

AKTIVOIVA INTERVALLIHOITO OMAISHOIDON TUKENA

Intervallihoidon palvelukuvaus Janakkalan Kunnassa



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö
Visamäen kampus, hoitotyö
Kevät, 2018
Marika Peltonen
Eeva Jalonen-Lehtoranta

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja
Visamäki

Tekijät	Marika Peltonen Eeva Jalonen-Lehtoranta	Vuosi 2018
Työn nimi	Aktivoiva intervallihoito omaishoidon tukena	
Työn ohjaaja	Kaisa Seppälä	

TIIVISTELMÄ

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli uudistaa Janakkalan kunnan intervallihoitoyksikön palvelukuvaus. Työn tilaajana oli Janakkalan kunta, joka tuottaa aktivoivaa intervallihoitoa omaishoitajien lakisääteisten vapaiden ajaksi. Opinnäytetyn tavoitteena oli kuvata, kenelle palvelu on tarkoitettu, kuka sitä voi käyttää ja miten se rakentuu. Tutkimuskysymyksenä oli, millainen palvelukuvaus tukee asiakasperheen toimijuutta omassa arjessa ja hoitajakson aikana? Palvelukuvaus liitetään kunnan internetsivuille ja sitä käytetään työntekijöiden perehdytykseen.

Avainkäsitteiksi nostettiin asiakkuus, omaishoito ja intervallihoito-käsitteet. Tiedonhaku tehtiin näiden käsitteiden avulla Cinahl, Cochrane, Medic ja Melinda tietokannoista sekä selaamalla tutkimusten lähdeluetteloita ja etsimällä tietoa Google Scholarin avulla. Tiedonhaku lopetettiin, kun aiheeseen liittyvää uutta tietoa ei enää löytynyt. Teoreettisen viitekehyksen pohjalta muodostettiin palvelukuvaus, minkä päälähtökohtana on palvelun tarpeessa oleva asiakasperhe.

Uudistettu palvelukuvaus lisää päätöksenteon läpinäkyvyyttä, antaa tavoitetason asiakaslähtöisen intervallihoidon suunnittelulle, sekä helpottaa moniammatillista yhteistyötä. Uudistettu palvelukuvaus luo hyvät edellytykset hoitotyön sisällön kehittämiseen edelleen asiakaslähtöistä otetta hyödyntäen.

Avainsanat Asiakkuus, omaishoito, intervallihoito

Sivut 28 sivua, joista liitteitä 1 sivua

Degree programme of nursing
Visamäki

Authors	Marika Peltonen Eeva Jalonen-Lehtoranta	Year 2018
Subject	Activating respite care for family caregiver's support	
Supervisors	Kaisa Seppälä	

ABSTRACT

The aim of this practice-based thesis was to reform a description of activating respite care service. Janakkala's municipality was the order of this thesis. Janakkala's municipality provides respite care services to family caregiver's. Respite care is based on law. The purpose was described who are the users of this service and how it is made up. A research question was what kind of description of the service, supports customer family's independence on their own life, and during respite care week. A description is added to Janakkala's website and it is being used orientation to employees.

The keywords were custom, informal care and respite care. Information research was made with these words from Cinahl, Cochrane, Medic and Melinda databases, scanning research studies and finding information from Google Scholar. Information research was ended when new information was not found. New description of the service was created based on theoretical basis. Main target of new description is family as customer.

New description of the service increases public accountability and gives ambition to custom orientated services. That also improves multi-professional teamwork.

Keywords custom, informal care, respite care

Pages 28 pages including appendices 1 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	ASIAKAS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUISSA	3
	2.1 Asiakaslähtöinen toimiminen terveydenhuollossa	3
	2.2 Asiakaslähtöinen palvelun uudistaminen palvelumuotoilun keinoin	5
3	OMAISHOITO IKÄÄNTYNEEN HOIDETTAVAN TUKENA.....	6
	3.1 Omaishoitaja julkisen sektorin yhteistyökumppanina	8
	3.2 Omaishoitotilanteen sitovuus	9
4	INTERVALLIHOITO OMAISHOITAJAN JA HOIDETTAVAN JAKSAMISEN TUKENA.....	10
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	13
6	TYÖELÄMÄKUMPPANUUS JA YHTEISTYÖN KUVAUS.....	13
7	OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	14
	7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	15
	7.2 Palvelukuvauksen rakentuminen	15
	7.3 Palvelukuvauksen sisältö	17
	7.4 Asiakkaan viikko-ohjelma	20
8	POHDINTA.....	21
	LÄHTEET	24

Liitteet

Liite 1 MITTARIT

1 JOHDANTO

Suomi harmaantuu vääjäämättä vanhempien ikäluokkien suhteellisen määrän kasvaessa syntyvyyden alenemisen ja kuolleisuuden laskemisen myötä (Silventoinen 2015; Koivuniemi & Simonen 2011, 17). Vuoteen 2030 mennessä yli 65 vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan 26 prosenttiin ja vuonna 2060 yli 65 vuotiaita olisi jo 29 % (Tilastokeskus 2015).

Tämä väestökehitys asettaa verovaroin kustannettavalle palvelujärjestelmälle suuria haasteita ja palveluiden uudistamiseen on tarvetta. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 7; Mattelmäki 2015, 31). Ikäihmisten kotona asumisen tukeminen kotihoitoa ja omaishoitoa kehittämällä onkin yksi Juha Sipilän hallituksen kärkihankkeista. Hankkeen tavoitteena on muun muassa parantaa ikääntyneiden omaishoitajien palveluja ja yhdistää palvelut asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. Tällä hetkellä omaishoitoa tukevia palveluita järjestetään liian vähän ja yksipuolisesti. Lisäksi omaishoito toteutuu alueittain vaihtelevasti. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2018.)

Omaishoidon lakisääteisiä vapaita on mahdollista toteuttaa monella eri tavalla. (Laki omaishoidon tuesta 937/2015 § 4.) Perhehoito sekä erilaiset yhteensovitetut palvelut ovat yleistymässä, mutta ympärivuorokautinen intervallihoito on säilyttänyt asemansa monessa kunnassa. Ahosen (2017, 6–8, 14) mukaan käsitys asiakkuudesta on suuressa muutoksessa tuoden oman paineensa palveluiden ja niiden sisällön muutokselle. Palveluketjuja kehitetään yhdessä asiakkaiden kanssa pyrkimyksenä saavuttaa asiakasymmärrys ja asiakkaan paluu käyttämään samaa palvelua uudelleen. Palveluiden yksilöllinen muotoilu on myös kustannustehokasta toimintaa. Resurssien riittäminen myös tulevaisuudessa ja palveluista syntyvän hyödyn oltava todellista niin asiakkaalle kuin palveluiden tuottajalle.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön yhteistyötahona on Janakkalan kunta, jossa omaishoitajien vapaapäivien tueksi järjestetty intervallihoito toteutuu vanhainkodin yksikössä. Opinnäytetyön tarkoitus on uudistaa intervallihoidon palvelukuvaus, joka on sosiaali- ja terveydenhuollossa tapahtuvan voimakkaan muutoksen myötä jäämässä vanhentuneeksi. Tavoitteena on kuvata, keille kyseinen palvelu on tarkoitettu ja kuka sitä voi käyttää. Lisäksi tavoitteena on, että kuntalaisen hyödyksi luotu palvelu löydetään ja kohderyhmään kuuluvat kuntalaiset ymmärtävät helposti sen sisällön.

Tässä työssä käytämme sanaa asiakasperhe kuvaamaan omaishoitajaa sekä yli 65-vuotiasta omaishoidettavaa. Omaishoitaja voi olla hoidettavan

puoliso tai vaikkapa lapsi. Intervallihoidolla tarkoitamme omaishoitajan lakisääteisten vapaiden turvaamiseksi järjestettyä jaksohoitoa, mikä toteutetaan Janakkalan kunnan vanhainkodissa, Apilan kotialueella.

2 ASIAKAS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUISSA

Tässä luvussa kuvaamme asiakkuuden käsitettä ja sitä, miksi asiakaslähtöisyyttä on hyödyllistä edistää sosiaali- ja terveydenhuollossa. Lisäksi kuvaamme palvelumuotoilun mahdollisuuksia palveluiden uudistamisessa.

Asiakkuus määritellään yksilön ja asiantuntijan väliseksi vuorovaikutteiseksi, resursseja yhdistäväksi prosessiksi (Koivuniemi & Simonen 2010, 17). Koivuniemi ja Simonen (2010, 93) pitävät ”asiakkuutena eri osapuolten välistä, terveydenhuollon asiakkaiden koko tutkimus-, hoito- ja pärjäämisprosessin kattavaa vuorovaikutustapahtumien joukkoa, joka liittyy kuntalaisten hyvinvointiin sekä heidän työ- ja toimintakykynsä.” Asiakkuuden perusta muodostuu kuntaan kuulumisen myötä ja päättyy kuntalaisen kuolemaan. Asiakkuus muodostuu tavoitteellisista kohtaamisista joko kasvokkain tai muulla tavoin.

Terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa asiakkaan oikeudet perustuvat lakiin. Asiakkaalla on oikeus saada asianmukaista ja hyvälaatuista terveydenhuollon palvelua, hänellä on oikeus saada tietoa hoidon vaihtoehtoista, eikä hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään saa loukata. Asiakirjat ja asiakkaiden tiedot ovat salassa pidettäviä. Kansalaisen osallistumis- ja vaikuttamisoikeus on kirjattu lakiin säädoiksiin. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Sosiaalihuoltolaki 1301/2014; Virtanen ym. 2011, 16, Ahonen 2017, 26.)

2.1 Asiakaslähtöinen toimiminen terveydenhuollossa

Asiakaslähtöisessä toiminnassa asiakas kohdataan kokonaisuutena ja ihmisarvoisena yksilönä sen sijaan, että tarkasteltaisiin vain hänen yksittäistä tarvettaan, ongelmaa tai sairauttaan (Rannisto 2014, 36; Virtanen ym. 2011, 18). Asiakaslähtöisessä toiminnassa palvelut järjestetään paitsi organisaation myös asiakkaan näkökulmasta mahdollisimman toimiviksi. Tällöin palvelutoiminta on vastavuoroista ja pitää sisällään ajatuksen asiakassuhteen jatkumisesta sekä yhteisymmärryksen siitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan tyydyttää ottaen huomioon tarjolla olevat palvelumahdollisuudet. Näkemys asiakkuudesta voi olla myös laaja, jolloin asiakas huomioidaan myös perheen, yhteisön ja yhteiskunnan jäsenenä. (Virtanen ym. 2011, 18.) Asiakkuus voidaan määritellä myös palvelun maksamisen kautta tai tuottajan toiminnan kohteena olemisen ja palvelun käyttämisen kautta. (Rannisto 2014a, 36–39.)

Asiakas saattaa olla alusta asti mukana palvelun muotoilussa ja pääsee vaikuttamaan sen lopulliseen toteutukseen (Rannisto 2014, 36; Virtanen ym. 2011, 19). Oman asiantuntijuutensa myötä asiakas on resurssi, jonka voimavaroja voidaan hyödyntää palveluiden suunnittelussa ja toteuttamisessa. Resurssinäkökulma asiakkuuteen tekee asiakkaasta toimijan, joka on vastuussa omasta hyvinvoinnistaan. (Virtanen ym. 2011, 19.) Ollessaan

aktiivinen toimija, asiakas vaikuttaa palvelun asiakkaalle itselleen tuottamaan arvoon (Rannisto 2014a, 38). Asiakkaan osallistuessa hoitonsa suunnitteluun hän myös kokee palvelun paremmaksi (Laitinen 2013, 92). Kun palvelut rakentuvat asiakkaan itse kokemista palvelutarpeista, hän voimaantuu omassa elämäntilanteessaan (Rannisto 2014b, 76).

Uusien toimintamallien miettimisen paras lähtökohta on hoidon tarpeessa oleva ihminen (Koivuniemi & Simonen 2011, 23). Asiakasta voidaan pitää kuluttajana, jolloin hänen ajatellaan tekevän itsenäisiä, omien arvojen mukaisia valintoja. Vaihtoehtoisesti asiakas voidaan nähdä toimenpiteiden ja huolenpidon kohteena. Tällöin asiakas vastaanottaa palveluja, joskus myös vastentahtoisesti. Kolmas tapa on pitää asiakasta kumppanina. Tällöin asiakkaan kyky tehdä itsenäisiä valintoja tunnustetaan, mutta työntekijä ei luovu ammattilaisuudestaan. (Rannisto, Kinnunen & Tuurnas 2014, 123; Rannisto 2014a, 37–38). Kumppanuudessa asiakas on tasaveroinen neuvottelukumppani. Asiantuntijan ja asiakkaan välillä on dialogia, hyvää vuorovaikutusta ja molemmat kuuntelevat toisiaan (Valokivi 2008, 64; Virtanen ym., 2011, 19). Asiakas ja asiantuntijat voivat tavoitteellisen vuorovaikutuksen avulla tarkastella asiakkaan arjessa pärjäämistä ja sen liittämistä terveydenhuollon prosessiin. (Koivuniemi & Simonen 2011, 23–24; Rannisto, Kinnunen & Tuurnas 2014, 123). Tämä onnistuu ja asiakas saa tarvitsemansa palvelut, kun palvelujärjestelmän edustajat hyväksyvät asiakkaiden näkemyksen tämän velvollisuuksista ja oikeuksista. (Valokivi 2008, 71).

Tavoitteena voidaan pitää asiakkaan arjessa pärjäämisen maksimoimista. Tätä pidetään askeleena kohti aitoa asiakaskeskeisyyttä. (Koivuniemi & Simonen 2011, 23–24.) Pärjääminen voidaan määritellä yksilön kyvyksi määrätä elämästään. Pärjäämistä tukemalla saavutetaan asiakkaan lisääntynyt autonomia ja arjesta selviytyminen. Tällöin asiakkaalla on mahdollisuus tehdä omaa elämäänsä koskevia valintoja. Elämän hallinnan kasvaessa luottamus omaan pärjäämiseen kasvaa. (Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirso & Mattelmäki 2014, 40.)

Asiakaslähtöisen toiminnan aloittaminen tai eteenpäinvieminen ei ole aina helppoa, sillä organisaatiokulttuurin merkitys asiakastyön sisältöön on vahva. Organisaatiokulttuuri muuttuu ja kehittyy yksilön kehittymisen myötä sekä yhteisten tavoitteiden sisäistämisen ja osaamisen avulla. Keskustelun avulla voidaan uudistaa ajattelua ja visio muokata arkipäivän teoiksi. (Kuusela 2015, 56–57; Virtanen ym. 2011, 47.)

Organisaatiokulttuurin pohjana on perustehtävä, mutta sen voi kuvata myös sosiaalisesti voimaksi, joka muodostuu yhteisten kokemusten kautta. Suurin osa organisaatiokulttuurista on tiedostamatonta koostuen mm. uskomuksista, tärkeäksi koetuista asioista ja tavasta suhtautua ihmisiin. Kulttuuri ohjaa organisaation jäsenet ajattelemaan yhteneväisesti ja saa tehdyt valinnat tuntumaan itsestään selvyyksiltä. Parhaimmillaan kult-

tuuri tukee yhteistyön tekemistä ja tukee jäseniään. Pahimmillaan se rajoittaa yksilön itseilmaisua ja persoonallista toimintatapaa. (Kuusela 2015, 13–14, 17–18, 30.)

2.2 Asiakslähtöinen palvelun uudistaminen palvelumuotoilun keinoin

Asiakkaiden ottaminen mukaan palveluiden muotoiluun auttaa asiakasta voimaantumaa, mikä muuttaa palvelukenttää. Asiakkaat käyttävät omia verkostojaan muun muassa sosiaalisessa mediassa arvioiden palveluiden tuottajia; asiakkaan toimijuus on lisääntynyt. (Ahonen 2017, 12.)

Palvelumuotoilu on osa innovaatiotoimintaa, jossa määritellään ja ratkaistaan ongelmia. Palvelumuotoilussa tarkastellaan aineettomia prosesseja ja palveluita sekä niiden muutoksia. Palvelumuotoilun olennaisena piirteenä on se, että suunnittelun lähtökohta on käyttäjä- ja ihmiskeskeisyys. Palvelutapahtuman eri osapuolia, kuten asiakkaita, sidosryhmiä ja työntekijöitä osallistetaan yhteisen suunnittelun avulla. (Mattelmäki 2015, 27.) Osallistamisesta saadaan se hyöty, että riski tuottaa ei-toivottua palvelua vähenee ja asiakas saa lisää päätösvaltaa (Kurronen, 2015, 37). Apuna voidaan käyttää esimerkiksi asiakashaastatteluja tai työpajoja. Lisäksi pyritään saamaan kokonaisvaltainen käsitys palveluprosessien eri vaiheista ja toimijoista sekä siitä, miten nämä vaikuttavat toisiinsa. Palvelumuotoilua voi siis luonnehtia tekemiseksi ja prosessiksi. (Mattelmäki 2015, 27, 36; Tuulaniemi 2011, 58.)

Palvelumuotoilua pidetään tärkeänä tapana uudistaa julkisen sektorin palveluita. Sen arvellaan synnyttävän kustannussäästöjä samalla kun asiakkaan kannalta palvelujen toimivuus paranee. Työ- ja elinkeinoministeriön mukaan käyttäjien hyödyntäminen palveluiden suunnittelussa on merkittävä, mutta alihyödynnetty mahdollisuus. Käyttäjien osaamista tulisi hyödyntää julkisten palveluiden uudistamisessa nykyistä enemmän. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2010, 7, 11.)

Palvelumuotoilun elementtejä on havaittavissa julkisen sektorin palveluissa. Esimerkiksi omaishoidon tuen vapaapäivissä on aikaisemmista määrittäisistä palveluista siirrytty asiakasta tukeviin, joustaviin palveluihin, mitkä voivat muodostua erilaisista palasista. Asiakkaan mukaan ottaminen ja hänen toimijuutensa aktiivisena yhteistyökumppanina korostuvat. Asiakkaana nähdään kuitenkin usein omaishoitaja, ei niinkään hoidettavaa asiakasta, kun puhutaan omaishoidon tuesta. (Tikkanen 2016, 35)

Suhonen, Röberg, Hupli, Koskenniemi, Stolt & Leino-Kilpi (2011, 259–260) ovat tutkineet muistipotilaan optimaalista palvelukokonaisuutta palvelun käyttäjien, hoitotyön ammattilaisten (n=14) ja päättäjien (n=10) näkökulmasta. Tutkimuksessa huomattiin, että muistipotilaat ja heidän läheisensä (n=18) keskittyivät omaan ja ammattilaisten väliseen vuorovaikutukseen ja toimimiseen. Ammattilaiset sen sijaan olivat enimmäkseen kiinnostuneita

ammattilaisten välisestä yhteistyöstä. Päätöksen tekijät, jotka tutkimuksessa muodostivat sosiaali- ja terveydenhuollon johtavat viranhaltijat ja poliittiset päätöksentekijät, kuvasivat palvelukokonaisuutta moniulotteisesti ja laaja-alaisesti.

Palvelujen käyttäjät kokevat optimaalisen palvelukokonaisuuden rakentuvan nopean ja joustavan hoidon ja palvelun järjestymisen myötä. Palvelut pitävät sisällään seurannan, toimintakykyä ylläpitävät aktiviteetit, tarvittavat tukipalvelut ja ympärivuorokautisen hoitopaikan järjestymisen. Hoidosta vastuussa olevan ammattilaisen nimeämistä pidettiin keskeisenä, samoin tehtävänjaon selkeyttä. Hyvä ammatillinen osaaminen, vuorovaikutustaidot, hyvä palveluasenne ja kohtelu nousivat myös esille tutkimuksessa. Myös asiakkaan ja läheisen kuulemista palveluprosessissa pidettiin tärkeänä, tällainen on esimerkiksi palveluiden räätälöinti tarpeen mukaan sekä säännöllinen arviointi. (Suhonen ym. 2011, 267.)

Ammattilaiset tarkastelevat palvelukokonaisuutta yhteistyön kautta. Yhteiset toimintaperiaatteet ja koordinointi koetaan tärkeiksi hoidon sujuvuuden kannalta. Kuten asiakkaat, myös ammattilaiset pitivät osaamista ja sen vahvistamista keskeisenä hoidon onnistumisen edellytyksenä. Samoin he edellyttivät positiivista vuorovaikutusta ja palveluasennetta ammattilaisten välisessä kanssakäymisessä sekä keskeytymätöntä tiedonkulkua. Henkilökunnan pysyvyyden tärkeys nousi tutkimuksessa esille, kuten myös moniammatillinen ja monialainen yhteistyö sekä riittävät henkilöstöresurssit. (Suhonen ym. 2011, 268.)

Ammattilaisten keskittyessä eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön saattaa palvelurakenne käyttäjän näkökulmasta olla pirstaleinen asiakaskeksyyden sijaan. Sekä palvelun käyttäjät, ammattilaiset että päättäjät pitävät keskeisenä hyvää keskinäistä vuorovaikutusta, palveluasennetta ja arvostavaa kohtelua. (Suhonen ym. 2011, 278–279.)

3 OMAISHOITO IKÄÄNTYNEEN HOIDETTAVAN TUKENA

Tässä luvussa määrittelemme omaishoitajuuden, tarkastelemme omaishoitajuuden ja virallisen hoidon yhteistoimijuutta sekä kuvaamme omaishoitotilanteen sitovuutta.

Laki omaishoidon tuesta (937/2005) määrittelee omaishoidon omaisen tai läheisen avulla kotona järjestettäväksi hoidoksi ja huolenpidoksi, kun hoidettava on vanhus, vammainen tai sairas. Lain mukaan omaishoitaja on tehnyt omaishoitosopimuksen kunnan kanssa. Omaishoidon tuki on hoidettavalle annettavista palveluista sekä omaishoitajalle maksettavasta palkkiosta, vapaasta ja omaishoitoa tukevista palveluista muodostuva kokonaisuus.

Suomen omaishoitajien verkosto määrittelee omaishoitajuuden koskemaan myös niitä tilanteita, joissa omaishoidon sopimusta ei ole tehty, mutta henkilö huolehtii omaisestaan tai läheisestään, joka sairauden, vammaisuuden tai muun erityisen hoivan tarpeen vuoksi ei selviydy arjestaan itsenäisesti (Omaishoitajaliitto n.d.). Alla olevassa kuvassa kuvataan omaishoidon nykytilannetta Suomessa.



Kuva 1. Omaishoito Suomessa

Omaishoidon määrittelyä hankaloittaa se, että raja tavallisen auttamisen ja omaishoitajuuden välillä on hyvin kapea. Omaishoitajuus on usein sitovampaa ja vaativampaa kuin tavanomainen läheisen ihmisen auttaminen. Omaishoitaja ei usein tunnista itseään omaishoitajaksi. Avioliitto on etenkin edellisille sukupolville merkinnyt sitoutumista myös puolison hoivaamiseen ja osittain siksi meillä on Suomessa paljon niin sanottuja epävirallisia omaishoitajia. He eivät ole syystä tai toisesta hakeneet virallista omaishoitajuutta. Syynä voivat olla esimerkiksi se, että aviopuoliso kokee hoitamisen kuuluvan avioliittoon tai henkilö ei ole tietoinen omaishoitajan tuen mahdollisuudesta. (Salin 2007, 44–45.)

Kanta-Hämeessä vuosina 2014-2015 kotihoidon asiakkaista 48%:lla oli läheinen mukana hoidossa, mutta hän ei ollut virallinen omaishoitaja. Virallisia omaishoitajia oli kotihoidon lisäksi 21%:lla asiakkaista. Ainoastaan kotihoidon avun varassa oli 31% asiakkaista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Kanta-Hämeen maakuntaprofiilissa todettiin, että tarvetta olisi lähitulevaisuudessa lisätä sopeutumisvalmennusta, päiväkeskustoimintaa, ja antaa omaishoitajille lisätukea vapaapäivien pitämiseen. Etenkin iäkkäiden omaishoitajat tarvitsisivat parikuntoutusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

3.1 Omaishoitaja julkisen sektorin yhteistyökumppanina

Tikkasen (2016, 36.) tutkimuksessa (n=11) omaishoitajuutta ja sen roolia voidaan tarkastella eri näkökulmista. Omaishoitajat voidaan nähdä palvelujärjestelmän voimavarana. Tällöin korostetaan omaishoitajan työpanosta ja se onkin ensisijainen vaihtoehto verrattuna muihin palveluihin, jolloin kaikki muut palvelut otetaan käyttöön vasta sitten, kun omaishoito ei enää ole mahdollista. Tällöin on vaarana, että julkisen puolen hoitovastuu siirtyy kokonaan omaishoitajille, jotka eivät ole terveydenhuollon ammattilaisia. Omaishoitaja voidaan nähdä myös yhteistyökumppanina, jolloin omaishoitajalle ja hoidettavalle suunnatut palvelut auttavat omaishoitajaa työssään ja keventävät hänen työtaakkaansa. Omaishoitaja voidaan nähdä myös asiakkaana, jolloin palvelut suunnataan tarkasti rajattuna suoraan hänelle. Omaishoito voidaan myös pyrkiä mukauttamaan osaksi kunnan palvelujärjestelmää.

Kehusmaan (2014, 79.) tutkimuksen (n=741) mukaan yhden omaishoitajan työpanos voi säästää julkisen sektorin taloudesta 20 000 euroa vuodessa. Palvelujen järjestäjän tulisi pitää omaishoitajia aidosti kumppaneina, eikä vain kustannusten hillitsijöinä tai resursseina. Kotona asumisen mahdollistaminen omaishoitajan avulla tai laitoshoitoon joutumisen viivästyminen ei saa kuitenkaan vaarantaa omaishoitajan omaa terveyttä. (Juntunen & Salminen. 2011, 7.)

Omaishoitajuus sekä niin sanottu epävirallinen omaishoitajuus säästävät molemmat kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon menoja. Osa julkisen sektorin tehtäviä ja menoja on siirtynyt tai siirtyy omaisten vastuulle. Omaisten tekemä hoitotyö on vaikeasti mitattavissa, mutta se säästää suoraan julkisen sektorin kuluissa. Ilman omaista hoidettava tarvitsisi mahdollisesti kotihoitoa tai pysyvää ympärivuorokautista hoivaa. Nämä vaihtoehdot ovat kustannuksiltaan suurempia kuin omaishoitajien palkkiot. (Kehusmaa 2014, 21.) Suomessa yhteiskunnallinen kehitys on mennyt koko ajan enemmän siihen suuntaan, että hoivavastuuta poistetaan julkiselta puolelta lisäämällä tätä omaisille. Julkinen sektori on tulevaisuudessa enemmän mahdollistaja ja tukija, eikä pelkästään palveluiden tuottaja. (Tikkanen 2016, 14–15.)

Tukea omaishoitajat kaipaavat etenkin siinä vaiheessa, kun hoidettava saa sairausdiagnoosin esimerkiksi sairastuttuaan muistisairauteen. Tällöin omaishoitosuhteeseen usein havahdutaan, vaikka se epävirallisesti olisikin ollut jo käynnissä. Toinen vaihe, jossa tuen tarve kasvaa merkittävästi, on

hoidettavan kunnan huononeminen niin, että hoitoon tarvitaan mukaan esimerkiksi kotihoitoa. Omaishoitaja ei selviydy hoitovastuusta enää täysin yksin. Kolmas merkittävä tuen tarpeen vaihe on se, kun hoidettava joutuu pysyvästi ympärivuorokautiseen hoivaan. Näissä kaikissa vaiheissa omaishoitajat kaipaavat avointa kommunikaatiota. Etenkin sairauden diagno-soimisvaiheessa omaishoitajat kaipaavat selkeitä ohjeita ja neuvoja siitä, miten hakeutua erilaisten palvelujen piiriin sekä tietoa siitä mihin etuuksiin he ovat mahdollisesti oikeutettuja ja mistä niitä voi hakea. Viimeisessä ympärivuorokautiseen hoivaan joutumisen vaiheessa omaishoitajat kaipaavat sitä, että heille syntynyttä asiantuntijuutta arvostettaisiin ja hoitohenkilökunta olisi aidosti kiinnostunut hoidettavan elämänhistoriasta sekä hoidosta. Tämä on merkittävää onnistuneen luottamussuhteen syntyemisessä omaishoitajan ja hoitohenkilökunnan välillä. (Lethin, Hallberg, Karlsson & Janlöv 2016, 526—534.)

3.2 Omaishoitotilanteen sitovuus

Liina Sointu (2011, 162, 168—169.) on tarkastellut omaishoitoa läsnäolon käsitteen avulla (n=9). Omaishoitajan läsnäolon ajallinen ja intensiteetin määrä vaihtelee hoidettavan tilanteen mukaan. Omaishoitajan oma elin-tila kapenee sitä mukaa, kun hoidettava tarvitsee enemmän läsnäoloa. Oleellista on, ettei omaishoitajalla ole mahdollisuutta säädellä läsnäolon intensiivisyyttä. Sekä hoidettavan että hoitavan yksityisyys vähenee. Tikkanen (2016, 36—40) mukaan omaishoitajuus saattaa sitoa omaishoitajan kotiin hoivatyöhön, vaikka hän itse kykenisi vielä osallistumaan aktiivisesti kodin ulkopuolisiin toimintoihin. Arki saattaa muuttua yllättäen, ja juuri opitut rutiinit joudutaan opettelemaan uudelleen. Esimerkiksi muistisairautta sairastavan läheisen toimintakyky saattaa vaihdella paljonkin päivittäin.

Omaishoitajat pyrkivät ennakoimaan ja turvaamaan läsnäolon jatkuvuuden, vaikka eivät ole itse puolison lähellä; huoli hoidettavasta seuraa mukana kodista lähtiessä. Läsnäolon intensiteetti saattaa lisääntyä niin, että omaishoitajat joutuvat olemaan omassa kodissaan varuillaan oman ja hoidettavan turvallisuuden varmistamiseksi. Tällöin omaishoitajan päivittäinen lepo saattaa jäädä vähäiseksi. (Sointu 2011, 163—165; Tikkanen 2016, 36.)

Joskus omaishoitaja kokee raskaaksi hoidettavan valmistelun intervallijaksolle, sekä mahdollisen vuorokausirytmimuutosten aiheuttaman sekavuuden, etenkin jos hoidettavalla on muistisairaus. Jos näiden lisäksi omaishoitaja kokee, että hän ei saa jaksojen aikana riittävää lepoa, jäävät intervallijaksot hyödyntämättä. (Neville, Beattie, Fielding, MacAndrew 2015, 55.) Tikkanen (2016, 91) on kirjoittanut tutkimuksessaan omaishoitajan syllisyyden tunteesta lähettäessään hoidettavaa intervallijaksoille. Tämä siitä huolimatta, että omaishoitaja tarvitsee lepoa. Omaishoitajan syllisyyden tunteista kirjoittaa myös Salin (2008, 75–77) tutkimuksessaan (n=17). Hänen tutkimustuloksissaan syllisyyttä kokivat ainoastaan ne

omaishoitajat, joiden läheinen ei halunnut lähteä intervallijaksolle. Tällaisissa perheissä omaishoitaja teki usein lähes kaikki asiat läheisensä puolesta. Kaikkein sitovimmassa hoivan vaiheessa olevat omaishoitajat kokivat intervallijaksot poikkeuksetta ainoastaan helpotusta tuovina.

4 INTERVALLIHOITO OMAISHOITAJAN JA HOIDETTAVAN JAKSAMISEN TUKENA

Intervallihoidolla tarkoitetaan laitoksessa tapahtuvaa lyhytaikaista hoitoa. Asiakkaalla voi olla suunnitelmallisesti ennalta sovitut säännölliset jaksot tai ne voidaan sopia tarpeen mukaan. Intervallihoidolla pyritään tukemaan asiakkaan kotona selviytymistä ja ehkäisemään pysyvään laitoshoittoon siirtymistä. Intervallihoitoa järjestetään myös omaishoitajan jaksamisen vuoksi. Nämä edellä mainitut perusteet eivät ole toisiaan pois sulkevia. (Linja 2013, 9.)

Intervallihoidon järjestäminen ei ole sidottu viralliseen omaishoitajuuteen. Sosiaalihuoltolain mukaan kunta voi järjestää sitovaa, päivittäistä hoitoa ja huolenpitoa antavalle omaiselle vapaapäiviä ja virkistysvapaita. (Sosiaalihuoltolaki, 2014.)

Laissa omaishoidon tuesta määritellään omaishoitajalle annettavasta vapaasta. Vapaan on oltava kestoaltaan vähintään kaksi vuorokautta kalenterikuukautta kohti. Jos omaishoitaja on sidottu ympärivuorokautisesti hoitoon yhtäjaksoisesti tai vain vähäisin keskeytyksin, on hänellä oikeus kolmen vuorokauden vapaaseen kalenterikuukautta kohti. Kunta ja omaishoitaja voivat sopia myös omaishoidon vapaan pitämisestä alle vuorokauden mittaisina jaksoina. (Laki omaishoidon tuesta 937/2015 § 4.) Janakkalan kunnassa on muodostunut käytännöksi myöntää vähintään kolmen vuorokauden mittaiset intervallijaksot alusta alkaen. Intervallihoito on ensisijainen vapaapäivien käyttämismuoto. Muita vaihtoehtoja on kunnassa tarjolla tällä hetkellä vähän. Uutena palveluna on alkanut päivätoiminnan ja intervallihoidon yhdistäminen niin, että näistä molemmista muodostuu yhteensä kolme vuorokautta vapaata kuukaudessa. Perhehoidon mahdollisuuksia kartoitetaan ja intervallikotialueella järjestetään perhehoidon arviointijaksoja missä arvioidaan, hyötyykö asiakas enemmän perhehoidosta vai aktivoivasta intervallihoidosta. Perhehoidossa hoitaja tulee asiakasperheen kotiin vapauttamaan omaishoitajaa työstään tai hoidettava menee omaishoitajan vapaan ajaksi asumaan perhehoitajan luokse.

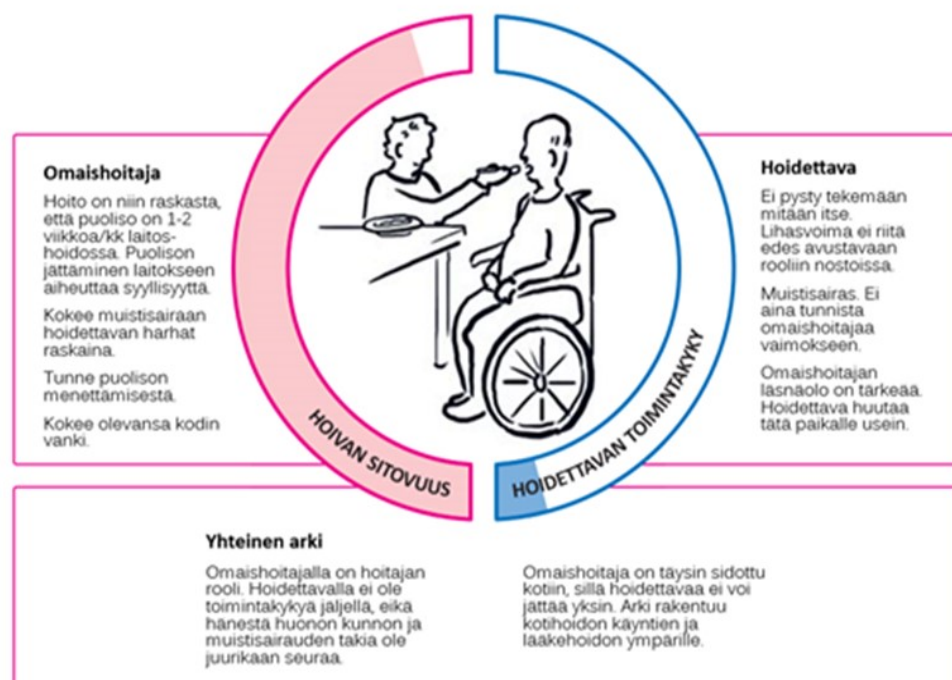
Jo tieto intervallihoidon mahdollisuudesta auttaa omaishoitajaa jaksamaan. Osa omaishoitajista ei osaa hakeutua intervallihoidon piiriin, jos eivät koe itseään väsyneiksi. Omaishoitajat toivovat, että intervallijakso hyödyttää myös hoidettavaa. Jos hyöty koskee vain omaishoitajaa itseään, otetaan intervallijaksot harvemmin vastaan. (Neville ym. 2014, 54–55.) Hoitajaksojen sisällöllä on siis suuri merkitys. Kuntouttavien hoitajaksojen

on koettu hyödyttävän niin omaishoitajaa kuin asiakastakin. Hoitojakson tulisi sisältää sopivassa suhteessa aktiviteettejä, lääketieteellistä hoitoa ja laadukasta hoivaa. (Linja 2013, 14.) Myös Salin (2008, 54.) on tutkimuksessaan todennut, että omaishoitajat toivoivat hoitojaksojen tukevan asiakkaan kotona asumista sekä pitävän asiakkaan kiinni tässä päivässä. Etenkin aloitekyvyttömyyteen toivottiin hoitajien kannustusta tai aloitekyvyttömyyden poistamista.

Intervallille asiakas lähtee mielellään, jos hän saa tarvitsemaansa kuntoutusta, tai tapaa omia jo tutuksi käyneitä ystäviään. Jos intervallijaksoille meneminen tulee toisen tahon määräämänä, niille meneminen koettiin usein vaikeaksi. Tavoitteet intervallihoidokselle pitää asettaa realistiselle tasolle. Jos tavoitteiden laadinnassa epäonnistutaan, hoitojakso tuottaa kotiin raskaammin hoidettavan kotiutujan. Hoitojakson tulee olla toimintakykyä kohentava tai vähintään ylläpitävä. (Salin 2008, 54, 62).

Omaishoitajille kohdistettujen tukitoimien asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys, sekä niiden kohdentaminen sekä hoitajaan että hoidettavaan auttavat siirtämään pysyvää laitoshoitoon joutumista tuonemmaksi. Tämä siksi, että edellä mainittujen toimien on katsottu vähentävän omaishoitajien kuormittumista ja psyykkistä stressiä. (Juntunen & Salminen 2011, 7.)

Tikkanen (2016, 89—116) on jakanut omaishoidon neljään eri vaativuuden vaiheeseen. Tikkasen mukaan kevyin vaihe on huokoinen omaishoidon arki, jossa hoidettavan avuntarve on selkeä, mutta avun tarve ei välttämättä ilmene öisin ja hoidettava pystyy olemaan muutaman tunnin yksin kotona. Kuormittavassa vaiheessa hoidettava tarvitsee huolenpitoa ympärivuorokautisesti ja omaishoitaja kokee tilanteen fyysisesti tai henkisesti kuormittavaksi. Painava omaishoidon arki kuvataan vaihtoehdoksi ympärivuorokautiselle laitoshoidolle tai asumispalvelulle. Viimeinen on kiinnipitävän hoivan vaihe, jossa Tikkanen käyttää ilmaisua "vaativa ruumis". Tämä vaihe viimeistään sitoo hoitajan kotiin ja siirtää puolison lähes kokonaan hoivaajan ja hoitajan rooliin. Tässä vaiheessa usein alkavat myös intervallijaksot ja hoidettavan kodista irtautuminen. Kuva 2. esittää kiinnipitävän hoivan vaihetta.



KUVIO 16. Hoivan sitovuus kiinnittävän hoivan vaiheessa.

Kuva 2. Kiinnittävän hoidon vaihe (Tikkanen 2016, 195.)

Omaishoidon kuormittavuus ja läsnäolon työläisyys lisäävät omaishoitajan oman tilan kaipausta. Intervallihoidon mahdollistaa omaishoitajan lakisääteisten vapaapäivien pitämisen sekä yön yli kestävä poissaolo kotoa. Omaishoitajan levon kannalta on tärkeää, että hoidettava lähtee intervallijaksolle mielellään. Omaishoitajan on voitava luottaa siihen, että hoidettavasta pidetään jaksolla hyvää huolta. Muutoin omaishoitaja ei pysty irtottautumaan läsnäolon vaatimuksesta eikä lepo intervallijaksolla ole aitoa. (Sointu 2011, 164, 166, 170.)

Henkilöstöllä on suuri merkitys, miten omaishoitaja kokee intervallihoidon. Omaishoitajat kaipaavat keskustelua, sekä selkeää aikatalutusta jaksoilla, jotta he voivat suunnitella myös muuta elämäänsä. Toisaalta jaksosten tulisi olla myös yksilöllisiä ja tavoitteellisia. Omaishoitajat haluavat tietää, mitä hoidettava on tehnyt jakson aikana. Pysyvä ja tuttu henkilökunta helpottaa omaishoitajien huolta jaksosten onnistumisesta. (Neville ym. 2015, 57–58; Suhonen ym. 2011, 267.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda Janakkalan kunnan vanhainkotiin uusi intervallihoidon palvelukuvaus.

Opinnäytetyön tavoitteena on kuvata, kenelle palvelu on tarkoitettu ja kuka sitä voi käyttää sekä miten se rakentuu. Palvelukuvaus liitetään Janakkalan kunnan nettisivuille sekä kunnan intranettiin. Tavoitteemme on lisäksi, että kuntalaisen hyödyksi luotu palvelu löydetään ja sen sisältö ymmärretään helposti.

Tutkimuskysymyksenä on, millainen palvelukuvaus tukee asiakasperheen toimijuutta omassa arjessa ja hoitajakson aikana?

Ennen opinnäytetyön viitekehyksen kirjoittamista perehdyimme huolella aiheesta tehtyihin tutkimuksiin ja julkaisuihin. Tiedonhaku aloitettiin syyskuussa 2017 etsimällä tutkimuksia intervallihoidon ja omaishoiton liittyen. Myöhemmin hakua laajennettiin koskemaan myös asiakkuutta sekä palvelun muotoilemista. Käytimme tutkimuksia ja tieteellisiä julkaisuja, jotka olivat enintään kymmenen vuotta vanhoja. Etsimme materiaalia Cinahl, Cochrane ja Medic tietokannoista, sekä Melindasta. Cinahl ja Cochrane tietokannoissa hakusanoina käytimme respite and care hakusanoja, Medicissä hakusanoina olivat vanhukset, kuntoutus, lyhytaikaishoito ja asiakas. Rajasimme hakua +65-vuotiaisiin ja pdf-julkaisuna saataviin lähteisiin. Lähteistä karsimme pois ne, joissa käsiteltiin kotona järjestettäviä omaishoidon vapaita. Teimme hakuja myös manuaalisesti google scholarin avulla sekä aiheeseen liittyvien tutkimusten ja tieteellisten julkaisujen lähdeluetteloista. Lisäksi etsimme aiheeseen liittyvää teorian tietoa Hoitotiedelehdistä.

Lähteiden hakeminen lopetettiin, kun uutta tietoa tai uusia näkökulmia ei enää ilmennyt. Pääkäsitteiksi valittiin asiakkuus, omaishoito ja intervalli johtuen opinnäytetyön aiheesta, joka siis on uudistettava intervallihoidon palvelukuvaus.

6 TYÖELÄMÄKUMPPANUUS JA YHTEISTYÖN KUVAUS

Opinnäytetyön tekijät ovat parhaillaan tai ovat olleet työssä Janakkalan kunnassa, joka on työn tilaajana. Toinen opinnäytetyön tekijöistä työskentelee vanhainkodissa, mihin palvelukuvaus rakennetaan. Olemassa oleva palvelukuvaus on jo vanhentunut ja kaipaa päivitystä. Palvelukuvaus määrittää sen, ketä varten kyseinen palvelu on tarkoitettu ja miten palvelun piiriin hakeudutaan. Lisäksi palvelukuvauksessa voi olla kuvattuna lyhyesti esimerkkijakso. Yksilölliselle tasolle palvelukuvauksessa ei voida lähteä,

vaikka palvelua on tavoitteena yksilöidä kunkin asiakasperheen tarpeiden mukaiseksi.

Janakkalan kunta on 17 000 asukkaan kunta Kanta-Hämeessä. Kunta tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut itsenäisesti. Intervallihoito toteutetaan vanhainkodissa, jossa on 36 ympärivuorokautisen hoivan asiakaspaikkaa, yhdeksän intervallipaikkaa ja kaksi kriisipaikkaa. Hoitotyöntekijöitä on 27, joista neljä on sairaanhoitajia. Yhdeksän intervallipaikkaa määritettiin vuonna 2016 laskemalla silloiset palveluiden käyttäjät ja arvioimalla tulevaa suuntausta. Näyttää siltä, että paikkamäärä ei ole riittävä, sillä kotialueella on hoidettavana lähes koko ajan enemmän kuin yhdeksän asiakasta. Janakkalan kunnan vanhainkoti on jaettu neljään kotialueeseen, joista yksi on profiloitunut intervallihoitoon. Aiemmin intervallihoitopaikkoja on ollut useammalla kotialueella. Tämä koettiin haastavaksi arjen toiminnan kannalta eikä toiminnasta saatu muodostettua sellaista mitä olisi toivottu. Intervallikotialueella työskentelee kuusi työntekijää, joista yksi on sairaanhoitaja ja loput viisi ovat lähihoitajia.

Opinnäytetyötä tehtäessä intervallijaksoja käyttää 34 asiakasta, joista suurin osa on omaishoidettavia. Osalla heistä on tämän lisäksi käytössä kotihoidon palvelut. Intervallijaksojen pituus vaihtelee kolmesta vuorokaudesta kahteen viikkoon. Näiden ajanjaksojen sisällä on lisäksi erilaisia variaatioita asiakasperheiden yksilölliset tarpeet ja toiveet huomioiden.

Intervallikotialue tekee yhteistyötä eri tahojen kanssa. Näitä tahoja ovat muun muassa päivätoiminta, palveluohjaus, fysioterapia sekä kunnan kotihoidon arviointitiimi.

7 OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tarkoituksena oli uudistaa palvelukuvaus Janakkalan kunnan intervallihoitoyksikköön Apilaan. Palvelukuvauksen tavoitteena oli selkiyttää toimintakäytäntöjä kotialueella.

Yleisesti toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan ohjeiden tai opastuksen luomista käytännön toimintaan, toiminnan järjeistämistä tai järjestämistä ja sen lopullisena tuotoksena on jokin konkreettinen tuote. Toteuttamistapa muodostuu kohderyhmän mukaan. Tuotteen kieliasun ja ilmaisutavan on palveltava kohderyhmää. (Vilka & Airaksinen 2003, 9, 51.)

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettisyys on lähtökohta kaikessa tieteellisessä toiminnassa. Opinnäytetyötä tehtäessä on tärkeää, että aihe aidosti kiinnostaa sen tekijöitä. Opinnäytetyön tekijän on hankittava niin luotettavaa tietoa kuin mahdollista. Opinnäytettä tehtäessä ei saa syyllistyä vilppiin ja on oltava kollegiaalinen. Eettistä pohdintaa on syytä tehdä koko opinnäytetyön ajan, aiheen valinnasta työn viimeistelyyn saakka (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017 211,228). Tähän opinnäytetyöhön ei tarvittu tutkimuslupaa, koska työssä ei tutkita ketään, vaan tuotoksena on palvelukuvaus. Opinnäytetyö on toiminnallinen opinnäytetyö ja siinä kuvataan olemassa olevan palvelun sisältöä mahdollisimman tarkasti.

7.2 Palvelukuvauksen rakentuminen

Opinnäytetyön aiheena oleva palvelukuvaus tehtiin Janakkalan kunnan käytössä olevaan palvelukuvauspohjaan. Palvelukuvauksessa määritellään palvelun kohderyhmä, palvelun tarkoitus ja sisältö. Lisäksi kuvauksessa kerrotaan mitä mittareita ja työkaluja jakson suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa käytetään. Palvelukuvaukseen kuuluu myös palvelumak-
susta tiedottaminen, laatukriteerien kertominen, sekä se, miten palvelua arvioidaan ja seurataan. Lisäksi palvelukuvaus antaa tiedon, miten jakso tilastoidaan tietojärjestelmään.

Palvelukuvaus liitetään kunnan virallisille sivuille ja kunnan intranettiin. Olemme suunnitelleet palvelukuvauksen helppolukuiseksi. Tavoitteena on, että kuvauksen avulla kuntalainen tunnistaa oikeutuksensa palvelun käyttöön ja saa tiedon oikeasta toimintatavasta. Lethin ym. (2016, 526—534) mukaan omaishoitajat kaipaavat selviä ohjeita ja neuvoja siitä, miten hakeutua erilaisten palvelujen piiriin sekä tietoa niistä etuisuuksista, joihin ovat oikeutettuja.

Tarve tämän työn tekemiselle nousi suoraan työyhteisöstä. Käytössä oleva intervallihoidon palvelukuvaus oli vanhentunut. Työn tilaajan kanssa keskusteltuamme päädyimme uuden palvelukuvauksen tekemiseen. Ensimmäinen palaveri tilaajan kanssa opinnäytetyön aiheesta pidettiin syyskuussa 2017.

Pidimme tilaajan kanssa vielä tammikuussa 2018 uuden palaverin aiheen rajauksen osalta. Tässä neuvonpidossa keskustelimme, onko mahdollista tehdä kaksi erilaista palvelukuvausta ja malliviikkoa. Tällöin intervalliviikkoa tarkasteltaisiin muistiasiakkaan ja kognitioltaan hyväkuntoisen asiakkaan näkökulmasta. Opinnäytetyön tekijät kuitenkin ehdottivat, että jokaiselle asiakkaalle rakennettaisiin yksilöllinen viikko-ohjelma, joka perustuu asiakasperheen esille tuomiin arjen haasteisiin ja tavoitteisiin. Keskustelun tuloksena päädyttiin luomaan yksi palvelukuvaus. Samalla keskustelimme

siitä, millaiseen muotoon tuotettu palvelukuvaus hyödyttää eniten kunta-laista ja kuntaa. Opinnäytetyön sopimus allekirjoitettiin tammikuussa 2018.

Tutkimuksien pohjalta nousivat esille pääkäsitteet tätä työtä varten. Pidimme myös päiväkirjaa, johon kokosimme ajatuksiamme opinnäytetyön tekemiseen liittyen. Lisäksi olemme pitäneet kotialuepalavereita vanhainkodin intervalliyksikön (Apilan) henkilökunnan kanssa liittyen tämän opinnäytetyön tekemiseen. Olemme esitelleet heille teoreettista viitekehystä ja saimme aikaan keskustelua asiasta. Tavoitteena oli osallistaa työntekijät muutosprosessiin ja uudistuvien toimintatapojen suunnitteluun. Toimintatapojen muutosprosessi on tästä opinnäytetyöstä erillinen prosessi, vaikka sitä on työstetty samanaikaisesti opinnäytetyöhön kuuluvan palvelukuvauksen kanssa. Palavereita henkilökunnan kanssa pidettiin lokakuussa 2017, tammikuussa 2018 ja helmikuussa 2018. Toukokuussa 2018 kotialueen henkilökunnalle esitellään valmis, uudistettu palvelukuvaus.

Ensimmäisessä kotialuepalaverissa pohdittiin asiakkuutta ja avattiin asiakkuuden käsitettä. Palaveriin osallistuivat kaikki intervallikotialueen työntekijät. Toista kotialuepalaveria varten osallistujat olivat työstäneet ajatuksia intervallihoidon sisällön muokkaamista varten. Syntyi suunnitelma pitää jokaviikkoinen kokous intervalliasiakkaiden kanssa. Tässä kokouksessa kerrataan viikon tapahtumia ja kartoitetaan asiakkaiden toiveita ja odotuksia seuraavalle jaksolle. Päätettiin luoda seurantatapa kokouksille. Kokouksen viimeisin muistio on nähtävillä kotialueen ilmoitustaululla. Lisäksi sovittiin, että joka keskiviikko pidetään kokous, jossa keskustellaan tiimin sisäistä ja asiakkaisiin liittyvistä asioita.

Tarkastelemistamme lähteistä nousi selkeästi esille asiakaslähtöisyyden näkökulma. Palvelun tulee olla merkityksellinen sekä omaishoitajalle, että hoidettavalle. Tämän näkökulman tulee olla esillä myös palvelukuvauksessa.

Saimme huhtikuun alussa tilaajalta palautteen alustavasta viitekehuksesta ja palvelukuvauksesta. Tilaaja oli tyytyväinen olemassa olevaan viitekehukseen. Tilaajan näkökulmasta uudistettava tuote ei ollut vielä valmis vaan toiveena oli, että viitekehystä linkitettäisiin enemmän palvelukuvaukseen asiakaslähtöisyyden ja toimintakyvyn ylläpitämisen näkökulmasta. Muokkasimme palvelukuvausta palautteen mukaan ennen oppilaitoksella pidettävää väliseminaaria. Väliseminaari pidettiin 17.4.2018.

Palvelukuvausluonnos oli intervallikotialueen työntekijöiden kommentoitavana 25.4.18. Työntekijöistä oli paikalla puolet. Työntekijät kokivat, että palvelukuvaus tuo selkeyttä ja kehyksen heidän tekemäänsä työhön. Palvelukuvaus oli vielä kommentoitavana toukokuun alussa pidetyssä vanhustyön strategisessa johtoryhmässä. Sieltä saimme vielä vinkkejä palvelukuvauksen yhtenäistämiseksi jo olemassa olevien palvelukuvauksen kanssa. Teimme nämä muutokset tilaajankin toiveesta.

7.3 Palvelukuvauksen sisältö

Aktivoiva intervallihoito on tarkoitettu omaishoidon tuen piirissä oleville kuntalaisille. Hoidettavan tulee olla 65-vuotta täyttänyt. Intervallihoitoa myönnetään myös sellaisille perheille, missä hoitaja toimii omaishoitajan lailla, mutta ei ole vielä oikeutettu omaishoidon tukeen. Omaishoitajana toimiva voi olla hoidettavan aviopuoliso tai vaikkapa lapsi.

Intervallijaksoille hakeudutaan lähetteellä, jonka voi tehdä esimerkiksi palveluohjaaja, kotihoidon työntekijä tai lääkäri. Lähetete ohjataan laitoshoidon palvelupäällikölle potilastietojärjestelmän kautta. Laitoshoidon palvelupäällikkö arvioi lähetteen perusteella kriteerien täyttymisen ja suunnittelee niiden täytyessä ensimmäisen jakson heti kun se on mahdollista. Tällöin hän ottaa yhteyttä puhelimitse asiakasperheeseen.

Ensimmäisellä hoitajaksolla aloitetaan hoitosuunnitelman laatiminen yhdessä asiakasperheen kanssa. Vastaanottamistilanteeseen tulee kiinnittää huomiota. Salinin (2008, 56,65.) mukaan yhteistyösuhteen perusta asiakasperheen kanssa luodaan jaksolle tullessa. Siihen vaikuttaa henkilökunnan ammattitaito, soveltuvuus vanhustyöhön ja myös aito halu yhteistyöhön. Yhteistyösuhteen tulisi olla tasavertainen, kahden asiantuntijan kohtaaminen, minkä tavoitteena on yhdistää koti- ja laitosjaksot yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Hoitajan antama aika vastaanottotilanteessa kuvastaa kuinka tärkeänä hoitaja pitää asiakasperheen välitä yhteistyötä. Nimetty omahoitaja helpottaa myös yhteistyön ja luottamussuhteen syntymistä. Yhteistyösuhteen esteeksi nähtiin kiire ja vähäinen tiedottaminen jakson kulusta. Tämä sai omaishoitajat suhtautumaan kriittisesti hoitoon kokonaisuudessaan.

Asiakkaalle tehdään ensimmäisellä hoitajaksolla toimintakykymittaukset FIM, MMSE ja SPPB. FIM-mittarilla kartoitetaan asiakkaan päivittäistä avuntarvetta, MMSE-mittarin avulla mitataan asiakkaan muistia, ja SPPB on lyhyt fyysisen suorituskyvyn testi. Tarvittaessa tehdään myös MNA ja GDS-15 testit. MNA:n avulla seurataan asiakkaan ravitsemusta ja GDS-15 on tarkoitettu mahdollisen masennusoireiston esille saamiseen. Nämä mittarit ovat käytössä Janakkalan kunnassa ja osaa näistä käytetään apuna sijoitettaessa asiakasta ympärivuorokautiseen hoivaan ja arvioidaessa hänen toimintakykyään. Mittareiden käyttö hoidon arvioinnin ja jatkohoidon arvioimisen tukena on perusteltua niin asiakkaiden kuin ammattilaisten näkökulmasta. Asiakkaat arvostavat seurantaa, kuntouttavaa toimintaa sekä tukitoimien ja ympärivuorokautisen hoidon järjestymistä. Ammattilaiset taasen pitävät ensisijaisena yhteisiä toimintatapoja, koordinaatiota ja tiedon esteetöntä kulkua. (Suhonen ym. 2011, 267—268.)


Toisella hoitajaksolla pidetään hoitoneuvottelu ja hoitosuunnitelma viimeistellään. Hoitosuunnitelman tulee sisältää yksilöllinen liikuntasuunni-

telma. Hoidettavan avuntarve pitäisi pystyä määrittelemään oikein olemassa oleviin voimavaroihin suhteutettuna. Tavoitteet tulee laatia kotitalanne huomioiden ja tähän on kiinnitettävä huomiota

Asiakkaan kolmannella, neljännellä ja viidennellä hoitajaksolla toimitaan hoitosuunnitelman mukaisesti toimintaa arvioiden. Tavoitteisiin pääsemistä tulee arvioida säännöllisesti. Asiakkaan kuudennella hoitajaksolla arvioidaan tarkemmin hoidon toteutumista laaditun hoitosuunnitelman kautta. Tarvittaessa hoitosuunnitelmaa muokataan ja täsmennetään sekä asetetaan uusia tavoitteita.

Asiakkaat saapuvat intervallijaksolle pääsääntöisesti tiistaisin tai torstaisin. Muinakin viikonpäivinä saapuminen on mahdollista. Hoitajaksot suunnitellaan asiakasperheen yksilöllisten tarpeiden ja käytössä olevien resurssien mukaan. Henkilöstöresursseja pyritään kohdentamaan enemmän asiakkaiden tulo- ja lähtöpäiviin. Henkilökunnan kanssa on keskusteltu niin sanotusta välivuorosta edellä mainituille päiville, jolloin välivuorossa oleva työntekijä voisi ottaa vastaan tai kotiuttaa asiakkaan.

Vanhainkodissa on käytössä yksilövastuisen hoitotyön malli. Jokaisessa vuorossa asiakkaalle nimetään vastuuhoitaja joka vastaa omien asiakkaiden tarpeista koko vuoron ajan. Kuvassa 3 esitellään uusittu palvelukuvaus.

Palvelu	Aktivoiva intervallihoito
Kohderyhmä	<p>Janakkalalainen omaishoitoperhe, jossa hoidettava on yli 65-vuotias ja hoitava omainen on oikeutettu omaishoidon lakisääteisiin vapaapäiviin.</p> <p>Omaishoitoperhe, jossa hoidettava on yli 65-vuotias ja hoitava omainen toimii omaishoitajan lailla, mutta ei ole vielä oikeutettu omaishoidon tukeen.</p> <p>Omaishoitoperhe, jossa hoidettava on yli 65-vuotias ja hoitava omainen toimii omaishoitajan lailla, mutta ei ole halunnut tehdä omaishoidon sopimusta kunnan kanssa.</p>
Tarkoitus	<p>Asiakasperheen yhteisten voimavarojen tukeminen.</p> <p>Hoidettavan turvallisen kotona selviytymisen tukeminen sekä hänen omien voimavarojensa ja toimintakykynsä ylläpitäminen.</p> <p>Hoitavan omaisen jaksamisen tukeminen säännöllisin jaksoin, sekä asiakkaan toimintakykyä ylläpitämällä.</p>
Palvelun sisältö  Esimerkkiviikko.docx	<p>Asiakas ohjautuu intervallihoitoon läheteellä.</p> <p>Intervallihoidon sisällön suunnitelma tehdään yhdessä asiakasperheen kanssa kahden ensimmäisen intervallijakson aikana.</p> <p>Ensimmäisellä hoitajaksolla aloitetaan hoitosuunnitelman tekeminen, sekä sovitaan omahoitaja.</p>

	<p>Toisella hoitajaksolla pidetään hoitoneuvottelu, jossa yhdessä sovitut tavoitteet kirjataan hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelma tehdään voimavaralähtöisesti, jolloin asiakkaan toimijuus vahvistuu. Hoitosuunnitelman tekemisessä hyödynnetään asiakkaalle kotihoi-dossa tehtyä yksilöllistä liikuntasuunnitelmaa, Ikäinstituutin voima- ja tasapainoharjoitte-lusta virtaa iäkkään arkeen ohjelmaa sekä tarvittaessa fysioterapeutin suosittelemia yksi-löllisiä harjoitteita.</p> <p>Kolmannen, neljännen ja viidennen hoitajakson aikana toteutetaan hoitosuunnitelmaa. (Katso esimerkkiviikko vasemmalla.)</p> <p>Kuudennella hoitajaksolla arvioidaan tarkemmin hoitosuunnitelman toteutumista ja tar-vittaessa asetetaan uusia tavoitteita.</p> <p>Hoitajaksojen aikana huolehditaan asiakkaan perushoidollisista tarpeista toimintakykyä yl-läpitävällä työotteella. Kaikessa tekemisessä huomioidaan asiakkaan käytettävissä olevat voimavarat.</p> <p>Asiakkaan toimijuutta vahvistetaan myös torstaisin pidettävän asiakaskokouksen avulla. Siinä keskustellaan jaksolla olevien asiakkaiden toiveista ja tunnelmista. Puheenaiheita ei rajata. Kokoukseen osallistuva hoitaja tekee kokouksesta muistion, jonka voi lukea kotialu-een ilmoitustaululta. Torstaikokouksessa esiin nousseiden aiheiden pohjalta vietetään toi-veiden lauantaita.</p> <p>Jokaisen hoitajakson lopuksi arvioidaan hoitosuunnitelman toteutumista. Jakson kulusta keskustellaan asiakasperheen kanssa kotiutumisen yhteydessä.</p> <p>Tavoitteena on, että asiakkaat osallistuisivat ryhmätoimintaan oman kuntonsa ja jaksami-sensa mukaisesti. Ennalta laadittuun viiden viikon kiertävään viikkopohjaan on suunniteltu joka päivälle ryhmämuotoista toimintaa.</p> <p>Intervallihoito on säännöllisesti tapahtuvaa. Kunta ja omaishoitaja voivat sopia, että omais-hoitaja pitää 1 momentissa tarkoitetun vapaansa useampana alle vuorokauden pituisena jaksone. (Laki omaishoidon tuesta 4§)</p> <p>Lääkäripalvelut ovat saatavissa äkillisissä sairastumistilanteissa. Muutoin asiakas käyttää oman terveysaseman lääkäripalveluita.</p> <p>Jalkahoitaja ja kampaamopalvelut ovat mahdollisia jakson aikana, jos asiakkaan omainen huolehtii edellä mainittujen palvelujen tilaamisesta jaksolle.</p>
<p>Mittarit ja työkalut</p>	<p>Hoitosuunnitelma</p> <p>Toimintakyvyn arviointi yksilöllisen arvion mukaan: Päivittäistä avuntarvetta kartoitetaan FIM-mittarilla Fyysiset tekijät: lyhyt fyysisen suorituskyvyn testi SPPB Ravitsemuskartoitus MNA Kognitiiviset tekijät: muistitesti MMSE Psyykkiset tekijät: masennustesti GDS</p>
<p>Palvelumaksu</p>	<p>Palvelu on maksullista; lyhytaikaisen laitoshoidon maksu, huomioiden omaishoidon vapaa-päivät ja maksukaton kertyminen.</p>
<p>Laatukriteerit</p>	<p>Omahoitajapari on määritelty ensimmäisellä jaksolla ja hoitosuunnitelma on tehty viimeis-tään toisella jaksolla.</p> <p>Asiakkaalle on nimetty joka vuorossa vastuuhoitaja.</p> <p>Hoitosuunnitelmaa arvioidaan kuudennella hoitajaksolla ja tarvittaessa. Asiakkaalle yksilöllisesti suunniteltua hoitosuunnitelmaa toteutetaan jokaisen jakson ai-kana.</p>

	Asiakkaan osallistuminen ryhmätoimintaan ja/tai yksilölliseen liikuntaohjaukseen vähintään kolme kertaa jakson aikana riippuen jakson pituudesta. Henkilöstö arvioi toimintaansa säännöllisesti.
Suorite/tilastointi	Intervallijakso
Arviointi / seuranta	Laatujärjestelmä

Kuva 3. Uusittu palvelukuvaus

7.4 Asiakkaan viikko-ohjelma

Kotialueella on laadittu toimintaohjelma viiden viikon kiertävään pohjaan. Henkilökunta suunnittelee etukäteen kuka työntekijä ohjaa minäkin päivänä iltapäivän toimintahetken. Henkilökunta on hakenut toimintahetkiin materiaalia Voitas.fi sivustolta. Sivustoa ylläpitää ikäinstituutti. (Ikäinstituutti n.d.) Materiaalit on kerätty kansioon, mistä jokaisen hoitajan on helppo löytää ohjeet toimintahetken pitämiseksi. Toimintamalli on kehitetty Janakkalan sairaalan kuntoutusyksikössä aiemmin ja todettu toimivaksi. Intervallikotialueen hoitajat ovat ottaneet kiertävään viikko-ohjelmistoon nykyisiä asiakkaita palvelevia liikuntaohjelmia. Kuvassa 4 on esimerkki asiakkaan intervalliviikon sisällöstä.

VASTUUHOITAJA							
VIKKO2	MA	TI	KE	TO	PE	LA	SU
AAMUTUOKIO	Toimintatuokio, Päiväkuntoutus, ohjaaja		Tuolijumppa, Päiväkuntoutus, fysioterapeutti				
OSALLISTUJAT							
VASTUUHOITAJA							
ILTAPÄIVÄKIO	Tasapainotasapainojumppa	Hengitys- ja verenkierto renkaanheitto	Kognitio, Bingo	Asiakaskokous	Hengitys- ja verenkierto, viuhkajumppa	Toiveiden lauantai. Asiakkaiden toiveisiin perustuvaa toimintaa	Lihassoima, Keilaus, Kaato pallolla potkien
OSALLISTUJAT							

Kuva 4. Asiakkaan esimerkiviikko

Henkilökunta pyrkii motivoimaan asiakkaita osallistumaan yhteisiin toimintatuokioihin. Näiden lisäksi asiakkaalle voidaan tarvittaessa laatia yksilöllisempi harjoitusohjelma fysioterapeutin toimesta.

Toimintatuokioiden lisäksi asiakkaan päivää rytmittävät yhteiset ruokailut. Aamupalaa on tarjolla klo seitsemän ja yhdeksän välillä. Lounas tarjoillaan klo 11.30, päiväkahvi noin klo 14.15, päivällinen 16.30 alkaen ja iltapala

19.00 alkaen. Etenkin aamupala- ja iltapala ajoissa pyritään noudattamaan asiakkaan omaa kotirytmää. Intervallijaksolla huolehditaan asiakkaan perushoidollisista tarpeista, kuten hygienian hoidosta. Kaikki avustaminen tehdään voimavaralähtöisesti asiakkaan omaa olemassa olevaa toimintakykyä tukien.

8 POHDINTA

Uusimme opinnäytetyönämme Janakkalan kunnan intervallihoidon palvelukuvauksen. Tämän kuvauksen muokkaaminen ajantasaiseksi on aiheellista sosiaali- ja terveydenhuollon käynnissä olevan muutoksen vuoksi. Nykyisen hallituksen kärkihankkeena on mahdollistaa kuntalaisten kotona asuminen entistä pidempään. Kuntatasolla tarkastellaan erilaisten kotona asumista tukevien palveluiden valikoimaa ja sisältöä. Intervallihoido on tärkeä osa toimivaa palvelujärjestelmää. Sosiaali- ja terveydenhuollon resurssit tulevat aina olemaan rajalliset, joten palveluiden on hyvä olla oikein kohdennettuja ja yksilöllisiä. Uusittu palvelukuvaus on tehty tukemaan asiakaskeskeistä hoitotyötä ja sen tavoitteena on lisätä asiakasperheen toimijuutta niin kotona kuin jakson aikana.

Intervallihoido on palvelu, joka on tarkoitettu tukemaan niin omaishoitajaa kuin hoidettavaa. Omaishoitolaki takaa omaishoitajille vapaapäivät, mikä saattaa tuottaa asiakaskäsittelyn hämartyksiä käytännön työtä tehtäessä. Palvelu on olemassa omaishoitajan levon takaamiseksi, mutta yhtä tärkeää on hoidettavan tyytyväisyys palveluun ja hänen toimintakykynsä yllä pysyminen. Mielestämme on tarkoituksenmukaista käsittää asiakkaaksi koko hoidettavan perhe. Asiakasperhe –termi kuvaa parhaiten omaishoidon monimuotoisuutta ja etenevyyttä.

Valitsimme opinnäytetyön viitekehukseen intervallihoidoon ja omaishoittoon liittyvät käsitteet asiakkuus, omaishoido ja intervallihoido. Se teoria- ja tutkimustieto, jonka onnistuimme käsitteiden määrittelemiseksi löytämään, on omiaan tukemaan omaa henkilökohtaista kokemustamme ikään-tyneiden hoitotyöhön syntyvistä muutoksista.

On ollut haastavaa löytää tutkimuksia, jotka kuvaisivat omaishoidettavan elämää tai ajatuksia. Tutkimuksissa tuodaan kuitenkin esille, että omaishoitajat tahtovat myös hoidettavan hyötyvän jaksosta ja menevän jaksoille mielellään. Jos tämä ei toteudu, on suurempi mahdollisuus, etteivät omaishoidon vapaat tule hyödynnetyiksi.

On mahdollista, että väitöskirjojen ja tieteellisen artikkeleiden lähdeluetteloiden käyttäminen apuna opinnäytetyön lähteiden hakemisessa on vaikuttanut opinnäytetyön näkökulmaan. Toisaalta on oletettavaa, että tieteellisten julkaisujen omat haut on tehty eettisten kriteerien mukaisesti.

Opinnäytetyön tekeminen omalle työnantajalle on tuonut sekä helpotusta että haastetta työn tekemiselle. Opinnäytetyön tekijöillä on ollut oivallinen näköala nykyiseen intervallihoitoon ja organisaatiokulttuurin kehittämistarpeisiin. Haasteelliseksi koimme työn rajaamisen ja oikean näkökulman löytymisen.

Valittuun näkökulmaan saattaa vaikuttaa se, että molemmilla opinnäytetyön tekijöillä on pitkä ja laaja sairaanhoitajana hankittu kokemus ikääntyneiden hoidosta eri työpisteissä ja kunnissa. Molemmat opinnäytetyön tekijät olivat opinnäytetyön tekemisen alkaessa ja suurimman osan opinnäytetyön tekemisen ajasta työssä Janakkalan kunnassa ja molemmilla on hyvä käsitys kunnan organisaatiosta ja strategiasta. Toinen työn tekijöistä on vanhainkodin esimies, joka vastaa myös intervalliprosessista, mutta prosessi ei ole vieras myöskään toiselle opinnäytetyön tekijälle. Intervallitoimintaa on kehitetty Janakkalan kunnassa kuntouttavaan suuntaan aikaisempina vuosina. Palvelukuvauksen muokkaaminen entistä enemmän asiakaslähtöiseksi on luonteva jatko aikaisemmin tehdyille kehitystyölle.

Vanha palvelukuvaus kulki nimellä tuotekortti ja siinä keskityttiin asiakkaan hoitoon organisaation näkökulmasta. Lisäksi palvelukuvaus oli kirjoitettu yleisellä tasolla, jolloin se ei tukenut esimiehiä eikä työntekijöitä asiakaslähtöiseen toimimiseen. Työntekijät pitivät sitä vaikeaselkoisena. Vanha palvelukuvaus ei ole ollut kuntalaisten saatavilla vaan sitä on käytetty ainoastaan kunnan sisäisten prosessien tukena. Päätöksen teon läpinäkyvyydelle oli haitaksi se, ettei kuvaus ollut yleisesti saatavilla, vaikka sen avulla päätettiin intervallijaksoille pääseminen.

Uudistetussa palvelukuvauksessa keskiössä on asiakasperhe. Palvelukuvaus ohjaa muokkaamaan intervallijakson sisällön asiakaslähtöisesti. Asiakasperhe pääsee osallistumaan hoitosuunnitelman tekoon ja asiakkaat pääsevät vaikuttamaan jokaisen yksittäisen jakson sisältöön viikoittaisissa asiakaspalavereissa. Palvelukuvaus asettaa selkeän tavoitetason hoitotyölle. Palvelukuvaus on käyttökelpoinen työkalu myös esimerkiksi palveluohjauksen käyttöön. Omaishoidon tuesta päättävä viranhaltija voi antaa omaishoidon tuen asiakkaille kuvauksen luettavaksi tai neuvoa, mistä se löytyy. Uusittu palvelukuvaus on muokattu helposti ymmärrettäväksi ja se liitetään kunnan kotisivuille jokaisen luettavaksi. Tämä lisää päätöksen läpinäkyvyyttä.

Yksilöllisen intervalliviikon suunnitteleminen asiakkaan voimavarojen ja tarpeiden mukaisesti vaatii harjoittelua ja yhteistä keskustelua. On mahdollista, että intervalliyksikön organisaatiokulttuuri muuttuu näiden keskustelujen avulla. Hoitajaresurssit eivät todennäköisesti tule paranemaan, joten intervalliasiakkaiden kuntoutus tulee saada sujumaan osana muuta hoitotyötä. Opinnäytetyöprosessin aikana alkanut asiakkaiden omien kehittämisisideoiden huomioiminen auttaa asiakasymmärryksen rakentumi-

sessä. Yhteisten keskustelujen tuloksia ja asiakaspalautetta voidaan käyttää resurssien hyödyntämisessä esimerkiksi työpajatyöskentelyn tai kohdennetun koulutuksen tuottamiseksi.

Opinnäytetyön tekemisestä on jo nyt saatu hyöty hoitotyön johtamiselle ja yksittäisten työntekijöiden motivoitumiselle kohti asiakaslähtöistä ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Myös palvelun tilaaja on huomannut tämän ja antanut asiasta myönteistä palautetta.

Haasteena jaksena aikana on ajoittain asiakkaan motivointi liikuntatuokioihin. Esimerkiksi jos omaishoitaja on jo todella väsynyt läheisensä hoitamiseen, hän saattaa kokea pääsevänsä helpommalla antamalla asiakkaan olla kotona passiivinen. Intervallijaksolla ei pystytä viikossa ihmeisiin, jos asiakas on kotona saanut kolme viikkoa vaikkapa vain maata. Haasteena saattaa olla myös henkilökunnan motivointi palvelukuvauksen sisällön toteuttamisessa.

Opinnäytetyön aloittaminen viivästyi, koska emme saaneet nimettyä ohjaajaa. Aihe oli olemassa jo, mutta emme uskaltaneet edetä työssämme ilman ohjaajaa. Tämä osoittautuikin järkeväksi, koska päästyämme työssämme alkuun, koimme haasteita aiheen rajauksen kanssa. Vaikka tiesimme tekevämme palvelukuvausta, pyrimme kehittämään hoitotyön sisältöä. Rajauksen tekemisen jälkeen, työ eteni sujuvasti. Yhteistyömme sujui hyvin ja nykyteknologia mahdollisti opinnäytetyön tekemistä yhdessä ja erikseen.

Uusi palvelukuvaus tehtiin vanhan palvelukuvauksen pohjaan. Tästä aiheutui se, että aluksi uusi palvelukuvaus jäi liian yleiselle tasolle. Tilaajalta saadun palautteen perusteella muokkasimme uutta kuvausta yksilökohtaisemmalle tasolle hyödyntäen teoreettista viitekehystä.

Ajatuksia nyt tehdyn palvelukuvauksen jälkeiselle kehitystyölle syntyi useita. Pidämme tarpeellisena keskittyä tarkemmin ensimmäiseen intervalliviikkoon ja sen pohjalta syntyvän hoitotyön suunnitelman tekemiseen. On tärkeää, että jakson aikana syntyy dialoginen yhteys asiakasperheeseen. Tällöin hoitava yksikkö saa tietoa asiakkaan kotona asumisen edellytyksistä ja jaksolla pystytään vastaamaan kotitilanteen parannustarpeisiin. Lisäksi asiakasperhe sitoutuu paremmin hoidon tavoitteisiin ja yhteistyö helpottuu, kun hoidon tavoitteet asetetaan yhdessä. Tavoitteena on luoda luottamuksellinen ja pitkä hoitosuhde asiakasperheeseen. Jatkossa tulee kehittää yhteistyötä rajapinnoilla toimivien tahojen ja intervalliyksikön välillä, jotta saadaan aikaan mahdollisimman saumattomasti toimiva hoitoketju kodin ja intervalliyksikön välille. Tällaisia rajapinnan toimijoita ovat esimerkiksi kotihoito ja palveluohjaus.

LÄHTEET

Ahonen, T. (2017). *Palvelumuotoilu sotessa. Palvelumuotoilun käsikirja sosiaali- ja terveysalan palvelujen kehittämiseen*. Nummela: Painokiila Oy.

Ikäinstituutti n.d. VoiTas-jumppa. Haettu 2.4.2018 osoitteesta <https://www.voitas.fi/helppi/voitas+-jumppa/>

Julkunen, K., Salminen A-L., Omaishoitajan jaksamisen ja tuen tarpeen arviointi, COPE-indeksi suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön. *Sosiaali- ja terveysturvan selosteita*. 78/2011.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. (2017). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kehusmaa, S., Kelan tutkimusosasto (2014). *Hoidon menoja hillitsemässä, heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia/131*. Tampere: Juvenes Print.

Koivuniemi, K., Holmberg-Marttila, D., Hirsso, P. & Mattelmäki, U. (2014). *Terveydenhuollon kompassi. Avain asiakkuuteen*. Helsinki: Duodecim.

Koivuniemi, K. & Simonen, K. (2011). *Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto*. Helsinki: Duodecim.

Kurronen, J. (2015). *Muotoilu osana julkisen sektorin innovointia. Teoksessa Palvelumuotoilu saapuu verkostojen kaupunkiin. Verkosto ja muotoilunäkökulmia kaupungin palvelujen kehittämiseen. Aalto-yliopiston julkaisusarja 1/2015*. Helsinki: Aalto ATRS Books, 29—51.

Kuusela, S. (2015). *Organisaatioelämää. Kulttuurin voima ja vaikutus*. Helsinki: Talentum.

Laitinen, I. (2013). *Palveluiden tuottaminen asiakkaan kanssa. Teoksessa Laitinen, I., Harinsalo, R. & Stenvall J. (toim.) Palvelutiede julkisten palveluiden uudistajana. Kansainvälinen vertailu*. Tampere: Suomen Yli-opistopaino, 88—106.

Laki omaishoidon tuesta 937/2005. Haettu 15.3.2018 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>

Lemola, T., Lehenkari, J., Kaukonen, E. & Timonen Juhani (2008) *Vaikutavuuskehikko ja indikaattorit. Suomen Akatemian julkaisu* 6/08. Haettu 20.3.2018 osoitteesta http://www.aka.fi/globalassets/awanhat/documents/tiedostot/julkaisut/06_08-vindi.pdf

Lethin, C., Hallberg, I. R., Karlsson, S. & Janlöv, A.-C. (2016). Family caregivers' experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease. *Scand J caring sci* (2016) 30;525—534, doi: 10.1111/scs.12275. Haettu 20.2.2018 CINAHL –tietokanta.

Linja, N. (2013). Lyhytaikaishoito omaishoitajan jaksamisen tukena. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen tutkinto-ohjelma. Itä-Suomen Yliopisto. Haettu 12.1.2018 osoitteesta <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20140003>

Mattelmäki, T. (2015) Johdanto. Teoksessa Jyrämä, A. & Mattelmäki, T. (toim.) *Palvelumuotoilu saapuu verkostojen kaupunkiin. Verkosto- ja muotoilunäkökulmia kaupungin palvelujen kehittämiseen*. Aalto-yliopiston julkaisusarja 1/2015. Helsinki: Aalto ARTS Books: 27.

Neville, C., Beattie, E., Fielding, E. & Macandrew, M. (2014). Literature review: Use of respite by carers of people with dementia. *Health and social care in the community* (2015)23(1), 51–63, doi:10.1111.hsc.12095. Haettu 20.2.2018 CINAHL -tietokanta.

Omaishoitajaliitto (n.d.) Mitä on omaishoito? Haettu 15.3.2018 osoitteesta <https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/mita-on-omaishoito/>

Rannisto, P.-H. (2014a). Asiakkuus ja asiakaslähtöisyys julkisissa palveluissa. Teoksessa T. Rintamäki & P. Tienhaara (toim.) *Palveluajattelun murros -näkyviä uudistuvaan palveluun*. Tampere: Tampere University Press, 36—39.

Rannisto, P.-H. (2014b) Case Inno Tuo-hanke, Jyväskylän kaupunki. Teoksessa T. Rintamäki & P. Tienhaara (toim.) *Palveluajattelun murros -näkyviä uudistuvaan palveluun*. Tampere: Tampere University Press, 75—76.

Rannisto, P.-H., Kinnunen, S. & Tuurnas, S. (2014). Innovatiivinen kehittäminen verkostossa. Teoksessa T. Pakarinen & T. Mäki (toim.) *Henkilöstöjohtaminen kurkiauran kärkeen*. Helsinki: Edita, 122— 134.

Rosenvall, A. & Hänninen, T. (2016.) Muistipotilaan arviointi ja arvioinnin työkalut. Käypä hoito. Duodecim. Haettu 28.4.2018 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02416>

Salin, S. (2008). Lyhytaikaisen laitoshoidon reaalimalli vanhuksen kotihoidon osana. Väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Tampensis* 761. Haettu 20.9.2017 osoitteesta <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7443-9>

Silventoinen, K. (2015) Väestön ikääntyminen on Suomen tulevaisuuden haaste. Uutistamo 24.6.2015. Haettu 15.3.2018 osoitteesta <https://www.uutistamo.fi/vaeston-ikaantyminen-on-suomen-tulevaisuuden-haaste/>

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Haettu 19.3.2018 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Sointu, L. (2011). Läsnaolo hoivan arjessa. Janus 2/2011, 158—173. Haettu 16.12.2017 osoitteesta <https://journal.fi/janus/article/view/50610>

Sosiaali- ja terveysministeriö (2018). Kärkihankkeen esittely suomeksi. Haettu 15.3.2018 osoitteesta http://stm.fi/documents/1271139/1957330/IO_karkihanke_esittely_suomi_2018.pdf/b5a89070-2205-4183-86bf-3bd546b59fe7/IO_karkihanke_esittely_suomi_2018.pdf.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö (n.d.). Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O kärkihankke). Haettu 15.3.2018 osoitteesta <http://stm.fi/hankkeet/koti-ja-omaishoito>

Sote luokitustuotteet (n.d.). Haettu 28.4.2018 osoitteesta <http://www.soteluokitustuotteet.fi/fi/luokitustuotteet/fim-ja-weefim>

Suhonen, R., Röberg, S., Hupli, M., Koskeniemi, J., Stolt, M. & Leino-Kilpi H. (2011). Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. Hoitotiede 27(4), 259—273.

Terveystuoltolaki 1326/2010. Haettu 19.3.2018 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL, tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi 2015-2017(haettu 17.3.2018)

THL, tietoa RAI järjestelmästä (n.d.). Haettu 28.4.2018 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta>

THL, Toimia, N.d. GDS, myöhäsiän depressioseula. Haettu 28.4.2018 osoitteesta <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/87/>

THL, Toimia. SPPB, lyhyt suorituskyvyn testistö(n.d.). Haettu 28.4.2018 osoitteesta <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/154/>

Tilastokeskus (2015). Väestöennuste 30.10.2015. Haettu 15.3.2018 osoitteesta https://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html

Tikkanen, U. (2016). Omaishoidon arki. Tutkimus omaishoidon sidoksista. Väitöskirja. Helsingin Yliopisto. Unigrafia Helsinki 2016. Haettu 12.1.2018 osoitteesta <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-1056-5>

Tuulaniemi, J. (2011). Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.

Työ- ja elinkeinoministeriö (2010). Innovaatiopolitiikan linjaukset 2012-2015 ja painopisteet vuodelle 2011. Haettu 20.3.2018 osoitteesta https://www.yrittajat.fi/sites/default/files/migrated_documents/innovaatiopolitiikan20linjaukset20201220-20201520ja20painopisteet20vuodelle202011.pdf

Valokivi, H. (2008). Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikköiden osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1286. Haettu 16.3.2018 osoitteesta <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7181-0>

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011). Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki: Tekes.

MITTARIT

FIM-toimintakykymittaria käytetään aikuisten toimintakyvyn, avuntarpeen ja kuntoutumisen arviointiin. Mittarin avulla tehtävä arviointi perustuu havainnointiin, haastatteluun tai muuhun luotettavan keinoon. Arviointi tapahtuu seitsemän portaisen asteikon avulla, jossa 1 on täysin avustettava ja 7 on täysin itsenäinen ja mittari arvioi kahdeksaatoista päivittäistä toimintaa. (Sote luokitustuotteet, n.d.)

SPPB on lyhyt suorituskyvyn testistö, jolla mitataan iäkkäiden henkilöiden liikkumiskykyä. Se koostuu tasapaino-, kävelynopeus- ja tuolilta nousutesteistä. Jokainen osio pisteytetään ja nämä pisteet muodostavat testistön kokonaistuloksen. Koska testi koostuu kolmesta osiosta, on mahdollista kohdistaa harjoitteet heikomman tuloksen alueisiin. (Toimia, n.d.)

MMSE (Mini-Mental State Examination) on lyhyt kognitiivinen testisarja. Sen avulla saadaan tietoa testattavan orientaatiosta, muistista, attentiosta sekä kielellisistä kyvyistä. Testi on kehitetty psykiatristen potilaiden arviointiin, mutta sitä käytetään muun muassa Alzheimerin taudin etenemisen seurannassa. (Rosenvall & Hänninen, 2016)

GDS-15 (Geriatric Depression Scale) on myöhäisiän depressioseula, joka on kehitetty masennusoireiden tunnistamiseen. Seulaan kuuluu 15 kysymystä ja yli kuuden pisteen tulos viittaa masennukseen. (Toimia, n.d.)

MNA (Mini Nutritional Assessment) on mittari, joka on kehitetty yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin. Sitä voi hyödyntää sekä kotona asuvien että laitoshoidossa olevien ihmisten ravitsemustilan arvioinnissa. Testi auttaa jaottelemaan testattavat ali- tai virheravittuihin, riskissä oleviin tai niihin, joilla on hyvä ravitsemustila.