni Ellä, sosionomiopiskelija

Vanhuspalvelujen monialainen prosessiryhmä (2.12.2015, 18.1.2016, 29.2.2016)

Pia Lahtinen, vastaava ylilääkäri
Kirsi Routi-Pitkänen, vs vanhustyön johtaja
Jaana Aitta, vs vanhustyön ohjaaja
Outi Nurmi, vanhustyön fysioterapeutti
Sirpa Heilä, vs kotihoidon esimies
Minna Sairanen, vs osastonhoitaja, Matleenan os.
Nelli Lehtonen, osastonhoitaja, Lähisairaalan os. 1. ja 2. / Kotisairaala
Minna Metsänkylä, apulaisosastonhoitaja, Lähisairaala os 2.
Jenni Suutari, fysioterapeutti, Lähisairaala
Eija Koskela, vammaispalveluohjaaja
Suvi Laurila, sosiaalihoitaja
Hanna Nieminen, fysioterapeutti, avoterveydenhuolto (laatuvastaava, sosiaali- ja terveyskeskus) pj/siht.