

OMAISHOITOPERHEEN PALVELUPOLUN KEHITTÄMINEN
JANAKKALASSA
– näkökulmana intervallihoito



Ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus, sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Syksy, 2019

Marika Peltonen

Mirka Puputti

Koulutus Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen

Kampus Hämeenlinnana korkeakoulukeskus

Tekijät	Marika Peltonen, Mirka Puputti	Vuosi 2019
Työn nimi	Omaishoitoperheen palvelupolun kehittäminen Janakkalassa – näkökulmana intervallihoito	
Työn ohjaaja	Paula Hakala	

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena ja sen tarkoituksena oli kehittää omaishoitoperheen palvelupolku Janakkalaan. Tavoitteena oli, että kaikki omaishoitoperheen kanssa toimivat ammattilaiset (kotihoidon työntekijät, intervalliyksikön työntekijät, lääkäri, palveluohjaus) toimivat yhteisten sovittujen toimintamallien mukaisesti työskennellessään omaishoitoperheen kanssa. Tutkimuskysymyksinä olivat: Millainen on selkeä ja asiakaslähtöinen omaishoitoperheen palvelupolku sekä mitä kirjataan ja mihin, jotta tiedonkulku eri toimijoiden välillä selkiytyy?

Teoreettinen viitekehys muodostui avainkäsitteiden avulla ja lähteinä käytettiin muun muassa avainkäsitteisiin liittyviä aiempia tutkimuksia. Teoreettisen viitekehysten perusteella tehtiin kyselylomake omaishoitajille sekä hoitohenkilöstölle. Kyselylomakkeiden vastaukset analysoitiin teemoittelemalla. Esille nousseiden teemojen perusteella saatiin muodostettua käsiteltävät aiheet Learning cafe työpajoihin, joihin osallistui omaishoitajia sekä henkilökuntaa. Learning Cafe työpajojen tuotokset analysoitiin sisällönanalyysillä ja palvelupolut muotoutuivat niistä saatujen teemojen perusteella, joita olivat tiedon välittäminen, säännöllinen palaute ja kirjaaminen.

Valmis palvelupolun kuvaus julkaistaan kunnan internetsivuilla omaishoitoperheiden nähtäväksi sekä henkilöstölle intranettiin. Omaishoitoperhe saa selkeän kuvauksen siitä, miten omaishoidon palvelupolku intervallihoidossa toimii. Henkilöstö puolestaan tulee käyttämään palvelupolun kuvausta perehdytyksen apuvälineenä sekä työvälineenä tiedonkulun parantamiseksi eri toimijoiden välillä ja näin ollen vähentää päällekkäistä työtä. Tämän lisäksi palvelupolun kuvaus lisää kokonaisuudessaan toiminnan läpinäkyvyyttä.

Avainsanat Omaishoitajuus, asiakaslähtöisyys, tiedonkulku, verkostoyhteistyö.

Sivut 64 sivua, joista liitteitä 12 sivua

Name of degree programme Development and management of the social and health sector

Campus Visamäki Campus

Author Marika Peltonen, Mirka Puputti **Year** 2019

Subject The development of a service path for family care in Janakkala - the perspective of respite care

Supervisor Paula Hakala

ABSTRACT

This thesis was carried out as a product development and the purpose was to develop the description of the service path of respite care for family carers in municipality of Janakkala. The aim was that the employees who worked with family carers (home care staff, formal unit staff, doctor and service counseling) have a common agreed operating model when working with family carers. The research questions were: What is a clear and customer-oriented family carers service path, and what is recorded and where to clarify the flow of information between different actors?

The theoretical base was formed using keywords and sources include previous studies. Based on theoretical basis, a questionnaire was prepared to family carers and employees. The responses to the questionnaires were analyzed by theming. Based on the themes that emerged, the topics were developed into Learning cafe workshops attended by family carers and employees. The results of the Learning Cafe workshops were analyzed by content analysis, and the service paths were formed based on the resulting themes of dissemination of information, regular feedback and recording.

The completed service path description will be posted on the municipality's website for the family carers and for the employees on the internal website. The family carers receive a clear description of how the family care service path from the perspective of respite care operates in Janakkala municipality. On the other hand, employees will use the service path description as a tool for familiarization and as a tool to improve the flow of information between different actors and thus reduce duplication of effort. In addition, the description of the service path as a whole increases the transparency of operations.

Keywords family care, customer orientation approach, flow of information, network collaboration

Pages 64 pages including appendices 12 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	3
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	3
3	IÄKKÄÄN HENKILÖN OMAISHOITAJUUS ELÄMÄNVAIHEENA.....	4
3.1	Omaishoitajan jaksaminen.....	6
3.2	Intervallihoito omaishoitoperheen hyvinvoinnin tukena.....	7
4	ASIAKASLÄHTÖISYYS PALVELUJEN SUUNNITTELUSSA.....	9
4.1	Asiakaslähtöisyys vanhustyössä.....	10
4.2	Asiakkaiden osallistuminen kehittämiseen palvelumuotoilun keinoin.....	11
5	TIEDONKULKU OMAISHOITOPERHEEN HYVÄN HOIDON VÄLINEENÄ.....	12
5.1	Tiedonkulun ongelmat.....	13
5.2	Hoitotyön kirjaaminen tiedonkulun välineenä.....	14
5.3	Kirjaamisen kehittäminen valtakunnallisesti.....	15
5.4	Kirjaamisen kehittäminen Janakkalassa.....	16
6	VERKOSTOYHTEISTYÖ KEINONA OSALLISUUDEN KEHITTÄMISESSÄ.....	17
6.1	Osallisuuden vahvistaminen.....	18
6.2	Moniammatillinen verkostoyhteistyö.....	20
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS TOIMINTATUTKIMUKSENA.....	20
7.1	Toimintatutkimuksen tarpeen määrittäminen.....	22
7.2	Toimintatutkimuksen suunnittelu ja kehittäminen.....	23
7.2.1	Kyselyiden analysointi.....	23
7.2.2	Learning Cafe työpajojen suunnittelu.....	24
7.3	Toimintatutkimuksen toteuttaminen.....	24
7.4	Toimintatutkimuksen arvioiminen.....	26
8	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	26
8.1	Omaishoitajien kyselyn tulokset.....	27
8.2	Hoitohenkilöstön kyselyn tulokset.....	32
8.3	Tulokset Learning cafe työpajoista.....	33
9	PALVELUPOLKUJEN MUODOSTAMINEN.....	35
9.1	Palvelupolun mallintaminen.....	35
9.2	Palvelupolun implementointi.....	37
10	POHDINTA, JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET.....	38
10.1	Opinnäytetyöprosessin arviointi.....	39
10.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	42
10.3	Opinnäytetyön tekijöiden oma oppimisprosessi ja sen tarkastelu.....	43
10.4	Tilaaajan palaute työstä.....	44
10.5	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksia.....	45

Liitteet

- Liite 1 Kutsu tutkimukseen osallistumiseen intervallihoidon omaishoitajille
- Liite 2 Kutsu tutkimukseen osallistumiseen intervallihoidon ja kotihoidon työntekijöille
- Liite 3 Haastattelulomake omaishoitajille
- Liite 4 Haastattelulomake hoitajille
- Liite 5 Omaishoitoperheen palvelupolku, mallinnus henkilöstölle
- Liite 6 Omaishoitoperheen palvelupolku, mallinnus asiakkaille
- Liite 7 Aktivoivan intervallihoidon palvelukuvaus

1 JOHDANTO

Omaishoidon avulla pystytään säästämään yhteiskuntamme yhä väheneviä resursseja. Antti Rinteen johtama hallitus haluaakin edelleen jatkaa omaishoidon kehittämistyötä, mitä edellinen Juha Sipilän hallitus jo aloitti. (Omaishoitajaliitto, n.d.) Sipilän johtaman hallituksen yksi kärkihankkeista oli kehittää ikäihmisten kotihoitoa ja kaikenikäisten omaishoitoa ja sen ympärille rakennettiin useita erilaisia työpajoja ja tutkimuksia. Lakia omaishoidon tuesta uudistettiin vuonna 2016 ja yhtenä sen tavoitteista oli lisätä omaishoidontuen kattavuutta yli 75-vuotiaiden keskuudessa. Tavoitteena oli, että 5 % yli 75-vuotiaassa väestöstä olisi omaishoidontuen piirissä. Useassa maakunnassa tämä tavoite on vielä saavuttamatta. (Kehusmaa & Erhola, 2018, s. 2)

Omaishoito on kuitenkin raskasta työtä ja siinä voidaan havaita neljä erilaista vaihetta, joita ovat: huokoinen omaishoidon arki, kuormittava omaishoidon arki, painava omaishoidon arki ja kiinnittävä omaishoidon arki. Huokoisessa omaishoidon vaiheessa hoidettava läheinen on vielä osittain itsenäinen ja hänen toimintakykynsä on vain lievästi rajoittunut, kun taas kiinnittävässä omaishoidon vaiheessa hoidettava läheinen on monisairas, vuoteeseen hoidettava ja täysin autettava. Hänen hoitamisensa vaatii ympärivuorokautista läsnäoloa ja hoivaa. Painavan omaishoidon vaiheessa omaishoiva on vaihtoehto ympärivuorokautiselle hoivalle. Omaishoitaja ei voi käydä enää työssä kodin ulkopuolella. (Tikkanen, 2016, s. 89,105)

Opinnäytetyönä syntyi kaksi palvelupolkua Janakkalan kuntaan. Toinen on kohdennettu omaishoitoperheille ja toinen omaishoitoperheiden kanssa työskenteleville ammattilaisille. Henkilöstölle suunnatussa palvelupolussa kuvataan omaishoitoperheen kulkua intervallihoidossa yksityiskohtaisemmin ja laajemmin kuin omaishoitoperheille suunnatussa versiossa.

Valmis opinnäytetyö hyödyttää omaishoitoperheitä, sillä opinnäytetyön avulla omaishoitoperheet saavat tasavertaista ja saumatonta palvelua asioissaan omaishoitoperhettä auttavien tahojen kanssa. Valmiita omaishoitoperheen palvelupolkuja hyödynnetään myös kotihoidon ja intervalliyksikön uuden hoitajan perehdytyksessä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää omaishoitoperheen palvelupolku Janakkalaan toimintatutkimuksen keinoin. Tavoitteena oli, että kaikki omaishoitoperheen kanssa toimivat ammattilaiset (kotihoidon työntekijät, intervalliyksikön työntekijät, lääkäri, palveluohjaus) toimivat yhteisten sovittujen toimintamallien mukaisesti työskennellessään omaishoitoperheen kanssa. Opinnäytetyöllä parannettiin tiedonkulkua ja verkostoyhteistyötä omaishoitoperheen kanssa työskentelevien kesken. Henkilökohtaisena tavoitteena molemmilla opinnäytetyön tekijöillä oli tieteellisen tekstin lukemisen ja kirjoittamisen taidon lisääminen ja sen kautta tieteellisen ajattelun ja pohdinnan kasvaminen. Kun opinnäytetyö tehtiin omalle työnantajalle, sitoutti se molempia opinnäytetyön tekijöitä entistä enemmän oman työnantajan toimintaan. Näin ollen myös organisaatio hyötyi palvelun kehittämisen muodossa sekä työntekijöidensä sitoutumisen näkökulmasta.

Palvelupolku mallinnettiin visuaalisesti ja siinä hyödynnettiin Janakkalan kunnan vaakunassakin esiintyvää ilvestä. Tämä tukee Janakkalan kunnan yleistä visuaalista ilmettä. Kuvasta selviää yhdellä katsomalla kaikki omaishoitoperheen hoitopolkuun sisältyvät vaiheet. Palvelupolusta laadittiin kaksi eri versiota, joista toinen on omaishoitoperheitä varten ja toinen on hoitohenkilöstöä varten (LIITE 5 ja 6.) Omaishoitoperheille laadittu kuvaus on suppeampi ja ohjaa heitä omaishoitajien lakisääteisten vapaapäivien hakemiseen. Palvelupolun kuvauksissa käsitellään myös se, mitä intervallihoido pitää sisällään.

Hoitohenkilöstölle laadittiin erillinen oma ja laajempi palvelupolun mallinnus, josta käy ilmi omaishoitajien ja omaishoitajan lailla toimivien vapaapäivien hakemisen peruseriaatteet sekä tiedonkulun kannalta oleellisemmat asiat. Yhteisesti sovittu toimintatapa tiivistää kaikkien omaishoitoperheen kanssa toimijoiden välistä yhteistyötä. Valmiit palvelupolun mallit viedään käytäntöön perehdyttämällä henkilökunta siihen työpajojen avulla tai tiimin kokouksissa.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millainen on selkeä ja asiakaslähtöinen omaishoitoperheen palvelupolku?
2. Mitä kirjataan ja mihin, jotta tiedonkulku eri toimijoiden välillä selkiytyy?

3 IÄKKÄÄN HENKILÖN OMAISHOITAJUUS ELÄMÄNVAIHEENA

Omaishoito voidaan määritellä elämäntilanteeksi, jossa sairaus tai vammaisuus sekä auttaminen ja tukeminen järjestetään erilaisin tavoin kunkin perheen elämään. Omaishoitajaksi määritellään henkilö, joka pitää

huolta sairauden, vammaisuuden tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta olevasta perheenjäsenestä tai muusta läheisestään, joka ei selviydy itsenäisesti arjesta. Omaishoitajana toimiva puoliso tai lapsi varmistaa antamallaan hoidolla hoidettavan elämisen omassa kodissaan mahdollisimman kauan. Usein omaishoitajaksi ryhdytäänkin rakkaudesta aviopuolisoa tai omaa vanhempaa kohtaan. Päinvastoin kuin samankaltaista hoivatyötä tekevillä hoitajilla, omaishoitajilla ei ole työaikoja eikä vapaa-aika ole helposti määritettävissä. Siksi omaishoitajien tärkeää työtä halutaan tukea mm. säännöllisin intervallijaksoin ja kotihoidon avulla. Omaishoitaja voi olla tehnyt kunnan kanssa omaishoitosopimuksen ja saa omaishoidosta korvausta tai hän ei ole halunnut ryhtyä viralliseksi omaishoitajaksi. (Omaishoitajaliitto, n.d.)

Omaishoitajuus ei ole sidottu läheisen ikään tai sukulaisuussuhteeseen. Omaishoidettava voi olla oma lapsi, puoliso tai vanhempi. Tässä työssä omaishoitajalla tarkoitetaan henkilöä, joka hoitaa iäkästä, yli 65-vuotiaasta läheistään (oma puoliso, äiti tai isä) riippumatta siitä maksetaanko hänelle omaishoidontukea vai ei. Syitä siihen, miksi omainen ei halua hakea omaishoidon tukea on monia. Joku saattaa kokea aviolliseksi velvollisuudekseen huolehtia puolisosta, eikä siksi hae tukea. Joku toinen voi kokea, että omaishoidon tukea maksettaessa on liian sidottu hoitosuhteeseen loppuikäsi eikä välttämättä saa hoidettavalle ympärivuorokautista hoivapaikkaa hänen sitä tarvitessaan. Useissa kunnissa virallisia omaishoitajia on vähän verraten epävirallisesti omaishoitajana toimiviin. Omaishoitajat ovat itsekin usein iäkkäitä ja kuntien omaishoidon painopiste on painotunut vanhuksiin. (Mattila & Kakriainen 2014, s.10–11, 36)

Omaishoitaja voi olla tehnyt kunnan kanssa omaishoitosopimuksen ja saa omaishoidosta korvausta tai hän ei ole halunnut ryhtyä viralliseksi omaishoitajaksi. Virallisesta omaishoitajuudesta puhutaan silloin, kun omaishoitaja ja kunta ovat tehneet omaishoitosopimuksen. Tällöin omaishoitaja saa myös omaishoidon tukea. Eri kunnissa on erilaiset kriteerit omaishoidon tuen myöntämiselle. Kuitenkin kriteerit omaishoidon tuelle ovat kaikissa kunnissa varsin tiukat. Tämän lisäksi Suomessa on huomattava määrä niin sanottuja epävirallisia omaishoitajia. On tutkittu, että suurin osa omaishoidosta tapahtuu virallisen järjestelmän ulkopuolella. Tämä luo kunnille erilaisia haasteita, koska epävirallisesti omaisiaan hoitavat eivät ole välttämättä minkään avun piirissä. (Mattila & Kakriainen, 2014, 35–36)

Tillmanin, Kalliomaa-Puhan, Mattilan ja Mikkolan (2014, s. 61–63) tutkimuksessa (n=1343) todettiin omaishoitajista 67 %:n olevan sitä mieltä, että jos heitä ei olisi, heidän hoidettavana oleva läheisensä olisi ympärivuorokautisen hoivapaikan tarpeessa. Tuntimäärällisesti omaishoitajat arvioivat avun tarpeen hoidettavalla olevan 13–24 tuntia vuorokaudessa.

Janakkalassa on yleisesti linjattu, että aktiivisen intervallihoidon asiakaina on omaishoitoperhe, johon kuuluvat omaishoitaja ja hoidettava.

(Janakkala, 2018). Tätä asiakkuuskäsitettä tukee myös Salinin (2008, s. 81) väitöskirja missä todetaan, että lyhytaikaisessa laitoshoidossa koko omaishoitoperheen hyvinvointi on tärkeää. Siten pystytään turvaamaan kotihoidon jatkuminen onnistuneesti.

3.1 Omaishoitajan jaksaminen

Mielikuva siitä, että suomalainen hyvinvointivaltio pystyy tuottamaan kansalaisten sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut monipuolisen palvelujärjestelmän avulla kattavasti ja täydellisesti on valitettavasti tänä päivänä väärä. Enenevässä määrin hoiva tuotetaan omaisten ja läheisten kautta. Omaishoitajat ovatkin nykyään korvaamattomana osana hoivan tuottamisessa niin taloudellisesti kuin inhimillisesti mitattuna. Omaishoitajuus on kuitenkin raskasta työtä niin taloudellisesti ajateltuna kuin muun tuen vähyyden vuoksi. Omaishoitajat kokevat yksinäisyyttä ja omien voimavarojen ehtymistä ja he tarvitsisivat enemmän omaishoitajien vertaistukea. (Ruohonen, 2008, s. 4)

Omaishoitoa voidaan ajatella etenevänä prosessina, mihin liittyy erilaisia ajanjaksoja ja tunteita. Prosessi alkaa omaisen sairastumisesta, se etenee sairauden edetessä, samoin työn vaativuus kasvaa. Omaishoitajan työhön liittyvätkin olennaisesti kysymykset merkityksen etsimisestä omaishoitamiselle, erilaisten tunteiden käsittely kuten yksinäisyys, menettämisen ja luopumisen tunteet ja vastavuoroisuuden tarpeet. Lisäksi omaishoitajuus on ympärivuorokautista ja siitä maksettava korvaus ei vastaa omaishoidon vaativuutta. Omaishoitajien korkeaa työmoraalia ohjaavatkin niin rakkauten kuin velvollisuudentunteet. (Lahtinen, 2008, s. 11–15) Omaishoitajuus merkitsee usein suurtakin elämäntapojen muutosta, jolloin omaishoitoperheen elämä saattaa supistua kokonaan omaan kotiin. Omaishoidettava vaatii ympärivuorokautista valvontaa ja läsnäolon vaatimus on omaishoitajaa kohtaan suuri. Omaishoitaja saattaa kuitenkin pystyä poistumaan kotoaan esimerkiksi matkapuhelinyhteyden avulla. Voimia omaishoitajuuteen saadaan, kun päästään irrottautumaan kotoa, pois tutusta ympäristöstä esimerkiksi vierailemalla sukulaisten luona. Myös päiväkirjan kirjoittaminen tai lukeminen vie ajatuksia muualle läsnäolon tarpeesta, mutta näitä tehdessä ei tarvitse poistua kotoa. (Sointu 2011, s. 163–166)

Omaishoitajuuteen voi ajautua puolison tai vanhemman sairastuttua vakavasti. Omaishoitajan oma jaksaminen on koetuksella, kun hoidettavan päivittäisiin tarpeisiin vastaaminen vie aikaa. Omaishoitaja tinkii helposti omista tarpeistaan esimerkiksi ruokavaliostaan ja liikunnasta. Omaishoitajien kulttuuriset taustat vaikuttavat myös siihen, miten omaishoitajuuteen suhtaudutaan ja minkälaiset stressitekijät siihen liittyvät. (Amank-waa, 2017, s. 92–95) Omaishoitajat ovat usein iäkkäitä ja heillä on suuri riski sairastua tai väsyä itse hoitamiseen. Kunnilla tulisikin olla suunnitelma sitä varten, miten järjestetään hoito silloin, kun omaishoitaja itse sai-

rastuu tai uupuu. Monista kunnista tällainen varajärjestelmä puuttuu. (Mattila & Kakriainen 2014, s. 24)

Omaishoitajan asema on usein myös hyvin turvaton. Hoidettavalla saattaa olla muistisairaus, mikä saattaa aiheuttaa aggressiivisuutta ja jopa väkivaltilanteita. Omaishoitajille saattaa tulla univaikeuksia, koska he eivät uskalla nukkua väkivallan uhan pelossa. Myös päihteidenkäyttö on yksi riskitekijä. Kotihoito on avainasemassa näiden tilanteiden selvittämisessä. (Mattila & Kakriainen 2014, s. 30–31)

Omaishoitajien työn tukijoina toimivat usein perhe, naapurit ja ystävät. Usein omaishoitaja on kuitenkin niin sidoksissa hoidettavaansa, ettei hän kykene hoitamaan ihmissuhteitaan. Ikäihmisten kohdalla ystäväpiiri on myös usein kaventunut samanikäisten jo kuoltua. Niinpä julkinen terveydenhuolto, erilaiset liitot ja potilasjärjestöt ovat järjestäneet erilaisia vertaistukiryhmiä omaishoitajille. Samoin kunnat järjestävät intervallihoitoa omaishoitajan jaksamisen tukemiseksi, myös kotona asumisen tukemista järjestävien ammattilaisten kotikäynnit omaishoitoperheissä tukee omaishoitajien jaksamista. Myös päivätoimintakeskusten tai muun päivähoidon mahdollistaminen omaishoitajille ja omaishoidettaville on tehokasta tukea. (Lahtinen, 2008, s. 16–18) Toisaalta Sointu (2011, s. 170) kuvaa artikkelissaan sitä, että omaishoitajat kaipaavat usein kotiinsa jonkun henkilön hoivaamaan omaishoidettavaa. Usein tällaisia palveluita ei ole tarjolla kunnan puolesta vaan ne, joilla on vakaa taloudellinen tilanne, voivat ostaa näitä palveluita. Heikompaan asemaan jäävät puolestaan ne, joilla ei ole siihen taloudellisesti varaa.

Omaishoitajien jaksamisen tukemisessa korostuu omaishoitajan kuunteleminen, ymmärtäminen ja tukeminen missä on kyse ystäväydestä ja samojen kokemusten kokemisesta, ei niinkään neuvoista. Omaishoitaminen on yhteisöllistä, jolloin toinen omaishoitaja ymmärtää toista omaishoitajaa ja mahdollista on, että omaishoitaja ja omaishoidettava ymmärtävät toisiaan. Tämä ominaisuus auttaa omaishoitajia jaksamaan ja antaa toivoa, siitä rakentuu omaishoitoyhteisön sisäinen voima. Montaa omaishoitajaa auttaa työssään jaksamaan myös kiitollisuus siitä, että saa hoitaa kotona omaistaan (Lehtonen, 2008, s. 17–18, 82).

3.2 Intervallihoito omaishoitoperheen hyvinvoinnin tukena

Intervallihoito on turvallisen kotona asumisen ja selviytymisen tukemista. Sen tarkoituksena on asiakkaan omien voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Intervallihoidon avulla mahdollistetaan omaishoitajan lakisääteiset vapaapäivät ja edistetään omaishoitajan jaksamista. (Janakkala, n.d.)

Janakkalan kunnan ympärivuorokautisen hoivan yksi yksikkö on profiloitunut aktivoivaan intervallihoitoon. Intervallihoito on tarkoitettu omaishoitoperheille, joissa hoidettava on yli 65-vuotias. Heillä voi olla tehtynä

kunnan kanssa virallinen sopimus omaishoitajuudesta tai perheessä voidaan toimia omaishoitajan lailla, eikä virallista sopimusta omaishoitajuudesta ole tehty. Aktivoivan intervallihoidon tarkoituksena on turvata perheenkotona asumista, toisaalta tukemalla omaishoitajan lepoa ja toisaalta intervallijaksolla olevan asiakkaan toimintakykyä ylläpitämällä. Asiakasperheelle laaditaan hoitosuhteen alussa hoitosuunnitelma ja tavoitteet asetetaan yhdessä hoitohenkilöstön kanssa. Tavoitteisiin pääsemistä arvioidaan säännöllisesti. Tällä hetkellä jaksoja käyttää yli 50 asiakasperhettä. Jaksojen pituudet vaihtelevat kolmesta vuorokaudesta kahteen viikkoon. Jaksojen pituudet määritetään yhdessä asiakasperheen kanssa heidän tarpeistaan käsin. (Janakkala, 2018)

Omaishoitolain (4§) mukaan omaishoitaja on oikeutettu kolmeen vapaapäivään kuukaudessa, jos hoito on sitovaa ja ympärivuorokautista. Muussa tapauksessa laki mahdollistaa omaishoitajalle kahden päivän vapaan kuukautta kohden. Kunnan tehtävänä on järjestää nämä vapaapäivät esimerkiksi järjestämällä hoitaja asiakasperheen kotiin tai intervallihoidon avulla. Kunta ja omaishoitaja voivat sopia, että vapaa käytetään myös useampana alle vuorokauden mittaisena jaksena. Esimerkiksi päiväkuntoutus voi olla tällainen palvelu. Kuuden tunnin mittaisista päivistä kerrytetään kolmen vuorokauden vapaa tai se voidaan yhdistää vaikkapa intervallihoidon.

Salin (2008, s. 45–46) on todennut väitöskirjassaan, että omaishoitajan suhteella hoidettavaan on yhteys koettuihin tunteisiin intervallijaksolla. Etenkin puolisoahoitajat, jotka halusivat olla hoidettavan kanssa yhdessä, kokivat tarvitsevänsä lepoa esimerkiksi omien sairauksiensa vuoksi. He eivät kokeneet puolison auttamista hoitamisenä, mutta olivat itsekin usein iäkkäitä ja sairaita ja tarvitsivat siksi lepotaukoja auttamisesta. Jos puoliso sairasti muistisairautta, hoitava puoliso kaipasi usein mennyttä parisuhdetta, jolloin suhdetta kuvattiinkin kumppanuutena. Näiden perheiden kohdalla asiantuntijat ja muu perhe saivat heidät jatkamaan jaksojen käyttöä, vaikka he kokivatkin yksinäisyyttä jaksojen aikana, kumpikin omalla tahollaan. Jotkut omaishoitajista kokivat hoitamisen pakkona esimerkiksi siitä syystä, ettei ympärivuorokautisen hoivan paikkoja ollut tarjolla. Hoitaminen saatettiin kokea velvollisuudeksi esimerkiksi kristillisen vakaumuksen vuoksi, jolloin omaishoitajat kokivat yhdessä olemisen huolenpitosuhteena eikä niinkään parisuhteena. Keskinäiset välit olivat usein jopa huonot.

Mattilan & Kakriaisen (2014, s 21–22) tutkimuksen mukaan joissakin kunnissa vapaaseen oikeutetuista omaisista vain neljäsosa käytti vapaansa. Iäkkäät omaishoitajat pelkäävät usein sitä, että hoidettavan kunto heikkenee jakson aikana, eivätkä he sen vuoksi uskalla jättää hoidettavaa jaksolle. Salinin (2008, s. 54) väitöskirjassa todetaan, että jos hoidettava määrättiin muiden taholta intervallijaksolle, hän ei useinkaan lähtenyt sinne mielellään. Osa hoidettavista oli jo kokeneita intervallijaksolla kävijöitä, ja he menivät rutiininomaisesti intervalli jaksoille. Jos hoidettava

pystyi näkemään jakson puolison levon turvaamisena, jaksolle lähdettiin usein mielellään.

Mc Swiggan ym. (2017 s. 1411–1414) totesivat artikkelissaan, että intervallihoitopaikkaan tutustuminen ennen ensimmäistä jaksoa auttoi intervallihoitoon lähtemisessä. Myös kasvokkain käydyt keskustelut henkilökunnan kanssa helpottivat jaksolle tulemistä ja kasvattivat luottamusta hoitoa kohtaan. Omaishoitajat pitivät hyvänä sitä, että myös jaksolle tuleva hoidettava yritettiin saada mukaan keskusteluun omien voimavarojensa mukaan. Salin, Kaunonen & Åsted-Kurki (2013 s. 1,7-8) kirjoittavat artikkelissaan, että omaishoitoperheen itsenäisen selviytymisen turvaamiseksi myös kotona, olisi tärkeää, että intervalliyksikön hoitohenkilöstö pääsisi tutustumaan perheen kotiolosuhteisiin. Myös tässä artikkelissa korostettiin luottamussuhteen syntymisen tärkeyttä intervallihoidon onnistumisessa.

Joskus voi olla niinkin, että omaishoitaja on ylisuojeleva hoidettavaa kohtaan ja tekee sellaisiakin asioita hänen puolestaan, mihin hoidettava itse pystyisi. Tämän vuoksi on tärkeää, että hoidettava ja omaishoitaja sekä heidän kanssaan toimivat tahot muodostavat yhdessä asiantuntijaryhmän. Tämä myös lisää omaishoitoperheen kokemuksia siitä, että he tulevat kuulluiksi. (Doekie, Strating, Buljac-Samardzic, van de Bovenkamp & Paauwe, s.1172)

Omaishoitajat kuvasivat hoidettavan kotona olemista jaksojen jälkeen niin, että kokemuksista saatiin neljä erilaista luokitusta. Tilapäisesti taantujan omatoimisuus heikkeni jakson aikana merkittävästi. Hoidettava oli usein aloitekyvytön ja pyysi palveluksia omaishoitajalta jatkuvasti. Hoidettavan usko omaan toimintakykyynsä palautui kuitenkin nopeasti kotona omaishoitajan ponnistelujen ansiosta. Vakaana pysyjien ryhmän hoidettavien kunto pysyi samana hoitajakson ajan, kuin mitä se oli kotoa lähdettäessä. Uhkana nähtiin kuitenkin hoidettavan nopea laitostuminen. Aktiiviset hyötyjät taas kuntoutuivat intervalli jakson aikana, jolloin heidän lihasvoimansa saattoi lisääntyä, sekä elämänhalunsa kasvaa. Kohentunut toimintakyky heikkeni, kuitenkin kotijakson aikana, koska kotona ei ollut mahdollisuutta toteuttaa kuntoutusharjoituksia. (Salin, 2008, s. 47–49)

4 ASIAKASLÄHTÖISYYS PALVELUJEN SUUNNITTELUSSA

Asiakaslähtöisyyden periaate on alkujaan ollut asiakaskeskeisyys, jolloin asiakas on nähty toiminnan kohteena, jolloin asiakas on keskiössä mutta ammattilaiset toimivat hänen ympärillään. Asiakaslähtöisyydessä toiminta lähtee asiakkaasta ja tapahtuu hänen rinnallaan. Asiakaslähtöisyydessä ollaan siis entistä lähempänä asiakasta. (Smedberg, 2015 s. 151). Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan myös sitä, että asiakas otetaan mukaan omien

palvelujensa suunnitteluun, jolloin hän määrittelee itse omat tarpeensa sekä palvelunsa ja ne organisoidaan yksilöllisesti hänelle. Asiakas kohdataankin työntekijän kanssa tasavertaisena toimijana palvelutoiminnan suunnittelussa. Hänet nähdään oman elämänsä ja oman tilanteensa asiantuntijana, jonka voimavaroja halutaan hyödyntää palvelujen toteuttamisessa sekä niiden kehittämisessä. (Korhonen & Virtanen, 2015 s. 237 – 238 kts myös Smedberg, 2015 s. 151, kts. myös Koivunen 2017).

Asiakslähtöisyydellä on asiakastyön näkökulmasta katsottuna pitkä historia, ja se on lähtöisin 1930-luvulta Yhdysvalloista. Jo silloin sen perustana oli asiakkaan tarpeiden huomioiminen ja hänen kunnioittamisensa. Sosiaali- ja terveysalalla asiakslähtöisyys otettiin mukaan laadunhallintasuositukseen 1990-luvulla. (Smedberg, 2015 s. 151; kts. myös Koivunen, 2017). Asiakslähtöisyyttä vaaditaan myös eri lakien pohjalta kuten mm. laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) sekä sosiaalihuoltolaki (1301/2014).

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan (2012) asiakslähtöisyydessä on kyse toimintaa ohjaavasta arvoperustasta. Asiakas tulisi nähdä yksilönä ja organisaation tulisikin järjestää palvelut asiakkaan tarpeista lähtien. Asiakkaan tulisi itse voida osallistua omien palveluidensa suunnitteluun yhdessä palvelun tarjoajien kanssa. Tämä edellyttää palveluntarjoajalta palveluvalikon tunnistamista sekä vastavuoroista dialogia asiakkaan kanssa. Asiakslähtöisyys oli myös yksi Juha Sipilän hallituksen kärkihankkeista. Asiakkaiden tulee voida itse osallistua omien asioidensa ja palveluidensa suunnitteluun ja päätöksentekoon. Tavoitteena oli myös, että palvelut lisäävät joustavuutta ja asiakas saa tukea toimintakykynsä ylläpitoon.

Asiakkaalla voi olla monenlaisia rooleja riippuen osallisuuden asteesta. Asiakas voi olla toiminnan objektina, jos toimitaan organisaatiolähtöisesti, mutta tämä johtaa epätasa-arvoisuuteen eri palveluiden välillä. Asiakkaalta voidaan kerätä palautetta, jolloin hänen mielipiteensä pyritään ottamaan huomioon toimintoja kehitettäessä tai hän voi olla osallisena kehitettäessä hänen hoitoaan ja palveluitaan. Asiakasta voidaan hyödyntää myös kokemusasiantuntijana ja näin toimittaessa hänen kaikkia resursseja ei todennäköisesti vielä saada käyttöön. Asiakas voi olla myös aktiivinen toimija kehitettäessä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Tällöin asiakas itse tekee aloitteen palveluiden kehittämiseksi ja myös johtaa muutosta. Tällainen toiminta on vielä uutta ja vaatiikin palvelurakenteiden tarkastelua uudelleen. (Koivuniemi, Holmberg-Marttila, Hirso & Mattelmäki, 2014, s. 170)

4.1 Asiakslähtöisyys vanhustyössä

Asiakslähtöisyys ei asiakkaiden itsensä mielestä niinkään koostu suurista tekijöistä vaan enemmänkin kysymys on inhimillisyydestä. Käytännössä sen toivotaan näkyvän asiakkaan kohtaamisessa ainutkertaisena ihmisenä. Sillä tarkoitetaan asiakkaan arvostamista, huomioimista ja palvelua

tuottavan organisaation asennetta tuottaa asiakaslähtöistä palvelua osoittamalla aitoa välittämistä ja kiinnostusta asiakasta kohtaan. Tämä asiakkaiden kokemus aidosta välittämisestä lisää myös asiakkaiden kokemaa luottamusta palvelua kohtaan. Asiakaslähtöisten palvelujen tuottamisessa tärkeää on myös asiakkaiden itsemääräämisoikeuden, subjektiivisuuden, palvelujen avoimuuden huomioiminen ja sen toteuttaminen. Oleellista asiakkaiden näkökulmasta on, että asiakas saa riittävästi itseään koskevaa tietoa, palvelut ovat helposti asiakkaan saavutettavissa niin fyysisesti kuin työntekijöiden asenteissa. Positiivisena koetaan, jos palvelut voidaan toteuttaa joustavasti ja palveluita sovitellaan asiakkaiden yksilöllisiin tarpeisiin, näiden keinojen avulla on pystytty lisäämään asiakkaiden sitoutuneisuutta ja heidän motivaatiotansa oman tilanteeseensa hoitamiseen. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas, 2011, s. 21)

Kuten Virtanen ym. (2011, s.33) ovat ilmaisseet, eri asiakkaiden kyvykkyys sairautensa takia osallistumiseen vaihtelee, ei osallistumisen merkitys silti vähenny. Esimerkiksi muistisairaiden asiakkaiden osallistuminen on hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittamista aina kuolemaan saakka. Tärkeää on antaa asiakkaalle ne valinnanmahdollisuudet asiakkaan ihmisarvoa kunnioittaen, mitkä hän siinä hetkessä pystyy ilmaisemaan. Oleellista on, että asiakkaan kyvyt nähdään voimavaroina eikä puutteina ja organisaation toimintaa suunniteltaessa osataan sivuuttaa vanhakantaiset palvelurakenteet ja palvelujen tuottamisen tapa nähdä asiakas palvelujen kohteena.

4.2 Asiakkaiden osallistuminen kehittämiseen palvelumuotoilun keinoin

Janakkalan kunnan strategiassa tavoitellaan kuntalaisten aktiivista osallistumista kunnan kehittämiseen. Tähän tavoitteeseen pyritään vastaamaan toimintakulttuurin muuttamisella osallistamismyönteiseksi. Janakkalaan on laadittu vuonna 2019 osallisuusohjelma ja se vastaa kuntien lakisääntöihin velvollisuuteen kuntalaisten mahdollisuudesta osallistua ja vaikuttaa kunnan toiminnan kehittämiseen. (Janakkala, n.d.) Tässä opinnäytetyössä omaishoitajia on otettu mukaan omaishoitajien palvelupolun kehittämiseen nimenomaan tästä syystä.

Palveluiden käyttäjän osallisuutta ja kuulemista on jo asiakkaan antama palaute toiminnasta. Niinpä palveluiden käyttäjien näkökulmaa kannattaa erityisesti huomioida palveluja kehitettäessä. Parhaan mahdollisen ratkaisun kehittämiseen voi antaa asiakas, jolla on asiasta koskevaa tietoa. (Harra, 2017)

Koivunen (2017) on todennut, että nykyistä palvelujärjestelmää on uudistettu kuntien rakennemuutosten yhteydessä, joten se on muodostunut pirstaleiseksi ja siilomaiseksi. Tällä tarkoitetaan sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon rakenne on ammattikunnittain päällekkäinen ja rajautunut, mikä on vaikuttanut jopa siihen, että eri ammattilaisten ammattitaitoa on voitu hyödyntää tehottomasti ja tietoa on kadonnut. Palvelupro-

sessit on rakennettu organisaatiolähtöisesti erikoisalojen ja erikoistumisen näkökulmasta. Tämä on aiheuttanut sen, että sosiaali- ja terveystalvet näyttävät asiakkaille palvelujen toimimattomuutena ja palvelukulttuurin monitasoisuutena.

Palvelumuotoilu on käytännönläheinen työmenetelmä, jonka tarkoituksena on suunnitella sekä toteuttaa palveluja yhdessä asiakkaiden ja verkostojen avulla ja niitä yhdistävänä tekijänä on asiakasymmärrys. Ilman sitä tuotetaan helposti palveluita, mille ei ole tarvetta. Tämä jos mikä on turhaa ja epätaloudellista. (Ahonen, 2017, s. 6—25) Myös sosiaali- ja terveysministeriö on nostanut yhdeksi kehittämistavoitteeksi sujuvat palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa (STM, 2017).

Hyvän palvelun ominaisuutena on, että se on helposti saatavilla, se on vuorovaikutuksellista ja se on tarpeellista. Myös palvelun laadukkuus on merkittävä tekijä kun palveluympäristöllä on taas merkitys asiakkaan kokemalle palvelulle. Jos palvelu luo miellyttävän kokemuksen, asiakas haluaa palata uudelleen. Jos taas palvelusta syntyy epämiellyttävä kokemus, asiakkaalla ei ole syytä palata etenkin, jos on tarjolla muita samankaltaisia, mutta paremmin muotoiltuja palveluita. (Ahonen, 2017, s. 30)

Asiakkaiden osallistamisessa ja oman toimijuuden vahvistamisessa tulee välttää asiakkaalle valmiiden ratkaisujen antamista eikä palvelujen tuottaja saa ensisijaisesti tarjota asiakkaalle jo valmiita olemassa olevia palveluja. Jos keskitytään valmiisiin ratkaisuihin, asiakas voi kokea, ettei hän ole tullut kuulluksi ja hänet saatetaan ohjata palveluihin, jotka asiakas voi kokea itselleen epäsovellykselliseksi. Tärkeää on aina arvioida yhdessä asiakkaan kanssa hänen tilanteensa asiakkaan tarpeista ja toiveista käsin. (Autio & Niemelä, 2017).

5 TIEDONKULKU OMAISHOITOPERHEEN HYVÄN HOIDON VÄLINEENÄ

Tiedonkululla on monta merkitystä ja sillä tarkoitetaan tiedon välittämistä, niiden luovuttamista, tietojen vaihtamista ja sen saamista. Yhtä lailla tiedottaminen ja viestiminenkin ovat tiedonkulkua. (Finto, n.d.). Olipa termi sitten mikä hyvänsä, kaikilla näillä pyritään edistämään asukas- tai potilasturvallisuutta. Etenkin kun asiakkaan hoito ja vastuu siitä siirtyy toiseen yksikköön, on tiedonkulkuun paneuduttava erityisellä huolella. (Tamminen & Metsävainio, 2015)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan tietojen kulku käsittää asiakkaan suunnitelmallisen palvelukokonaisuuden tiedottamisen asiakkaan hoidosta ja palvelusta, hoitopaikasta ja -ajasta riippumatta. Palvelut koostuvat eri prosesseista ja ne sisältävät kaikki ne menetelmät, toimenpiteet ja voimavarat, miten ja millä asiakkaan hoito voidaan toteuttaa. Vaikka palvelut muodostuvat eri prosesseista ja eri organisaatiot ja yksiköt toimivat

palvelujen toteuttajina ja järjestäjinä, saumattomassa palvelusarjassa eri palvelut yhdistyvät joustaviksi ja asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. Tietojärjestelmissä saumaton tietojen siirto tarkoittaa yhteisesti sovittua menettelytapaa, jonka avulla asiakkaan tiedot siirtyvät organisaatioittain toiselta toiselle tietosuojamääräysten mukaisesti. (Salo, 2005, s. 122)

Tiedon hyvä laatu on välttämätön tarve asiakkaan hyvälle hoidolle ja siksi hoitotietojen tulee olla virheettömiä ja täydellisiä. Hoitotyön dokumentoinnin tavoitteena on turvata ja luoda edellytykset hoidon jatkuvuudelle asiakkaan hoitoon osallistuvien kesken tiedonkulun avulla. Tähän vastataan niin, että hoitotyön tekijöiltä vaaditaan kirjallisen tiedonkulun merkintöjen olevan selkeitä ja ymmärrettäviä ja pakollisena tietona vaaditaan kirjaamisen sisällöstä vastaavan merkinnän tekijä. Kirjallisessa tiedonkulussa voi käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Asiakkaan tiedon siirtyminen eteenpäin, edellyttää hoitotyön ammattilaisia kirjaamaan tarpeellinen ja riittävä tieto asiakkaan hoidon järjestämisestä ja suunnittelusta, sen toteutuksesta ja seurannasta. (Mykkänen, Miettinen & Saranto, 2018, s. 252–253).

5.1 Tiedonkulun ongelmat

Hyvin toimivien palveluprosessien rakentaminen edellyttää tietotekniikan hyödyntämistä ja toimintamenetelmien muutosta. Muutoksessa korostetaan asiakaslähtöisten palvelujärjestelmien luomista, organisaatioiden hoidon ja palveluiden jatkuvuuden parantamista, monialaisen yhteistyön kehittämistä, asiakkaan osallistamisen mahdollistamista sekä laadun kehittämistä. (Salo, 2005, s. 122)

Mykkäsen ym. (2018) tutkimuksessa on osoitettu, että tiedonkulussa on ongelmia asiakkaan siirtyessä toiseen hoitoa toteuttavaan yksikköön. Lisäksi kirjaamisen laatu ei välttämättä ole ollut hyvä sillä se ei ole edennyt tavoitteellisesti hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti. Lehtosenkin (2019, s. 26–27) mukaan eri tahojen töiden jäsentymättömyys aiheutti päällekkäisyyksiä hoidossa, epäselvyyttä työnjaossa sekä hoidon vastuukysymyksissä.

Asiakkaan palvelukokonaisuuteen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaistoimintaan voidaan vaikuttaa merkittävästi yhteisesti sovitulla kirjaamisen ohjeistuksilla. (Tanttu, 2008, s. 168) Sosiaalihuollon asiakaskirjailain (Finlex 254/2015) mukaan sosiaalihuollon kirjauksissa ei ole määriteltävikä aikamääreitä, milloin kirjaukset tulee olla tehtyinä, laissa sanotaan, että ” kirjaukset on tehtävä viipymättä sen jälkeen, kun asiakkaan asiaa on käsitelty.” Terveystenhuollon puolella taas potilasasiakirjamerkinnet tulee toteuttaa viivytyksettä, aikamääreeksi on määrätty viimeistään viisi vuorokautta siitä, kun potilas poistuu vastaanotolta tai potilaan palvelutapahtuma saadaan päätökseen muutoin. Potilasasiakirjojen viiden vuorokauden aikamääre koskee myös potilaan lähetteitä, ne tulee toimittaa jatkohoitoa toteuttavaan paikkaan viimeistään viiden vuorokauden kulu-

essa, samoin potilaan hoitoa koskeva yhteenveto palvelutapahtumastaan tulee olla valmiina niin potilaalle kuin jatkohoitopaikkaan viiden vuorokauden kuluessa. (Valvira, n.d.)

Ajankohtaisen asiakastiedon ja potilastiedon tulee siis olla käytettävissä asiakkaan siirtyessä esimerkiksi hoitoon toiselle paikkakunnalle tai toisen yksikön ottaessa vastuun asiakkaan hoidosta. Asiakkaan pitää pystyä luotamaan siihen, että kaikki oleelliset tiedot hänen sairauksistaan mukaan lukien perustiedot, lääkitys- ja riskitiedot ja mahdolliset ilmaukset hoitotahdostaan ovat kaikkien häntä hoitavien tahojen tiedossa. Merkittävää on tiedon siirtyminen, vaikkei asiakas itse pystyisi näitä omia tietojaan enää suullisesti häntä hoitaville kertomaan. Oleellista on, että asiakkaan tietoja käytetään kussakin hoitoyksikössä vain siinä laajuudessa, missä se kulloinkin on tarpeellista. (Tanttu, 2008 s. 168–169)

Tiedonkulku eri yksiköiden välillä voi olla hyvin sattumanvaraista ja tiedon siirto perustuu asiakkaan omaan aktiivisuuteen kertoa häntä hoitaville eri tahoille oma tilanteensa. Tästä voi seurata asiakkaalle jopa ylimääräistä odottamista, turhien puhelinkontaktien tekemistä ja asioidensa turhaa selvittämistä. (Tanttu, 2008, s. 169).

Asiakkaalla saattaa olla myös monia eri lähetteitä eri yksiköihin ja siksi tai siitä huolimatta jatkohoidon järjestäminen saattaa olla puutteellista. Tällöin korostuu hoitotyön kirjaamisessa hoidon tiivistelmä- ja väliarviointien tekeminen ja niiden ajantasaisuus. Tärkeää olisi myös asiakkaan palvelutilanteen sujuvuuden kannalta sopia asiakkaan hoitoon osallistuvien eri tahojen vastuu asiakkaan palvelukokonaisuuden varmistamiseksi. (Tanttu, 2008, s. 169–170)

Sähköisessä tietojen luovutuksessa on huolehdittava, että tietoturva toteutuu. Tätä edellyttää rekisterinpitäjän huolellisuusvelvoitekin. Asiakkaan tietojen luovutus puhelimitse on ongelmallista, sillä se ei yleensä kata tietojen salassapitovelvollisuutta koska soittajan henkilöllisyyden todentamiseksi ei ole käytettävissä luotettavaa menettelytapaa. (Amberla, 2005, s. 45)

5.2 Hoitotyön kirjaaminen tiedonkulun välineenä

Kirjaamista ohjaa lainsäädäntö ja siksi se on oleellinen osa hoitotyön sisältöä ja laadunvarmistusta. Kirjaaminen on niin työntekijän kuin asiakkaan edunmukaista, se toimii molempien oikeusturvana. Kirjaaminen nähdään työn laadun, kehittämisen ja vaikuttavuuden parantamisen välineenä. (Laaksonen, Kääriäinen, Penttilä, Tapola-Haapala, Sahala, Kärki & Jäppinen, 2011 s. 7) Sähköinen kirjaaminen mahdollistaa tiedonvaihdon asiakkaasta ilman, että ammattilaisten pitäisi kokoontua yhteen (Isoheranen, 2012. s. 125).

Lain sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista tarkoituksena on toteuttaa yhdenmukaisia menettelytapoja käsiteltäessä sosiaalihuollon asiakasta koskevia tietoja. Lisäksi asiakastietojen käsittelyyn sovelletaan mm. sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa, hallintolaissa, henkilötietolaissa ja laissa potilaan asemasta ja oikeuksista. (Laki sosiaalihuollon asiakirjoista 254/2015, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, hallintolaki 434/2003, henkilötietolaki 523/1999, laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Asiakaslähtöisyyden halutaan näkyvän myös kirjaamisessa. Sillä tarkoitetaan, että asiakas otetaan mukaan asiakirjojen laatimiseen ja kirjataan mahdollisuuksien mukaan yhdessä asiakkaan kanssa. Se on eettisen toiminnan perusta. Asiakaslähtöisyys näkyy kirjaamisessa myös niin, että asiakkaalla on oikeus tietää, mitä mieltä hoitotyön ammattilainen asiakkaan tilanteesta todella on. Asiakaslähtöinen kirjaaminen lähtee siitä, että asiakkaalle informoidaan kirjaamisesta. (Karvonen, 2017.)

Vaikka hoitotyön kirjaamista ohjaavat eri lait ja normit, täytyy kirjaajan ymmärtää oma vastuunsa ja roolinsa kirjaajana. Kirjaaminen vaatii osaamista ja ammatillista harkintaa, ja kirjaukset toimivatkin työn laadun ja vaikuttavuuden kehittämisessä. (Karvonen 2017.)

5.3 Kirjaamisen kehittäminen valtakunnallisesti

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan tietojen integraatio on ollut kansainvälisesti yksi päätavoite. Tietojen yhtenäistämällä tavoitellaan entistä vaikuttavampia työkäytäntöjä sekä käytäntöjen arvioinnin, sekä mitaamisen mahdollistamista. Yhdistäminen helpottaisi asiakkaan hoitamista ja helpottaisi tiedonkulkua. (Atherton, Lynch, Williams & Witham, 2015, s. 1615)

Hämeenlinnassa, Kanta-Hämeen keskussairaalassa, Hattulassa, Janakkalassa, Riihimäellä, Lopella ja Hausjärvellä potilastietokannat ovat yhdistetty tammikuussa 2017. Potilastietokantojen yhdistämisen tavoitteena oli potilaiden hoitotietojen vaivaton liikkuminen organisaatiolta toisille, sillä Kanta-Hämeessä tiedostetaan potilaiden hoitopoluissa suuri liikkuvuus eri organisaatioiden kesken. (Vähäkainu, n.d.)

Potilastietokantojen yhdistämisellä on haluttu myös vaikuttaa hoidon parempaan laatuun ja sillä on myös arvioitu olevan miljoonien säästöt vuosittain. Säästöjä saadaan potilaiden tarpeettomien tutkimusten vähentämisellä, kun potilaiden hoitotiedot on paremmin kaikkien häntä hoitavien tahojen saatavilla. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin johtaja Hannu Juonen onkin todennut, että potilaat voivat luottaa siihen, että hoitotyön ammattilaisilla on käytettävissään parhain potilasta koskeva potilastietokantojen yhdistymisen avulla. Potilastietokantojen yhdistyminen on valmistellut Kanta-Hämeen kuntia myös laajempiin integraatioihin, joten se edesauttaa sote-uudistuksen valmistautumiseen. (Vähäkainu, n.d.)

Tiedonkulkua niin terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon ammattilaisten ja asiakkaidenkin keskuudessa parantavat Kanta.fi-palvelut. Se on palvelu, mikä tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon digitaalisia palveluja. Sen tarkoituksena on edistää hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta ja sen avulla asiakkaan tai potilaan tiedot ovat aina ajantasaisina käytettävissä hoitotilanteessa. Näin ollen sujuva tiedonkulku sosiaali- ja terveydenhuollossa mahdollistaa paremman hoidon valtakunnallisesti. (Kansaneläkelaitos, 2018)

Rakenteinen eli määrämuotoinen kirjaaminen merkitsee tiedon tallentamista ja kirjaamista valtakunnallisesti yhteneviin tietojärjestelmäpalveluihin ennalta sovittujen yhteisten rakenteiden avulla potilas- ja asiakastietojärjestelmiin. Kirjatun potilas- tai asiakastiedon määrämuotoisuus edistää tiedonsiirtoa ja tietojen käsittelyä eri organisaatioiden ja järjestelmien välillä. (THL, 2018)

Määrämuotoinen tieto koostuu rakenteistetusta potilas- ja asiakastiedoista, mikä terveydenhuollossa näyttäytyy vapaamuotoisena tekstinä ja se kirjataan eri otsikoiden alle ja jaetaan eri näkymille. Rakenteista kirjaamista helpottavat yhteisesti sovitut koodistot, luokitukset ja termistöt. Käytännössä potilastiedon kirjaaminen tarkoittaa sitä, että kaikki potilaasta kirjattava tieto kirjataan määriteltyyn tietokenttään. Kirjaamista ohjaa kirjaamisen tietotyyppi huomioiden erilaiset koodistot tai luokitukset. Sosiaalihuollossa rakenteista asiakastietoa kirjatessa kirjaamisen määrämuotoisuus pohjautuu asiakasasiakirjojen määrittelyyn ja niissä käytettäviin luokituksiin. Asiakasasiakirjojen jäsenitys perustuu sosiaalihuollon palvelutehtävien ja sosiaalipalvelujen luokituksiin sekä palvelutehtävissä käytettäviin yhteisiin asiakirjarakenteisiin. Samoin kuin potilastietoa kirjatessa, asiakastietoa määrämuotoisesti kirjatessa kirjaamisessa käytetään vapaan tekstin lisäksi numeromuotoja ja erilaisia luokituksia. (THL, 2018)

Rakenteisen kirjaamisen hyötynä on, että asiakas- ja potilastiedon voidaan luottaa olevan laadullisesti kattavaa ja hyvää. Määrämuotoisesti kirjattua potilas- tai asiakastietoa on helpompi käyttää hyödyksi esimerkiksi uuden potilas- tai asiakastiedon laatimisen pohjaksi, myös tiedon etsiminen on helpompaa. Kirjaamisen määrämuotoisuuden tiedetään myös terveydenhuollossa parantavan potilaan hoidon laatua ja hoidon jatkuvuuden toteutumista. Sosiaalihuollon puolella sosiaalipalveluiden yhdenmukaisuus edistää järjestelmällistä asiakastyötä. (THL, 2018)

5.4 Kirjaamisen kehittäminen Janakkalassa

Kirjaamisen kehittämisen päämääränä on valmistautua sosiaalihuollon liittymiseen Kanta-palveluihin vuosien 2020–2021 aikana. Ennen Kanta-palveluihin liittymistä halutaan Janakkalassa kehittää ikäihmisten palveluiden kirjaamista laadukkaammaksi, määrämuotoiseksi, asukaslähtöiseksi

si ja asiakasta osallistavaksi. Asiakkaan osallisuutta halutaan korostaa asiakkaan omalla asiantuntijuudella tilanteestaan ja sen tuomaa kokemus-tietoa tulisi hyödyntää. (Stellberg, 2017)

Tuulia Stellbergin (2017) mukaan työntekijän puutteet kirjaamisen perus-taidoissa tai kielteinen suhtautuminen uusien menetelmien käyttöön hei-kentää asukasta osallistavan kirjaamisen käyttöä. Asiakasta osallistava toimintatapa on hyvä kirjata käytössä oleviin hoitotyönlomakkeisiin (esim. hoito – ja palvelusuunnitelma) ja kertoa niissä, miten asiakkaan osallisuus ja vaikuttamismahdollisuudet otetaan huomioon ja miten varmistetaan, että asiakkaan osallisuus näkyy palvelujen suunnittelussa. Kir-jaamalla asiakkaan osallistaminen varmistetaan työntekijöiden yhtenäiset ja läpinäkyvät menettelytavat, jotta osallisuuden vahvistaminen onnistuu. (Innokylä, 2017)

Janakkalaan perustettiin vuonna 2018 kirjaamisen kehittämisen työryh-mä. Jokaisesta Janakkalan kunnan ikäihmisten palveluissa työskenteleväs-tä sosiaalihuollon yksiköistä on kartoitettu vapaaehtoiset kirjaamisen ke-hittämisestä kiinnostuneet työntekijät. Tätä kunnan omaa kirjaamisen kehittämistä työstetään työpajatyypillisesti. Työpajoihin osallistuu kirjaa-misen kehittämistä kiinnostuneet ikäihmisten palvelujen alaisuudessa työskentelevät työntekijät. Kunnan oman kehitystyön rinnalla seuraam-me valtakunnallisen kirjaamisen kehittämistä ja edelleen jatkokoulutam-me siitä henkilökuntaa. (Janakkala, 2018)

Kirjaamisen kehittämisellä halutaan yksiköittäin yhdistää kirjaamista, jol-loin tiedonkulku tulee parantumaan. Kirjaamistyöryhmä kehittääkin yhe-teiset kirjaamisen ohjeet, jotta kaikilla Janakkalan kunnan vanhustyönte-kijöillä on yhteinen kirjaamisentapa. Oleellista on sopia yhteiset otsikot ja potilastietojärjestelmän sivut, minne kukin ammattiryhmä asiakastieto-jaan kirjoittaa. Esille on tullut, että esimerkiksi kotihoidon uudelle sijaisel-le ei ole aikaisemmin saatu annetuksi kirjaamisen ohjeita, ne olisivat kui-tenkin uudelle työntekijälle tärkeitä, sillä kotihoidossa kirjaamisen toivo-taan tapahtuvan asiakkaan luona. Tämä yhteisten ohjeiden puuttuminen on saattanut johtaa tilanteeseen, missä työntekijä ei ole osannut kirjoit-taa asiaansa oikean otsikon alle, jolloin tiedonkulkuun voi tulla ongelmia. Näillä yhteisillä kirjaamisen ohjeilla halutaan estää tämä. Jo nyt on sovit-tu, että intervalliyksikössä päivittäiset kirjaamiset tehdään HOI-lehdelle, kotihoidossa ne tehdä KHTOTS-lehdelle. Tarvittaessa käytetään tiedon-siirron apuvälineenä rinnakkaisnäkyä, jolloin sama teksti kopioituu yh-täaikaa molemmille lehdille. (Janakkala, 2018)

6 VERKOSTOYHTEISTYÖ KEINONA OSALLISUUDEN KEHITTÄMISESSÄ

Verkostoyhteistyöllä tarkoitetaan eri toimijoiden välistä yhteiseen pää-määrään tähtäävää yhteistyötä. Verkostoyhteistyö vaatii onnistuakseen

kaikilta toimijoilta siihen sitoutumista ja panostamista. Tarkoituksena on, että eri toimijat hyötyvät yhteistyöstä. (Alanne, Kaihlanen, Koskivirta, n.d.) Tässä työssä verkostolla tarkoitetaan kotihoitoa, intervalliyksikköä, palveluohjausta ja lääkäriä, asiakkaita ja asiakkaiden omaisia.

Vuorovaikutus palveluissa lisää asiakkaiden kokemaa tyytyväisyyttä palveluja kohtaan, siksi vuorovaikutuksella onkin tärkeä rooli ammattilaisen ja asiakkaan suhteessa. Asiakaslähtöisessä palvelussa vuorovaikutuksellinen toiminta on dialogia eli vuoropuhelua ja se tapahtuu asiakkaan ja ammattilaisten välillä. (Koivunen, 2017) Mc Swiggan, Marston, Campbell, Kelly & Kroll (2017, s.1405) ovatkin todenneet artikkelissaan, että tiedon jakaminen eri ammattiryhmien ja omaishoitoperheen välillä on kriittisessä roolissa, jos halutaan välttää väärinymmärrykset ja toteuttaa aidosti asiakaslähtöistä ja moniammatillista yhteistyötä.

Asiakaslähtöisessä työskentelytavassa asiakas huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Sen nähdään mahdollistuvan, kun ammattilaisella on vahva ammatillinen osaaminen, hyvät ihmissuhdetaidot, hän arvostaa omaa työtään ja sitoutuu työhönsä ja haluaa kehittää omia vuorovaikutustaitojaan. Asiakaslähtöisen toiminnan määrittelevinä piirteinä ovat asiakkaan aktiivinen osallistuminen, yhteistyösuhde asiakkaan ja hoitotyön ammattilaisen kesken sekä heidän yhteistyösuhteensa ja hoitoa annettavan ympäristön huomioiminen. Yhteistyösuhteen avulla pystytään tukemaan asiakasta omasta hyvinvoinnistaan huolehtimisessa sekä sillä on vaikutusta asiakkaan ja palvelun tuottajan välisen kumppanuuden parantamisessa. (Koivunen, 2017)

6.1 Osallisuuden vahvistaminen

Doekie, Strating, Buljac-Samardzic, van de Bovenkamp & Paauwe (2018, s. 1172–1181) ovat tutkineet omaishoitoa omaishoitajan, hoidettavan ja ammattilaisten näkökulmasta. Tutkijat toteuttivat yhteensä 64 haastattelua joista 19 tehtiin omaishoidettaville, 10 omaishoitajille ja 38 hoitotyön ammattilaisille. Ammattilaisjoukkoon kuului muun muassa hoitajia, fysioterapeutteja ja toimintaterapeutteja. Tutkimuksessa kävi ilmi, etteivät ammattilaiset ja omaishoitoperheetkään kokeneet olevansa osa tiimiä. Ammattilaiset kyllä tiedostivat, että omaishoitoperheillä on omat toiveet ja tavoitteet, mutta heitä ei silti otettu osaksi hoitotiimiä. Tämä saattaa vaikuttaa passivoivasti asiakasperheeseen. He kokevat, että päätökset tehdään heidän puolestaan eikä heidän kanssaan. Samoin osa omaishoitoperheistä saattaa arastella kertoa toiveitaan hoidon suhteen, koska pelkäävät sen aiheuttavat negatiivisia reaktioita. Tällä tavoin ei pystytä vahvistamaan omaishoitoperheen osallisuutta ja sitoutumista omiin tavoitteisiinsa.

Eri ammattilaisilla saattaa olla hoidosta ja tavoitteista erimielisyyttä. Tämä heijastuu väistämättä omaishoitoperheeseen. Etenkin ikääntyneet

henkilöt pitävät lääkäriä auktoriteettina ja siksi olisikin tärkeää, että kaikilla olisi tiedossa tavoitteet ja se mitä hoidolla tavoitellaan. Haasteita voi tuoda se, että omaishoidettava on iäkäs ja hänen kaikki lapsensa hoitavat häntä. Kaikilla lapsilla saattaa olla hoidosta oma mielipiteensä. (Doekie & co, 2018, s. 1172–1181)

Karhula (2015, s. 36) on kartoittanut omaishoitoperheen näkemyksiä ja kokemuksia heidän roolistaan hyvinvointipalveluitansa jatkuvasti käyttävän asiakkaan palveluverkostossa. Selvityksessään hän käsitteli asiaa pitkäaikaissairaiden, ikääntyvien tai muusta syystä näitä palveluja saavan näkökulmasta tiedonkulun kautta. Siitä kävi ilmi, että omaiset ja läheiset toivoivat tiedonkulun tavoittavan niin asiakkaat kuin ammattilaiset erilaisissa luonnollisissa kohtaamisissa, kuin järjestetyissä neuvottelutilanteisakin.

Tutkimustulokset osoittavatkin sitä, että omaishoitoperhe tulee ottaa osaksi hoitotiimiä ja heidät pitää ottaa mukaan säännöllisiin hoitoneuvotteluihin. Näin voidaan saavuttaa luottamukselliset suhteen ja saavuttaa yhteiset tavoitteet. Samankaltaiseen päätelmään myös Holopainen, Junttila, Jylhä, Korhonen & Seppänen (2013 s. 28) ovat päätyneet useitten eri tutkimusten perusteella. Jo laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista määräävät, että asiakkaalla on oikeus osallistua itseään koskevien päätösten tekemiseen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.)

Asiakkaan osallisuuden vahvistamisessa merkityksellistä on, että asiakkaalla on tarpeeksi tietoa oman tilanteensa ja hoitonsa positiivista ja negatiivisista eri vaihtoehtoista. Se vaatii ammattilaiselta kykyä perustella hoidon eri vaihtoehdot ja luottamuksellisen suhteen rakentumisen asiakkaan ja hoitotyön ammattilaisen välille. Näiden pohjalta asiakas voi tehdä itseään koskevia päätöksiä oman hoitonsa suhteen yhteistyössä ammattilaisen kanssa. (Holopainen, ym. 2013 s. 28–29)

Hoitotyön ammattilaiset saattavat joskus kokea asiakkaan osallisuuden uhkaavana, sillä esimerkiksi pitkäaikaissairautta sairastava asiakas saattaa tietää sairautensa hoidosta jopa enemmän kuin hoitotyön ammattilainen. Asiakkaan osallisuuden lisäämiseksi hoitotyön ammattilaisen tuleekin päästää irti holhoavasta ja auktoritaarisesta asenteesta hoidettavaa kohtaan. Oleellista on yhteisymmärrys asiakkaan kanssa hänen tilanteensa hoidosta. Hoitotyön ammattilainen toimii asiakkaan hoidossa hyvien käytäntöjen ja ammattialan tiedon asiantuntijana, asiakas itse tuo oman elämäntilanteensa tuntemuksen hyödyn hoitopäätösten toteuttamiseen. Hoitotyön ammattilaisen on myös osattava huomioida asiakkaan sen hetkiset voimavarat omaan osallisuuteensa sekä kerrottava asiakkaille mahdollisuudestaan osallistua oman tilanteensa päätöksentekoon ja siitä, miten he pystyvät osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun. (Holopainen, ym. 2013 s. 29–30)

6.2 Moniammatillinen verkostoyhteistyö

Moniammatillisessa verkostoyhteistyössä perinteiset ammattiroolit sekoittuvat ja ne usein ylitetään. Tämä lisää sujuvuutta asiakkaan hoidossa ja sen lisäksi asiakas pystytään huomioimaan kokonaisvaltaisemmin. Roolirajojen ylitys voi toimia työtaakan jakajana, toisaalta jos roolien ylityksestä ei ole sovittu, voi se aiheuttaa ristiriitoja. (Isoherranen, 2012, s. 102–112.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) antaa omat reunaehdonsa roolien ylittymiselle ja ohjaa ammattihenkilöiden roolituksia. Yksikköjen omat ohjeistukset ja hyvä perehdytys yksikön toimintakäytänteisiin auttavat jokaista ammattilaista löytämään oman roolinsa juuri kyseisessä yksikössä.

Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista ohjeistaa asiakastietojen kirjaimista moniammatillisessa verkostoyhteistyöstä niin, että yhteistyöhön osallistuvat ammattilaiset saavat kirjata seuraavasti. ”Salassapitosäännösten estämättä edustamansa organisaation asiakirjoihin sellaiset yhteistyössä saamansa sosiaalihuollon asiakastiedot, jotka ovat tarpeellisia yhteisen asiakkaan asian hoitamiseksi sanotussa organisaatiossa ja tallettaa yhteistyön perusteella laaditun asiakassuunnitelman, muistion tai vastaavan asiakirjan sanotussa organisaatiossa, jos se on asiakkaan kannalta tarpeellista siinä asiassa, jonka hoitamiseksi asiakirja on laadittu”. (Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 254/2015.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS TOIMINTATUTKIMUKSENA

Toimintatutkimuksella pyritään kehittämään käytännön toimintaa teoreettisen tutkimuksen avulla. Sen merkitys organisaation ja sen toimintatapojen kehittämisessä näkyy siinä, että sen avulla halutaan hyödyntää työntekijöiden osaamista ja tietotaitoa. Se lisää työntekijöiden kokemaa vaikutusvaltaa kehitettävää asiaa kohtaan, kun he pääsevät suunnittelemaan työtehtäviään yhdessä. Sen lisäksi, että toimintatutkimuksella kehitetään toimintaa, sen avulla vaikutetaan ongelmalliseksi koettuun toimintatilanteeseen. Se kehittää käytännön toimintaa ja toimintatilannetta ja lisää osallistujien ymmärrystä asiaa kohtaan. (Suojanen, 2014, ks. myös Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Myös Heikkinen (2018, s. 215–222) on kuvannut toimintatutkimuksen olevan käytännön kehittämistyön ja teorian yhdistämistä. Se ei varsinaisesti olekaan tutkimusmenetelmä, vaan toimintatutkimuksessa halutaan kehittää käytänteitä etsimällä uutta tietoa. Tutkija ei ole toimintatutkimuksessa ulkopuolinen, vaan hän on aktiivinen kehittämisessä mukana oleva henkilö. Reflektiivinen ajattelu on suuressa roolissa toimintatutkimuksessa.

Toimintatutkimus on vahvasti sosiaalista toimintaa, sillä siinä tutkitaan sosiaalista kanssakäymistä käytännössä. Sen halutaan olevan osallistavaa, jotta siihen osallistuvat joutuvat pohtimaan taitojaan, tietojaan ja arvos-

tuksiaan. Toimintatutkimuksessa halutaan pitää kriittinen ajattelu mukana ja sen avulla halutaan irtautua epätydyttävistä rakenteista, mitkä vaikeuttavat kehittymistä ja itseohjautuvuutta. (Suojanen, 2014, ks. myös Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Toimintatutkimuksessa voidaan hyödyntää kyselylomakkeella kerättyä aineistoa (Huovinen & Rovio, 2007, s. 104).



Kuvio 1. Toimintatutkimuksen eri vaiheet. (mukailien Kananen, 2012, s 102,116–117.)

On yleisesti tiedostettu, että kun ratkaisut tulevat valmiina eivätkä työntekijät ole itse vaikuttaneet toiminnan kehittämiseen ja sen ongelmien ratkaisuun, ei työntekijöissä tapahdu henkistä kasvua eikä todelliseen toiminnan kehittämiseen ole motivaatiota eikä sitä tapahdu siitä syystä. Tutkimuksellista näkökulmaa toiminnan kehittämiseen tarvitaan siksi, että pelkän omakohtaisen kokemuksen ja arkiajattelun varassa toimiessa voidaan helposti jäädä vallitsevien toimintamallien rajoihin. Vallitsevaan käytäntöön tutkimuksellista tietoa hakiessa antaa se mahdollisuuden uusien toimintatapojen löytämiselle ja asioiden monipuoliseen ymmärtämiseen. Tämän tutkimuksellisen tiedon varassa voidaan kriittisesti tarkastella ja arvioida vanhoja toimintatapoja ja miettiä ratkaisua ongelmalliseen työskentelytapaan. (Suojanen, 2014, ks. myös Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

7.1 Toimintatutkimuksen tarpeen määrittäminen

Tarve tälle työelämälähtöiselle opinnäytetyölle tuli siitä, että omaishoitoperheen palvelupolku on ollut epäselvä Janakkalassa, sitä ei ole muotoiltu yhtenäiseksi kaikkien omaishoitoperheen kanssa työskentelevien kesken. Tämä on aiheuttanut epäselvyyttä ja päällekkäisyyttä esimerkiksi asiakkaan hoidon järjestämisessä ja suunnittelussa. Epäselvyyttä on ollut siinä mihin kirjataan ja mitä kirjataan ja tästä syystä tieto ei välttämättä välity kaikille hoitoa toteuttaville osapuolille.

Opinnäytetyön ideointia lähdettiin toteuttamaan laatimalla aiheesta käsittekartta, jonka tarkoituksena oli laajentaa asian ymmärtämistä kokonaisuutena sekä hahmottaa asioiden yhteyksiä. (Koppa, 2018) Ideoinnin jälkeen laadittiin aikataulu tulevalle opinnäytetyölle (Kuvio 1, s. 21).

Ideoinnin ja aikataulutuksen jälkeen ongelman määrittelyä jatkettiin hakemalla teoretietoa aiheeseen liittyen. Tietoa haettiin Google Scholarista, CINAHL-tietokannasta sekä olemassa olevista materiaaleista muun muassa kirjaamisvalmennuskoulutuksen materiaali. Pääkäsitteet muotoutuivat samassa yhteydessä.

Kysely on yksi tapa kerätä aineistoa ja kyselytutkimuksen etuina pidetäänkin usein sitä, että sen avulla voidaan kerätä aineisto hyvin laajasti. Kysely on menetelmänä tehokas, ja sen kustannukset ovat arvioitavissa hyvinkin tarkasti. Kyselytutkimuksen aikataulutusta on myös helppoa tehdä. Kyselylomakkeen laatiminen vaatii kuitenkin aikaa ja kyselylomaketta tulee testata ja muokata taas uudelleen. Ei voida myöskään tietää, kuinka vakavissaan vastaajat vastaavat kyselyyn, ymmärretäänkö kysymykset täysin oikein ja myös vastaamattomuus eli kato voi aiheuttaa ongelmia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2016, s. 193–204) Tässä opinnäytetyössä haluttiin käyttää nimenomaan postikyselyä, koska menetelmänä se on tehokas ja säästää aikaa.

Ongelman tarkempaan määrittelyyn laadittiin kyselylomakkeet omaishoitoperheille ja intervalliyksikön sekä kotihoidon työntekijöille. Kyselylomakkeessa oli strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset antavat vastaajalleen mahdollisuuden itseilmaisuuksiin sanallisesti, antavat tietoa vastaajien ymmärryksestä tutkittavaa aihetta kohtaan, sekä ilmentää vastaajien asiaan liittyvien tunteiden voimakkuutta. (Hirsjärvi ym., 2016, s. 201) Kyselylomake laadittiin teoreettisen viitekehyksen avulla ja ennen tutkimusluvan hakemista kyselylomake testattiin kolmella henkilöllä. Yksi henkilö oli palveluohjaaja, yksi henkilö huolehtii iäkkäistä vanhemmastaan, mutta ei toimi omaishoitajana tai omaishoitajan lailla ja yksi henkilö työskentelee ikäihmisten parissa. Heidän palautteensa perusteella kyselylomaketta vielä muokattiin. Kun tutkittavina olivat asiakkaat ja henkilöstö, sekä heidän kokemuksensa tarvittiin tutkimuslupa. Tutkimusluvan myönsi vs. vanhustyön johtaja.

7.2 Toimintatutkimuksen suunnitteleminen ja kehittäminen

Toimintatutkimuksen suunnitteluvaiheessa tutkija perehtyy yhdessä osallistujien kanssa tutkittavaan toimintaan. Tarkoituksena on syventää voimassa olevien toimintatapojen itseyttä. Suunnittelussa myös tarkennetaan tutkimuksen tavoitteet ja sovitaan yhteiset pelisäännöt. Tärkeää on, että kaikki toimintatutkimukseen osallistuvat voivat kokea itsensä tasavertaisina toimijoina ja heidän asiantuntemuksensa ja osaaminen voidaan hyödyntää parhaimmalla mahdollisella tavalla. Suunnittelemista vaatii myös tutkimuksen raportoiminen ja tutkimustulosten hyödyntäminen toiminnan kehittämisessä. (Suojanen, 2004)

Ongelmaa tutkittiin niin omaishoitajien kuin henkilöstön näkökulmasta siksi, että ongelmaan saatiin näkökulmaa monesta eri suunnasta ja heille lähetettiin samansisältöinen kyselylomake. (Kuvio 1, s. 21) Omaishoitajille se lähetettiin postitse ja henkilöstölle sähköisesti. Tällä tavalla saatiin paljastettua ongelman ydin mahdollisimman kattavasti. On yleisesti tiedossa, että ilmiö liittyy aina olemassa olevaan ympäristöön ja se rakentuu useista eri tekijöistä ja elementeistä ja näiden välillä vaikuttavista prosesseista ja riippuvuussuhteista. (Kananen, 2012 s. 102)

Omaishoitajille kotiin lähetettävään kyselylomakkeeseen päädyttiin koska kaikilla omaishoitajilla ei ole käytössä internetiä. Kyselylomakkeen täyttämiseen tarjottiin apua palvelua tuottavan tahon toimesta vastaajan niin halutessa. Osallistuja sai halutessaan myös pyytää lomakkeen täyttämässä läheisensä apua. Tällä haluttiin varmistaa se, että kaikki kyselyyn osallistujat saivat mahdollisuuden osallistumiseen. Yksi kyselylomakkeen täyttäminen toteutettiin puhelinhaastattelulla. Palautuksen jälkeen kyselylomakkeet koodattiin ja syötettiin Questback-ohjelmaan, jolloin tuloksia on helpompi käsitellä ja saada niistä raportteja.

Samana sisältöinen kysely teetettiin myös intervalliyksikön ja kotihoidon työntekijöille. Vastausten perusteella saatiin tietoa palvelun tuottajan näkökulmasta. Työntekijöiden kysely toteutettiin Questback-ohjelmalla, mikä on käytössä Janakkalan kunnassa. Henkilöstölle esitettävät kysymykset ovat nähtävillä liitteessä viisi.

7.2.1 Kyselyiden analysointi

Tässä kehittämistyössä strukturoiduissa kysymyksissä laskettiin tutkittavaan asiaan liittyvien ilmiöiden ja käsitteiden esiintymistiheyttä, avoimissa kysymyksissä teemoitettiin vastausten keskinäisiä yhteneväisyyksiä.

Ongelman ratkaisemiseksi kyselylomakkeet analysoitiin teemoittamalla. Se on luonnollinen ja helppo aineiston analyysitapa silloin, kun haastateltaville on esitetty samat kysymyslomakkeet. Teemoittamalla pyritään pelkistämään aineisto etsimällä tekstistä olennaisimmat asiat. Teemat liittyvät tekstin sisältöön ja teemojen avulla pyritään saamaan esille ydin

tekstistä. Aineistolähtöisessä lähestymistavassa etsitään teemoja, joita tutkittavat tuovat esille. Aineistoa voi teemoittaa myös tutkimuskysymysten kautta. Tällöin tulee löytää tutkittavien teemoille antamia merkityksiä. Kun teemat on löydetty, niiden merkityssisältöä täsmennetään esimerkiksi käsitekartan avulla. Sen jälkeen teeman merkityssisältö formuloidaan eli muotoillaan se sanallisesti. (Kananen, 2012 s. 116–117). Toiminnallisen osion suunnittelu käynnistyi kyselylomakkeiden analysoinnin jälkeen. Kyselylomakkeiden teemoittelu nosti esiin ne teemat, mitä Learning cafe työpajoissa käsiteltiin. Kyselylomakkeiden tulokset esitellään lukumäärin, prosenttein ja teemojen avulla.

7.2.2 Learning Cafe työpajojen suunnittelu

Kehittämistyö toteutettiin osallistavana, eli siihen otettiin mukaan Janakalasta kotihoidon, intervalliyksikön, palveluohjauksen henkilökuntaa ja omaishoitajia. Osallistaminen toteutettiin Learning cafe-työpajatyypinä toimintana, jota voidaan käyttää suuremman verkoston kanssa työskennellessä. Learning cafe työpajamenetelmässä oikeita tai vääriä vastauksia ei ole vaan tarkoituksena on saada uusia ideoita ja näkökulmia esimerkiksi kehitteillä olevaan asiaan ja se etenee pääpiirteittäin seuraavasti: Suurempi verkosto jaetaan pienempiin, yhtä suuriin pöytäkuntiin. Jokaiselle pöytäkunnalle valitaan puheenjohtaja. Puheenjohtaja pitää yllä keskustelua ja kirjanpitoa. Yksi pöytäkunta pohtii yhtä kysymystä/aihetta 20 minuuttia ja sen jälkeen vaihtaa pöytää. Puheenjohtaja ei liiku vaan kertoo aina seuraavalle pöytäkunnalle mitä on edellisen ryhmän kanssa saatu aikaan ja siitä jatketaan eteenpäin. Puheenjohtajat tekevät lopuksi yhteenvedon aiheesta. Tämä tukee yhteisen ymmärryksen syntymistä. (Järvensivu, Nykänen & Rajala, 2010, s. 68–69)

Learning Cafe työpajat suunniteltiin analysoimalla kyselylomakkeet ja käyttämällä niistä esiin tulleita pääteemoja Learning Cafe työpajojen runkona. Näitä pääteemoja olivat tiedonkulku, näkyvyys ja päivähoito. Learning cafe työpajassa osallistujille annetaan nämä pääteemat jatkotyöstettäväksi siitä ajatuksella, kuinka pääteemojen aiheita saataisiin kehitetyksi eteenpäin ja niitä toteutettaisiin käytännössä onnistuneesti.

7.3 Toimintatutkimuksen toteuttaminen

Learning cafe työpajaan osallistuivat intervalliyksikön hoitajia, kotihoidon hoitajia, omaishoitajia ja Ikäkeskuksen henkilökuntaa. Ensimmäiseen työpajaan, mikä pidettiin 3.4.2019, osallistui intervalliyksikön työntekijöitä, arviointitiimin työntekijä ja intervalliasiakkaiden omaisia. Kotihoidon työntekijät puuttuivat kokonaan tästä työpajasta, sillä heidän työtilanteensa ei sallinut osallistumista työpajaan. Tunnelma oli odottavan innostunut ja alkuun päästyään ryhmät työskentelivätkin intensiivisesti. Oli hyvä, että ryhmien aika kelloitettiin. Toisessa työpajassa mikä pidettiin

10.4.2019, oli osallistujia myös kotihoidosta. Tunnelma oli tässäkin työpajassa innostunut ja ryhmät työskentelivät intensiivisesti.

Ensimmäiseen Learning cafe-työpajaan osallistui kuusi omaishoitajaa, joille henkilökohtaisesti soittamalla kysyttiin mielenkiintoa työpajaan osallistumiseen. Omaishoitajat valikoitiin juuri jaksoilla olevien asiakkaiden joukosta. Tällöin omaishoidettavalle ei tarvinnut erikseen järjestää hoitopaikkaa. Tämän ajateltiin olevan käytännönläheisin tapa ja toisaalta se oli myös sattumanvarainen otos. Toiseen työpajaan osallistui viisi omaishoitajaa, neljä kotihoidon työntekijää, kolme intervalliyksikön työntekijää ja ikäkeskuksen terveydenhoitaja.

Learning cafe työpajatyöskentely aloitettiin, niin, että ensin osallistujille jaettiin post-it laput. Näiden lappujen värien mukaan he jakautuivat kolmeen eri pöytään. Työpajaan haluttiin luoda avoin kahvilanomaisen ympäristö järjestämällä tilan pöydät pieniksi pöytäkunniksi. Pöydille oli jaettu jo etukäteen paperia ja kyniä. Pöydille oli laitettu etukäteen eriväriset post-it laput, ja sen mukaan osallistujat sijoittuivat pöytään. Opinnäyte-työntekijät jakoivat osallistujat niin, että kaikkiin pöytiin sijoittui omaishoitajia ja työntekijöitä. Tällä halutaan edistää verkostoitumista. Henkilöstön kesken sovittiin, että pöytien assistentteina toimivat joko intervalliyksikön ja kotihoidon hoitajat ja he keskenään päättävät pöytäkunnittain, kuka assistenttina toimi. Ennen työpajoihin ryhtymistä nautittiin pöytäkunnittain kahvit.

Seuraavaksi osallistujille määriteltiin asiayhteys, miksi työpaja järjestetään ja mikä on kokoontumisen tarkoitus. Osallistujille kerrottiin myös Learning cafe työpajamenetelmä ja eri aihealueet pöytäkunnittain. Erityisesti korostettiin, että tarkoitus olisi pohtia aiheen kannalta olennaisia ja merkityksellisiä asioita ja aiheet tulisi kohdistaa uusiin mahdollisuuksiin, ei ongelmiin. Aiheita, joita eri pöytäkunnissa käsiteltiin, olivat:

1. Tiedon välittäminen intervalliyksikön, kotihoidon ja omaishoitajien kesken, kysymyksen muodossa ”miten parantaa tiedonkulkua intervalliyksikön, kotihoidon, omaishoitajien kesken?”
2. Intervalliyksikön toiminnan näkyvyys, kysymyksenä ”miten omaishoitaja saa kattavan tietopaketin hoidettavan viikosta intervalliyksikössä?”
3. Päivähoito, kysymyksenä ”miten voisi järjestää omaishoitajien kauppa-asiointi, harrastus, tms. vapaan?”

Yhteensä kolmeen eri pöytäkunnan keskusteluun käytettiin aikaa yhteensä 45 minuuttia. Kun jokainen osallistuja oli kiertänyt kaikki pöytäkunnat, esittelivät pöytäkuntien assistentit ja jokaisen pöytäkunnan aikaan saannokset ja tämän jälkeen annettiin vielä mahdollisuus uusiin ideoihin ja keskusteluun kaikkien kesken.

Työpaja menetelmällä saadut uudet ideat ja näkökulmat analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on perusanalysointimenetelmä erilaisille aineistoille ja sitä käytetäänkin useissa laadullisen tutkimuksen menetelmissä. Sisällönanalyysillä voidaan tiivistää aineistoa tai sillä voidaan kuvata tutkittavien ilmiöiden välisiä suhteita. Tämä menetelmä haastaa tutkijansa ajattelemaan itse. Sisällönanalyysistä voidaan erottaa kaksi erilaista lähestymistyyliä, aineistolähtöinen ja teorialähtöinen lähestymistapa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 165–168 kts. myös Tuomi & Sarajärvi, 2017)

Raportin kirjoittaminen aloitettiin keväällä 2019, kun Learning Cafe-työpajojen tulokset olivat valmiina. Heinäkuussa 2019 pidettiin palaveri tilaajan kanssa ja palaverissa tiedotettiin tilaajaa sekä sovittiin etenemisestä. Tämän jälkeen aloitettiin palvelupolun mallintaminen suunnitteleamalla palvelupolun eri vaiheet ja hahmottelemalla tulevaa kuvauksen tapaa. Varsinaiseen kuvauksen muodostamiseen saatiin apua Janakkalan kunnan viestintäpäälliköltä, jotta kuvaus olisi yhdenmukainen kunnan muun sähköisen materiaalin kanssa.

7.4 Toimintatutkimuksen arvioiminen

Toimintatutkimuksen luonteeseen kuuluu toiminnan jatkuva arviointi ja reflektointi koko prosessin ajan. Tutkimusta tehdessä tutkijan kuuluu analysoida aineistoa ja tulkita sitä saadakseen tietoa, minkä pohjalta tutkija pystyy hahmottamaan kokonaisuuden. Tutkimuksesta saatua tietoa arvioidaan ja se vaikuttaa toiminnan kehittämiseen, lopullinen arviointi syntyy aineiston teemoittelun avulla. Arvioinnin avulla pystytään todentamaan, onko toimintatutkimus pystynyt kehittämään toimintaa ja toimintatutkimukseen osallistuneita. Arviointi antaa myös uusia suunnitelmia jatkokehittämiseen. Toimintatutkimuksen arviointi myös vaikuttaa tutkimuksen tulosten luotettavuuden arviointiin. (Suojanen, 2004)

Opinnäytetyöntekijät pitivät koko prosessin ajan päiväkirjaa mikä selkiytti ajatuksia ja auttoi etenemään oikeaan suuntaan. Tämän lisäksi opinnäytetyöntekijät olivat aktiivisesti yhteydessä opinnäytetyön tilaajaan, ja tilaaja antoi koko prosessin ajan palautetta työn sen hetkisestä vaiheesta. Opinnäytetyöhön tehtiin joitakin parannuksia tilaajan ehdotuksesta.

Opinnäytetyö esitetään loppuseminaarissa Hämeen ammattikorkeakoulussa marraskuussa 2019 ja sen jälkeen se julkaistaan Theseuksessa. Tämän jälkeen pidetään kohderyhmille esittely opinnäytetyöhön liittyen. Toimintamalli otetaan käyttöön vuonna 2020.

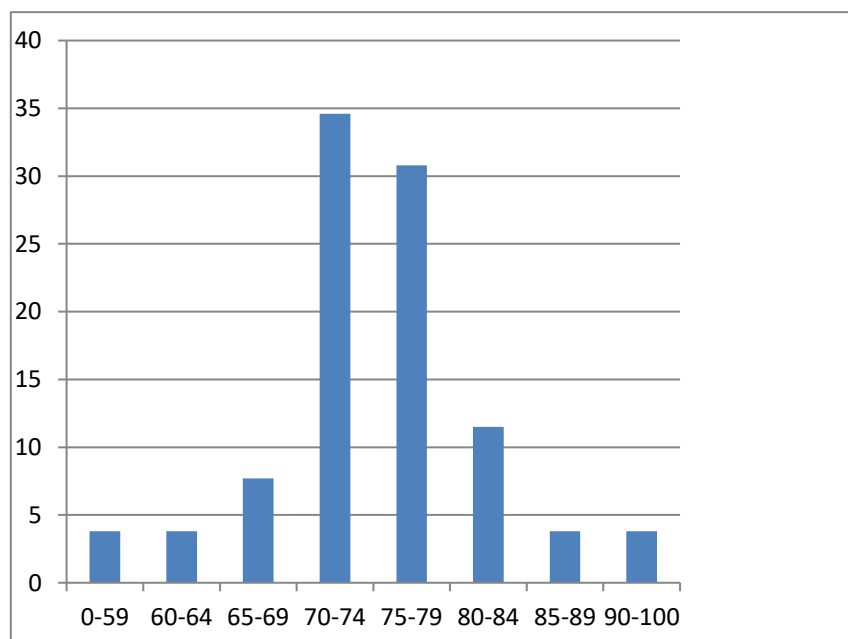
8 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tässä luvussa käsitellään sekä kyselylomakkeista, että Learning Cafe työpajoista saadut tulokset. Omaishoitajien kyselyiden tulokset käsitellään ensin ja tämän jälkeen käsitellään hoitohenkilöstön kyselyiden tulokset. Näiden jälkeen siirrytään Learning Cafe työpajojen työskentelyistä saatuihin tuloksiin. Hirsjärven ym. (2016, s.229–230) mukaan tutkimus ei ole valmis, vaikka tulokset olisivatkin analysoitu. Tuloksia tulee tulkita niin, että lukija saa selkeän käsityksen tuloksista.

8.1 Omaishoitajien kyselyn tulokset

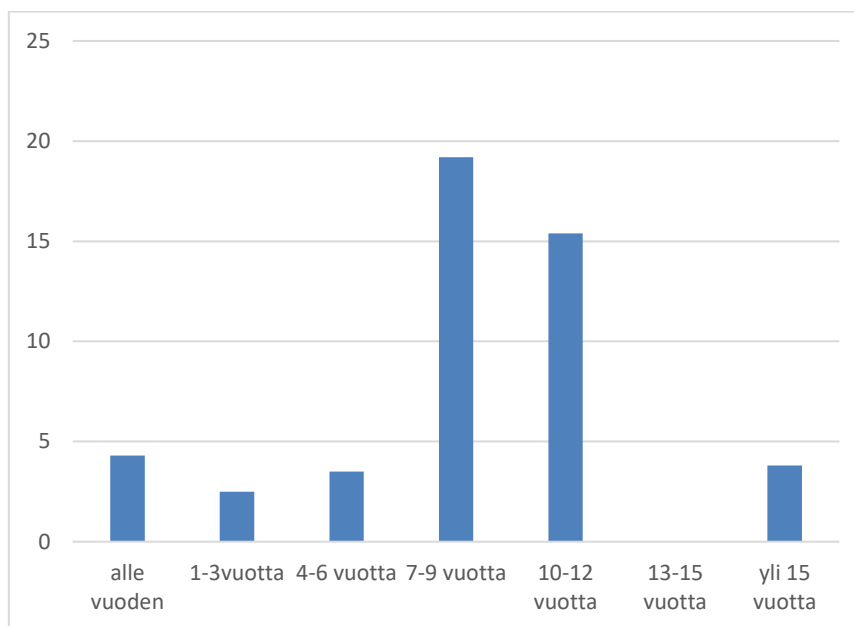
Kyselylomake lähetettiin 63 omaishoitajalle tai omaishoitajan lailla toimivalle kuntalaiselle. Omaishoitajan lailla toimivat poimittiin intervallijaksoilla käyvästä asiakasperheistä. Kaikista omaishoitajan lailla toimivista ei ole varmaa tietoa, jos palveluja ei ole käytössä. Kyselylomakkeita palautui määräaikaan mennessä 23. Vastausprosentti määräaikaan mennessä oli 41.

Kyselylomakkeiden vastaukset syötettiin Questback-ohjelmaan. Taustatiedoissa kysyttiin vastaajien sukupuolta sekä ikäjakaumaa. 16 vastaajista oli naisia (N=23). Seuraavaksi tarkastellaan vastaajien ikäjakaumaa. (Kuvio 2.)



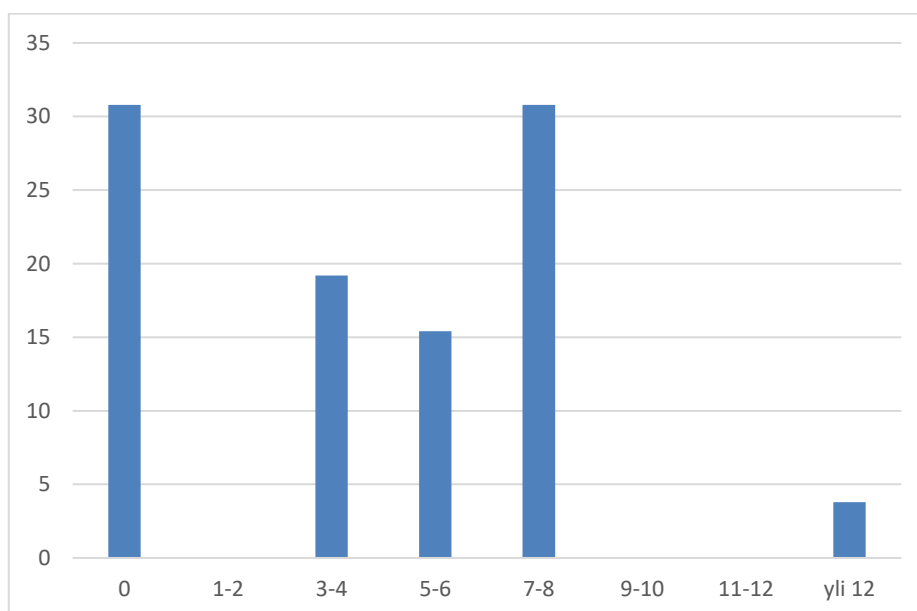
Kuvio 2. Vastaajien ilmoittama ikä ikäryhmittäin (N=23, %).

Vastaajista suurin osa oli 70–74 vuotiaita, toiseksi suurin ikäryhmä olivat 75–79 vuotiaat. Vähiten vastaajissa oli 0-64 vuotiaita sekä 85–100 vuotiaita. Näissä ryhmissä oli yhtä vähän vastaajia. (Kuvio 2.)



Kuvio 3. Omaishoitajuuden kesto vuosina (N=23, %)

Kyselylomakkeessa kysyttiin myös omaishoitosuhteen kestoja. (Kuvio 3.) Suurin osa vastaajista oli hoitanut läheistään 7-9 vuotta. Toiseksi suurin vastaajaryhmä oli hoitanut läheistään 10–12 vuotta. 13–15-vuotta omaishoitajana toimineita ei ollut vastaajissa lainkaan. Vähiten omaishoitajia oli ryhmässä 1-3 vuotta läheistään hoitaneissa. Alle vuoden, 4-6 – vuotta sekä yli 15 vuotta läheistään hoitaneissa lukumäärä jakautui melko tasaisesti.

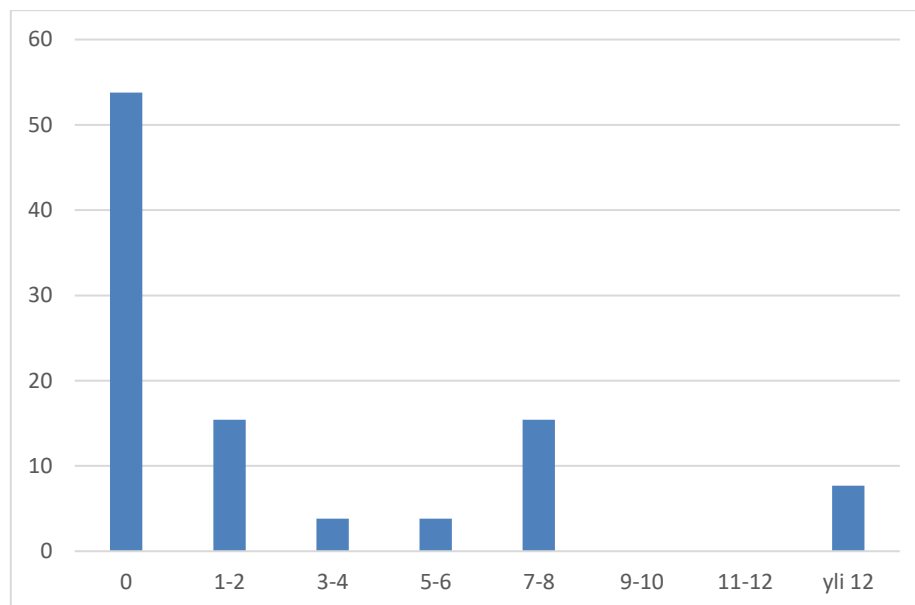


Kuvio 4. Omaishoitajien käyttämät vapaapäivät kuukaudessa (N=23, %)

Kuviossa 4. kuvataan omaishoitajien käyttämien vapaapäivien määrää kuukaudessa. Vastausten mukaan yhtä suuri joukko käytti omaishoitajan vapaitaan seitsemästä kahdeksaan päivää kuukaudessa ja samansuuruisen joukko ei käyttänyt omaishoitajien vapaapäiviä lainkaan. Näiden jäl-

keen suurin joukko olivat vastaajat, jotka käyttivät omaishoidon vapaita kolmesta neljään päivään kuukaudessa. (Kuvio 4.)

Vastaajista 16 oli sitä mieltä, etteivät he saa riittävästi omaishoitajan vapaita jaksamisensa tukemiseksi, kun taas vastaajista seitsemän sai mielestään tarpeeksi omaishoitajan vapaita.



Kuvio 5. Kotihoidon käyntien määrä tunteina viikossa (N=23, %)

Kyselyssä kysyttiin myös, onko omaishoitajilla käytössä kotihoidon palveluja ja jos on, montako niitä on viikossa. (Kuvio 5.) Vastaajista 12:lla ei ollut käytössään kotihoidon palveluja. Niistä, jotka kotihoitoa käyttivät, oli yleisimmin käytössä 7-8 käyntiä viikossa. Toiseksi suurin kotihoidon käyttäjäryhmä olivat ne vastaajat, joilla oli yli 12 käyntiä viikossa. Kukaan ei käyttänyt kotihoidon palveluita 9-12 kertaa viikossa. Vähimmillään kotihoidon palveluita käytettiin 3-6 viikossa. (Kuvio 5.)

Kysyttäessä saavatko omaishoitajat mielestään tarpeeksi omaishoidon tukipalveluja, yli puolet omaishoitajista sai mielestään riittävästi omaishoidon tukipalveluja kuten intervallihoitoa ja/tai kotihoitoa. He, jotka eivät saaneet mielestään riittävästi tukipalveluja, kuvasivat että heitä voisi auttaa esimerkiksi päivähoito, intervallijaksojen pidentäminen tai kotikäyntien lisääminen, perhehoito, vertaistuki ja kodinhoidollisissa töissä avun saaminen.

”Tapaamisia muiden kanssa tai keskusteluyhteyttä.”

”Muistisairaalle vakituiset hoitajat, ettei tarvitse jatkuvasti ohjeistaa kotihoitoa.”

”Jos mahdollista, olisi enemmän kotikäyntejä tai intervallihoidoa enemmän.”

Kysyttäessä omaishoitajien ajatuksia tärkeimmistä yhteistyötahoista, vastauksista kävi ilmi, että omaishoitajat eivät ole pisteyttäneet kaikkia kohtia. Kysymyksessä pyydettiin numeroimaan tärkeimmät yhteistyötahot niin, että tärkein oli numerolla 1 ja vähiten tärkein numerolla 5. Tärkeimpänä yhteistyötahona pidettiin intervallihoidon yksikköä (n=22). Toiseksi tärkeimpänä yhteistyötahona pidettiin lääkärin palveluita (n=21) ja kolmanneksi tärkeimpänä yhteistyötahona pidettiin kotihoitoa (n=19). Ikäkeskusta piti tärkeimpänä 14 vastaajaa. Toiseksi vähiten tärkeänä yhteistyötahona pidettiin kuntoutuspalveluita (fysioterapiaa, puheterapiaa, toimintaterapiaa n=2). Vähiten tärkeänä yhteistyötahona pidettiin kotiin tulevaa hoitajaa (n=1), omaishoitajat ry (n=1), palveluseteli (n=1) ja muistihoitaja (n=1).

Omaistaan koskevia tietoja intervallijaksolle tullessa sai mielestään välitettyä 20 vastaajaa. Kolme vastaajaa koki, että he eivät saa välitettyä omaistaan koskevia tietoja intervallijaksolle tullessa ja he kertoivat syiksi muun muassa hoitajien kiireen ja kiinnostuksen puutteen ja sen, että vuorossa saattaa olla sijainen, joka ei tiedä asioista riittävästi.

”Omaisensa vastaanottava hoitaja kyllä ottaa tiedot, mutta niitten välittyminen eteenpäin muille hoitajille ei oikein toimi.”

”Hoitajilla kiire eivätkä ole kiinnostuneita tai kysele.”

”Joskus hoitaja sanoo ”En tiedä, olen tuuraaja”.

Tämän jälkeen kysyttiin, toteutuuko omaishoitajien mielestä kotihoidon, intervalliyksikön, palveluohjauksen ja lääkärin välinen tiedonkulku. Yhdenoista vastaajan mielestä tiedonkulku toimii, neljän mielestä tiedonkulku ei ollut täysin toimivaa ja yhdeksällä vastaajalla ei ollut lainkaan kokemusta tästä.

”Jos jakso on pe-ma, ei toteudu. Palveluseteliasiakkaan ja lääkärin välinen hankalaa.”

”Kotihoidon ja Apilan ja lääkärin välillä tuntuisi toimivan. Palveluohjauksesta ei ole tietoa.”

”Siinä olisi kehitettävää. Ei taida olla aina lääkäriäkään. Reseptien uusintakin on tarkastelun paikka.”

Seuraavaksi kysyttiin, ovatko omaishoitajat tietoisia siitä, että kotihoito ja intervalliyksikkö tekevät yhteistyötä. Kymmenen vastaajaa tiesi, että ko-

tihoito ja intervalliyksikkö tekevät yhteistyötä. Kolmetoista vastaajista ei tiennyt yhteistyöstä. Voidaanko päätellä, että niillä, joilla on kotihoito käytössä tietävät myös yhteistyöstä? Yhteistyö on vastaajien kokemuksen mukaan tiedon välittymistä intervalliyksikön ja kotihoidon välillä;

"Tiedonkulkua on potilaan tilan seurannassa. Voin myös välittää omia tietojani potilaan toiveista ja "omituksista".

"Jos on murheita, he kuuntelevat kyllä."

"Se on tiimityötä parhaimmillaan."

Kysyttäessä toivoisivatko omaishoitajat enemmän yhteistyötä eri tahojen kesken. Yhdeksän vastaajaa toivoi enemmän yhteistyötä, kun taas yksitoista vastaajaa ei nähnyt tarvetta yhteistyön lisäämiselle. Yksi vastaajista ei osannut sanoa.

Seuraavaksi kysyttiin yhteistyötä lisää toivovilta sitä, millaista yhteistyön tulisi olla. Vastaukseen ei vastattu kuvaillen millaista yhteistyön tulisi olla vaan omaishoitajat korostivat vastauksissaan tiedottamisen ja tiedonkulun tärkeyttä;

"Intervallijakso jäänyt ilmoittamatta meille. Soitettu illalla, miksi asiakas ei ole vielä tullut!"

"Kaiken kaikkiaan joka suuntaan enemmän tiedonkulkua"

Kyselyn mukaan omaishoitajat haluaisivat enemmän tietoja omaisen ajasta intervalliyksikössä;

"Esim. tapaaminen potilaan/asiakkaan, omaishoitajan, hoitajan ja lääkärin kanssa samanaikaisesti."

"Riippuu täysin kotipalvelujen omahoitajasta pitääkö hän yhteyttä vai ei."

Kysyttäessä miten palveluja pitäisi kehittää tulevaisuudessa, vastauksissa toivottiin muun muassa lisää resurssia intervalliyksikköön, pienempää intervalliyksikköä, vähemmän hoitajien vaihtuvuutta kotihoidossa sekä toiminnallisempaa sisältöä intervallijaksoille;

"Vähemmän vaihtuvuutta kotihoidon hoitajiin."

"Omaishoito on ajoittain raskasta. Toivoisin, että omaishoitajakin otettaisiin enemmän huomioon. Esimerkiksi henkiin hyvinvointiin ja jaksamiseen kiinnitettäisiin huomiota."

"Jos omaishoitaja haluaisi käydä viikoittain virkistäytymässä tai keskusteluryhmissä, niin omaiselle pitäisi järjestää "hoitoparkki".

Lopuksi vastaajille annettiin mahdollisuus antaa vapaasti palautetta joko intervalliyksiköstä tai kotihoidosta;

"Toimii mielestäni tosi hyvin."

"Apilassa tehdään hyvää työtä pienellä henkilökuntamäärällä."

"Kun kotihoidon hoitotiimit on saatu rakennettua, olisi hyvä saada omaisen hoitokansioon luettelo niistä henkilöistä, jotka häntä hoitavaan tiimiin kuuluvat."

8.2 Hoitohenkilöstön kyselyn tulokset

Henkilöstölle laadittu kyselylomake lähetettiin sähköisesti Questback -ohjelmalla 15 työntekijälle. Vastauksia saatiin yhteensä kuudelta työntekijältä. Neljä hoitajista on työskennellyt kunnassa 1-10 vuotta ja kaksi hoitajaa oli työskennellyt 10–20-vuotta. Neljä vastaajista työskenteli intervalliyksikössä ja kaksi kotihoidossa. Vastaajista neljä oli 20–40-vuotiaita ja kaksi oli 50–60 vuotiaita.

Vastaajilta kysyttäessä, saavatko omaishoitajat riittävästi vapaapäiviä jaksamisen tukemiseksi, kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että saavat ja neljä vastaajaa oli sitä mieltä, etteivät omaishoitajat saa riittävästi vapaapäiviä tukemaan jaksamistaan. Hoitajien mielestä kolmen päivän vapaa ei ole riittävä tukemaan omaishoitajien jaksamista vaan heidän mukaansa vapaapäiviä tulisi olla enemmän. Kaksi vastaajista oli sitä mieltä, että omaishoitajat saavat riittävästi omaishoidon tukipalveluja. Neljän vastaajan mukaan tukipalveluja ei ole riittävästi saatavilla, ja he ehdottivatkin jonkinlaista päivähoiton mahdollisuutta omaishoidettaville. Päivähoito voisi olla muutaman tunnin mittainen niin, että hoidettavan voisi viedä johonkin. Vaihtoehtoisesti se, että hoitaja tulisi kotiin, nähtiin hyväksi vaihtoehdoksi nykyisten palvelujen rinnalle.

Asiakasperhettä piti tärkeimpänä yhteistyökumppanina viisi kuudesta hoitajasta. Yksi vastaajista oli sitä mieltä, että kotihoito on tärkein yhteistyökumppani ja neljä vastaajaa piti sitä toiseksi tärkeimpänä yhteistyökumppanina. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että kotihoito on kolmanneksi tärkein yhteistyötaho. Neljä vastaajaa oli sitä mieltä, että palveluohjaus oli kolmanneksi tärkein yhteistyötaho ja yksi vastaaja oli sitä mieltä, että se on neljänneksi tärkein ja yksi sitä mieltä, että se on viidenneksi tärkein yhteis-työtaho. Intervallihoitoa ja lääkäriä pidettiin melko samanveroisena yhteistyötahona, mutta intervallihoitoa toiseksi tärkeimpänä yhteis-

työtahona piti yksi hoitaja, neljänneksi tärkeimpänä kaksi hoitajaa ja viidenneksi tärkeimpänä kolme hoitajaa, kun taas lääkäriä piti kolmanneksi tärkeimpänä yhteistyötahona yksi hoitaja, neljänneksi tärkeimpänä kolme hoitajaa ja viidenneksi tärkeimpänä kaksi hoitajaa.

Seuraavaksi pyydettiin intervalliyksikön henkilöstöä kuvaamaan, miten omaishoitajat saavat välitettyä hoidettavaa koskevia tietoja hänen tullessaan jaksolle. Kaikilla neljällä oli selkeä näkemys siitä, että tietoa oli helppoin välittää keskustellen tai soittamalla, jos omaishoitaja ei ollut mukana jaksolle tultaessa. Tämän jälkeen esitettiin edellisen kaltainen kysymys kotihoidon henkilöstölle siitä, miten he kokivat tiedon siirtyvän intervalliyksikön ja kotihoidon välillä. Kotihoidon henkilöstö sai tiedon intervallijakson sujumisesta lukemalla siitä HOI-lehdeltä tai keskustelemalla omaishoitajan kanssa. Kiire saattoi estää tietojen lukemisen. Myös intervalliyksikön yksi vastaaja korosti kiireettömän keskusteluhetken luomisen tärkeyttä.

Kysyttäessä, miten yhteistyö kotihoidon ja intervallihoidon välinen yhteistyö konkreettisesti ilmenee, saatiin vastauksista esille, että yhteistyötä tehdään soittamalla, kirjaamisen välityksellä sekä kiperimmissä tilanteissa järjestämällä hoitoneuvottelu. Lisää yhteistyötä omaishoitoperheiden kanssa toimivien tahojen välillä kaipasi viisi vastaajista. Keinoiksi mainittiin tiedonkulun parantaminen. Haasteelliseksi tiedonkulku koettiin palveluseteliryttäjiin. Heillä ei ole yhteneviä potilastietojärjestelmiä käytössä eli yhteistä tiedonvälityskanavaa ei ole, muuta kuin omaishoitaja. Yhteenvetolehden koontia myös toivottiin. Se onkin jo käytössä ja tehdään jokaisen intervallijakson jälkeen.

Kirjaamisen merkitys korostui, kun kysyttiin miten ja millä tavoin tiedonkulkua voitaisiin parantaa. Vastauksissa korostuivat kirjaamisen laadun merkitys sekä rinnakkaisnäköymän käytön tärkeys. Myös tiedottamisen merkitystä korostettiin.

Omaishoitajien ja henkilöstön vastausten perusteella valittiin käsiteltävät teemat opinnäytetyön kehittämisosioon Learning Cafe työpajoihin, joita olivat intervalliyksikön toiminnan näkyvyys, päivähoito ja tiedonkulku.

8.3 Tulokset Learning cafe työpajoista

Kappaleessa 7.3 on kuvattu tarkemmin Learning cafe työpajaa menetelmänä. Ensimmäinen Learning cafe työpaja pidettiin 3.4.2019 ja siihen osallistui kuusi omaishoitajaa, joille henkilökohtaisesti soittamalla kysyttiin mielenkiintoa työpajaan osallistumiseen. Omaishoitajat valikoitiin juuri jaksoilla olevien asiakkaiden joukosta. Tällöin omaishoidettavalle ei tarvinnut erikseen järjestää hoitopaikkaa. Tämän ajateltiin olevan käytännönläheisin tapa ja toisaalta se oli myös sattumanvarainen otos. Intervalliyksiköstä osallistui ensimmäiseen työpajaan neljä työntekijää ja arvi-

ointitiimistä yksi työntekijä. Kotihoidosta ei osallistunut tähän työpajaan yhtään työntekijää työtilanteen takia. Toiseen työpajaan, mikä pidettiin 10.4.2019, osallistui viisi omaishoitajaa, neljä kotihoidon työntekijää, kolme intervalliyksikön työntekijää ja Ikäkeskuksen työntekijä. Työpajat olivat kestoltaan kahden tunnin pituisia.

Learning cafe työpajojen aihealueina oli miettiä tiedonkulun parantamista intervalliyksikön, kotihoidon ja omaishoitajien kesken ja intervalliyksikön toiminnan näkyvyyden kehittämistä. Lisäksi Learning cafe työpajassa pohdittiin omaishoitajille tarjottavaa päivähoitoa esimerkiksi kauppa-asioinnin, harrastuksen tms. vapaan järjestämiseksi. Tämä teema nousi selkeästi esille omaishoitajien kyselyvastauksissa ja siksi se koettiin tärkeänä nostaa tähän Learning Cafe työpajatyöskentelyyn.

Learning cafe työpaja menetelmällä saadut uudet ideat ja näkökulmat analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on perusanalysointimenetelmä erilaisille aineistoille ja sitä käytetäänkin useissa laadullisen tutkimuksen menetelmissä. Sisällönanalyysillä voidaan tiivistää aineistoa tai sillä voidaan kuvata tutkittavien ilmiöiden välisiä suhteita. Tämä menetelmä haastaa tutkijansa ajattelemaan itse. Sisällönanalyysistä voidaan erottaa kaksi erilaista lähestymistyyliä, aineistolähtöinen ja teorialähtöinen lähestymistapa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013, s. 165–168)

Learning cafe työpajoissa pohdittiin tiedon kulun parantamista. Kävi ilmi, että kaivattiin selkeää ohjeistusta mistä kirjaukset löytyvät. Lisäksi haluttiin parantaa intervalliyksikön sisäistä tiedonkulkua. Näistä muodostettiin suuremmaksi pääkäsitteeksi kirjaaminen.

Learning cafe työpajassa keskusteltiin myös siitä, että olisi hyvä tehdä kansio intervalliyksikön ja kodin välille sekä esite intervalliyksiköstä. Omaishoitoperheen kanssa työskentelevien puhelinnumerot tulisi olla helposti saatavilla ja tämän lisäksi toivottiin kuulumisten vaihtoa asiakkaan kotiutuessa, lähtötekstien antamista intervalliasiakkaan mukaan. Toivottiin myös soittoa kotihoitoon, jos asiakkaalle tulee akuutteja muutoksia terveydentilassaan tms., arviointitiimiin yhteyden ottamista matalalla kynnyksellä, omahoitajuuden kehittämistä ja omaishoitajien säännöllistä palautteen antamista. Learning cafe työpajoissa keskusteltiin myös säännöllisten hoitoneuvottelujen pitämisestä, ”varahuoltajan” sopimisesta asiakkaalle, reissuvihon käyttöönottamisesta ja että sovittaisiin sopiva yhteydenpitomuoto ammattilaisten ja omaishoitoperheiden välille. Näistä nousi suuremmaksi käsitteeksi tiedon välittäminen.

Intervalliyksikön toiminnan näkyvyyden parantamiseksi Learning cafe työpajaan osallistuneet ehdottivat seuraavia toimia; tulotilanteessa sekä kotiutustilanteessa informointi asiakkaan jakson asioista, hoito-ohjeet ja lääkitykset annettaisiin omaishoitajille kirjallisina, hoitoneuvottelujen ja

omaisteniltojen pitäminen säännöllisesti. Näistäkin aiheista nousi pääkäsitteeksi tiedon välittäminen sekä säännöllinen palaute.

Learning cafe työpajaan osallistuneet näkivät päivähoidon onnistuvan kolmannen sektorin kanssa yhteistyön kehittämisellä, päivaintervallihoidon avulla ja palvelusetelillä hoitajan järjestämiseksi kotiin muutamaksi tunniksi. Samoja asioita nousi esille molemmissa työpajoissa.

Molemmista työpajoista tuotettiin toisen ryhmän tuotoksista tietämättä samanlaista sisältöä, pääteemoiksi tiedonkulun parantamisessa analyysin tuloksena saatiin kirjaaminen ja tiedon välittäminen. Intervalliyksikön toiminnan näkyvyyden osalta tärkeimmäksi teemaksi analyysin perusteella saatiin tiedon välittäminen ja säännöllinen palaute. Tiedon välittäminen koetaan erittäin tärkeäksi tullessa jaksoille sekä jaksoilta lähtiessä. Tietoa haluttiin välitettävän kirjallisesti sekä suullisesti. Näiden lisäksi toivottiin omahoitajuuden kehittämistä, omaisteniltoja sekä säännöllisiä hoitoneuvotteluita. Tiedon välittämisen kehittämisen keinoiksi nousivat asiakaskansiot, mitkä toimisivat niin omaishoitajien, kotihoidon kuin intervalliyksikön tiedonsiirron kanavana.

9 PALVELUPOLKIJEN MUODOSTAMINEN

Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimuksellista ja toiminnallista lähestymistapaa. Toiminnallisessa opinnäytetyössä aineistoa analysoidaan käytettäessä sitä tutkimustietona, analysointina käytetään tällöin teemoittelua tai tyyppittelyä. Analyysitavan valintaan vaikuttaa se, millaista tietoa haetaan. Aina aineistoa ei ole kuitenkaan tarpeellista analysoida, vaan sitä voidaan käyttää myös lähteenä. (Vilkkä & Airaksinen, 2003, s. 64)

Palvelupolkuja muodostui lopulta kaksi, joista toinen on sisällöllisesti suppeampi ja se on tarkoitettu omaishoitoperheille ja toinen, sisällöltään laajempi palvelupolku on tarkoitettu omaishoitoperheiden kanssa työskentelevälle henkilöstölle ja opiskelijoille. Omaishoitoperheille saattaisi henkilöstölle suunnattu palvelupolun mallinnus tuottaa hämmennystä, koska siinä on niin paljon ammattilaisille suunnattua sisältöä. Tämän vuoksi päädyttiin kahteen palvelupolun mallinnukseen. Luvussa 9.1 kuvataan henkilöstölle suunnatun palvelupolun mallinnus.

9.1 Palvelupolun mallintaminen

Palvelupolku saa alkunsa, kun palveluohjaaja päättää omaishoidon tuesta ja omaishoitoperhe päättää hakea intervallihoidon tai kun omaishoitajan lailla toimiva kuntalainen kokee tarvetta vapaisiin. Omaishoitaja on yhteydessä Ikäkeskukseen. Uudet palvelupolut on kuvattu liitteissä. (Liite 5 ja 6)

Seuraavaksi intervallilähete toimitetaan palvelupäällikölle. Läheteessä tulee olla tarpeelliset tiedot asiakkaan hoitamista varten. Lähete kirjataan PALOHJ-lehdelle. Toimintakyvyn kuvaus sekä arkipäivän haasteiden kuvaaminen helpottaa hoidon aloittamista huomattavasti. Myös omaishoitotilanne tulee kuvata läheteeseen, jotta palvelupäällikkö voi varmistaa, että asiakas voidaan ottaa jaksoille. Tällä menetelmällä halutaan varmistaa hyvä informoiminen ja tiedonkulku.

Tämän jälkeen palvelupäällikkö suunnittelee ja tiedottaa intervallijaksosta omaishoitoperheelle. Jaksojen suunnittelu lähtee käyntiin siitä, että palvelupäällikkö tarkastaa läheteestä kriteerien täyttymisen. Hän kirjaa tiedon jonotustilastoon, mistä seurataan intervallijaksojen jonotusaikaa. Kun jaksopaikka vapautuu palvelupäällikkö soittaa omaishoitoperheelle ja sopii jakson ajankohdan ja informoi jaksoon liittyvät asiat. Myös tutustumiskäynnin aikataulusta voidaan sopia. Samalla vielä sovitaan yksityiskohteisesti jaksojen pituus ja rytmitys. Tämän jälkeen palvelupäällikkö informoi intervalliyksikön henkilöstöä uudesta asiakasperheestä ja kirjaa asiakkaan jaksosuunnitelmaan sekä HOI- ja KHTOTS-lehdelle. Tähän mennessä ei ole lähetetty kirjallista materiaalia tulevasta jaksosta asiakasperheelle, mutta tämän tarve tuli esille omaishoitajille tehdyistä kyselyistä ja kirjallinen materiaali tukee hyvin tiedonkulkua. Palvelupolun kehittämisen yhteydessä on suunniteltu henkilöstön kanssa sisältö yksikön esitteeseen ja se tullaan jatkossa lähettämään postitse uusille omaishoitoperheille. Esite tulee jaettavaksi myös Ikäkeskukseen. Esitteessä tulee näkymään yksikön yhteystiedot ja siinä esitellään intervallikotialue sekä kerrotaan sen toiminnasta. Omahoitajapari merkitään myös esitteeseen. Tämä tarve tuli ilmi jo opinnäytetyön tuloksista, että omahoitajista ei ole asiakasperheissä välttämättä tietoa. Lisäksi esitteessä on lyhyt katsaus siitä miten eri tahot työskentelevät keskenään. Tämäkin tarve/tietämättömyys kävi ilmi tuloksista. Omaishoitoperheillä ei ole tietoa, mitkä tahot työskentelevät keskenään. Esitteessä on myös informaatiota siitä, mitä tulee ottaa mukaan kotoa intervallijaksoille. Omaishoitoperheitä tiedotetaan esitteessä myös siitä, että jos kotona ollessa omaishoitajan jaksamisessa ilmenee heikentymistä niin aina voi olla yhteydessä intervalliyksikköön. Tämä on erittäin tärkeä henkinen turva ainakin niille omaishoitoperheille, joilla ei ole käytössään kotihoidon palveluita.

Useimmiten palvelupäällikkö suunnittelee jaksoja muutamaksi kuukaudeksi etukäteen ja antaa jaksoajankohdat asiakasperheelle tiedoksi. Palvelupäällikkö myös laatii jaksomuutokset jaksosuunnitelmaan. Asiakasperheet informoivat jaksomuutostarpeet joko intervalliyksikköön tai palvelupäällikölle.

Seuraava vaihe palvelupolussa on intervallijaksolle saapuminen, joka onkin jo osa intervallihoidon toteuttamista. Opinnäytetyön tulosten mukaan intervalliasiakkaan saapuminen jaksolle vaatii hoitajalta kiireettömän hetken ottaa vastaan intervalliasiakas. Tulosten mukaan myös toivo-

taan sijaisten sitouttamista intervallikotialueen toimintaan. Jokaiselle intervalliasiakkaalle on määritetty omahoitajapari ja peruseriaatteena on, että omahoitaja vastaanottaa oman asiakkaansa. Aina se ei ole työvuoroista johtuen mahdollista. Seuraavaksi vuorossa on intervallijakson hoitovaihe. Oleellista on, että intervallihoitoa toteutetaan jokaisen intervalliasiakkaan oman henkilökohtaisen hoitosuunnitelman mukaisesti sekä palvelukuvausta noudattaen. Palvelukuvaus on laadittu vuonna 2018, koska intervallihoitajakson sisältö ei ollut hoitohenkilökunnalle selkeä, ja entinen palvelukuvaus oli jo vanhentunut. Palvelukuvauksessa kuvataan intervallihoidon kohderyhmä, hoidon sisältö ja laadun arvioinnin mittarit. Aktivoivan intervallihoidon palvelukuvaus on nähtävissä myös Janakkalan kunnan internetsivuilla. (Liite 7.)

Koska omahoitajuuden kehittäminen nousi opinnäytetyön tuloksissa yhdeksi aiheeksi, pyritään siihen, että omahoitajat hoitavat aina omia asiakkaitaan. Hoitoneuvottelu pidetään asiakasperheen kanssa toisella intervallijaksolla. Hoitoneuvottelussa ovat mukana asiakasperheen lisäksi ainakin omahoitaja. Tarvittaessa neuvotteluun kutsutaan myös kotihoidon tai palveluohjauksen henkilöstö tai palvelupäällikkö. Hoitoneuvottelussa käydään yhdessä läpi intervallihoidon tavoitteet ja hoidonsuunnitelma.

Viimeinen vaihe palvelupolussa on hoitajakson päätyminen. Opinnäytetyön tulosten mukaan intervalliasiakkaan jaksosta toivotaan omaiselle suullisesti infoa, kirjallisena toivotaan asiakkaan hoito-ohjeet (esim. haavahoito-ohje tms.), voimassa oleva lääkityslista sekä asiakkaan jakson lopputekstit. Päädyttiin luomaan kansio mihin laitetaan esimerkiksi omaisten toivotat kirjalliset tiedot lääkityksestä. Kansio mahdollistaa myös jatkuvan palautteen keräämisen omaishoitoperheiltä, kun sinne laitetaan lomake, minkä voi täyttää ja palauttaa aina, kun kokee tarvetta palautteen antamiseen.

9.2 Palvelupolun implementointi

Implementoinnilla tarkoitetaan palvelupolun käyttöönottoa ja sen toteuttamista kaikkien omaishoitoperheiden kanssa toimivien ammattilaisten kanssa Janakkalassa. Implementoinnin tavoitteena on henkilöstön tietojen ja taitojen lisääntyminen sekä muutos yhteneviin toimintatapoihin omaishoitoperheiden lakisääteisten vapaapäivien järjestämiseksi. (Sipilä, Mäntyranta, Mäkelä, Komulainen & Kaila, 2016 s. 851–852)

Kehitetty palvelupolku jalkautetaan kotihoitoon, intervalliyksikköön, palveluohjaukseen ja intervallihoidon sekä kotihoidon lääkäreille ja se toteutetaan järjestämällä kehitetyn palvelupolun käyttöönotosta yhteisiä perehdytyshetkiä. Palvelupäällikkö ja palveluesimies järjestävät nämä perehdytyshetken vuoden 2020 alkupuolella eli opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. On tärkeää sitouttaa työntekijät kehitetyn palvelupolun käyttöönottoon, jotta siitä vakiintuu yhteisesti sovittu toimintamalli kaikille omaishoitoperheen kanssa toimiville ammattilaisille.

Palvelupolun läpikäyminen liitetään yhdeksi osaksi kotihoidon ja intervalliyksikön työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdytystä. Se liitetään näiden yksikköjen perehdytyslomakkeeseen, joka täytetään aina uuden hoitajan aloittaessa työt näissä yksiköissä. Yksikköjen esimiesten vastuulla on seurata uusien hoitajien perehdytyksen onnistumista. Myös vanhojen hoitajien osalta uuden palvelupolun läpikäyminen merkitään perehdytyslomakkeeseen. Palvelupolku käydään läpi yksikköjen palaverissa kaksi kertaa vuodessa ja aina mahdollisten muutosten tullessa. Muutosten vieminen palvelupolkuun ja niistä muiden tiedottamisen vastuu on intervalliyksikön esimiehellä ja tämän kehittämistyön tekijöillä. Lääkäriin ja palveluohjauksen sitouttamisen vastuu uuden palvelupolun käyttöönottoon on myös tämän kehittämistyön tekijöillä. Valmis palvelupolun prosessikaaviomalli julkaistaan työntekijöitä varten kunnan sisäisessä intranetissä. Omaishoitoperheille palvelupolku julkaistaan nähtäväksi kunnan internetsivuille.

10 POHDINTA, JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSAIHEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää omaishoitoperheen palvelupolku Janakkalaan toimintatutkimuksen keinoin. Tarkemmaksi näkökulmaksi opinnäytetyöprosessin aikana muotoutui palvelupolun muotoilu intervallihoidon näkökulmasta. Intervalliyksikköön oli laadittu vuonna 2018 aktivoivan intervallihoidon palvelukuvaus, (Liite 7.) mutta itse hoitopolkua ei ole kunnassa avattu lainkaan. Etenkin tiedonkulku eri ammattilaisten välillä sekä omaishoitoperheen ja ammattilaisten välillä on koettu aika ajoin haastavaksi.

Opinnäytetyön tavoitteena oli, että kaikki omaishoitoperheen kanssa toimivat ammattilaiset (kotihoidon työntekijät, intervalliyksikön työntekijät, lääkäri, palveluohjaus) toimivat yhteisten sovittujen toimintamallien mukaisesti työskennellessään omaishoitoperheen kanssa.

Opinnäytetyön tilaaja oli Janakkalan kunta. Molemmat tämän opinnäytetyön tekijöistä työskentelevät Janakkalan kunnan ympärivuorokautisen hoivan yksikössä, jonka yksi kotialue on profiloitunut intervallihoidon. Intervallihoidon tarjotaan omaishoitoperheille tai perheille missä toinen osapuoli toimii omaishoitajan lailla. Janakkalan kunnan strategia on ohjannut tätä opinnäytetyötä, sillä strategiassa yhtenä tavoitteena on, että kunnan tarjoamat palvelut tuotetaan asiakaslähtöisesti. Strategian tavoitteena on myös, että kuntalaiset ovat aktiivisessa roolissa kunnan toimintoja kehitettäessä. Siksi on tärkeää ottaa myös omaishoitoperheet mukaan palvelun kehittämiseen. (Janakkala, 2018) Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena koska tarkoituksena on sekä tutkia että kehittää käytännön toimintaa. Toimintatutkimus sopii parhaiten käytettäväksi, kun kohteena on ryhmän toiminta. Toimintatutkimuksen avulla pyritään

vaikuttamaan toimintaan, mikä ei ole tyypillistä esimerkiksi laadullisessa tutkimuksessa. Toimintatutkimus voi pitää sisällään laadullisen tutkimuksen tiedonkeräys- ja analysointimenetelmiä. (Kananen, 2014 s. 15–27)

10.1 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Opinnäytetyön prosessi alkoi opinnäytetyön tekijöiden hakeutumisesta sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen ja kehittämisen opintoihin Hämeen ammattikorkeakouluun. Opintoihin pääsyvaatimuksena oli laatia kehittämistehtävä, jonka pohjalta muodostui idea tähän opinnäytetyöhön. Opinnäytetyön aihe on siis kahden opiskelijan kehittämistehtävän yhdistelmä.

Tutkimussuunnitelman tekeminen aloitettiin syksyllä 2018 ideoimalla aihetta ja tekemällä aikataulutusta opinnäytetyölle. Tämän jälkeen aloitettiin tiedonhaku. Tietoa haettiin Cinahl- tietokannasta, Google scholarista, Hämeen ammattikorkeakoulun Finna-tietokannasta ja jo julkaistujen väitöskirjojen ja Pro-gradujen lähdeluetteloista. Tiedon hakeminen lopetettiin, kun uutta aineistoa ei enää löytynyt. Tiedonhaku oli mielenkiintoista, mutta aikaa vievää. Ulkomaisia artikkeleita löytyi, mutta ne eivät käsitelleet aivan samaa aihetta. Omaishoitajuuteen ja tiedonkulkuun liittyviä artikkeleita löytyi muutamia, joita pystyttiin hyödyntämään materiaalina. Pääkäsitteiksi teoreettiselle viitekehykselle muodostuvat: omaishoitajuus, asiakaslähtöisyys, tiedonkulku ja verkostoyhteistyö. Teoreettisen viitekehyksen kirjoittamisen jälkeen tehtiin kyselylomakkeet ja ne testattiin kolmella henkilöllä ja heiltä saatiinkin hyviä vinkkejä, miten kyselylomakkeita voisi vielä parantaa. Kyselylomakkeiden laatiminen oli melko hankalaa, kun kysymyksiä piti pohtia vastaajan näkökulmasta ja että kysymykset ymmärretään oikein. Ennen kyselylomakkeiden lähettämistä haettiin tutkimuslupa.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla niin omaishoitajilta kuin hoitohenkilökunnaltakin vuoden 2019 alussa. Omaishoitajien vastausprosentti oli melko hyvä, mutta hoitohenkilökunnan vastausprosentti jäi heikoksi siitä huolimatta, että vastaamisesta muistutettiin kerran. Pohdimme, että miten voisi jatkossa parantaa vastaavanlaisiin kyselyihin vastaamista ja miksi hoitohenkilökunta ei nähnyt tarpeelliseksi vastata kyselyyn. Viekö varsinainen työ niin paljon aikaa, että ei ehditä vastaamaan vai eikö aihe kiinnostanut tarpeeksi? Jäimme myös pohtimaan olisimmeko saaneet lisää informaatiota, jos olisimme lähettäneet kyselyn myös Ikäkeskuksen henkilökunnalle. Jos aloittaisimme opinnäytetyön tekemisen nyt, sitouttaisimme kotihoidon esimiehet myös tähän aktiivisemmin, sillä valmis palvelupolku hyödyttää myös kotihoitoa.

Kyselylomakkeet analysoitiin teemoittelemalla ja selkeiksi teemoiksi niistä saimme seuraavat teemat: intervalliyksikön toiminnan näkyvyys, päivähoito ja tiedonkulku. Päivähoito ei sinänsä liity opinnäytetyön aiheeseen, mutta se korostui tuloksissa niin paljon, että halusimme sen nostaa

käsittelyyn vaikka jatkotutkimista varten. Analysoinnin koimme haastavaksi ja aikaa vieväksi. Moni vastauksissa oli paljon kertovaa tekstiä mikä kertoo siitä, että heillä on kova tarve tulla kuulluksi. Analysointia helpotti se, että oli kaksi opinnäytetyöntekijää, jolloin pystyimme käymään sujuvaa dialogia aiheesta.

Pidimme omaishoitajille ja henkilökunnalle keväällä 2019 Learning cafe työpajat, missä käsitelimme näitä kyselylomakkeista esiin tulleita teemoja. Learning cafe työpajojen tunnelma oli rento ja teemat herättivät runsaasti ajatuksia ja keskustelua. Kummankin Learning cafe työpajan jälkeen osallistujilta pyydettiin palautetta työpajatyöskentelystä. Palaute kerättiin suullisesti, sillä työpajan ilmapiiri oli salliva ja avoin keskustelulle. Palautetta työpajatyöskentelystä antoivat niin työpajaan osallistunut henkilöstö kuin omaishoitajat ja palaute oli positiivista. Jos ryhtyisimme tekemään tätä työtä uudestaan, kannattaisi palaute pyytää osallistujilta kirjallisesti, sillä se rohkaisisi vielä realistisempaan palautteeseen. Positiivinen palaute kertoo kuitenkin tarpeesta kokoontua yhteen kehittämään toimintaa. Tämä oli ensimmäinen kerta, kun tällainen yhteinen tapahtuma järjestettiin hoitohenkilöstön ja omaishoitajien kesken. Omaishoitajat olivat tapahtumaan kutsutut ja kutsussa korostettiin ennen kaikkea osallistumisen vapaaehtoisuutta, joten tapahtumaan osallistuneet omaishoitajat olivat kiinnostuneita osallistumaan.

Palautetta kysyttiin siitä, miten osallistuneet kokivat Learning cafe työpajatyöskentelyn ja verkostoitumisen. Osallistujat korostivat aiheen tärkeyttä ja pitivät hyvänä asiana sitä, että toimintaa halutaan kehittää yhdessä ammattilaisten ja omaishoitajien kesken. Ajankäytöstä kysyttiin, miten pöytäkunnat kokivat viidentoista minuutin keskustelut kunkin aiheen parissa. Aika koettiin hyväksi ja osallistujat kertoivat, että pöytäkunnan ollessa määrällisesti pieni (yhdessä pöytäkunnassa osallistujia oli neljä tai viisi) ja heidän mielestään varattu aika aiheen parissa keskusteluun oli sopiva. Osallistujat myös kokivat, että kaikki pöytäkunnan osalliset saivat halutessaan kertoa omat mielipiteensä. Ulkopäin seuranneena keskustelut pöytäkunnittain käytiin kaikkien osallistujien kesken. Aikaa tapahtumaan oli varattu 2 tuntia.

Learning cafe työpajoista saaduista tuloksista osa on realistisia toteuttaa, osaa tuloksista ei voida hyödyntää. Puhuttaessa hoidon vastuukysymyksistä jaksona aikana ei voida olettaa, että asiakas itse muistaa kertoa kaikki kuulumiset ja tapahtumat jaksonsa ajalta vaan hoidon vastuu intervallijakson aikana täytyy olla ammattilaisella. Heidän vastuullaan on, että omaishoitajat saavat riittävät hoito-ohjeet niin suullisesti kuin kirjallisesti eikä tätä vastuuta ei voida siirtää omaishoitajille. Samoin useimmat intervalliasiakkaista sairastavat jotain muistisairautta, joten asiakkaan oman muistin varaan ei voida täysin turvautua hänen kertoessaan intervallijaksostaan. Tiedonkulun parantamiseksi toivottiin myös sopivan yhteydenpitomuodon sopimista asiakasperhekohtaisesti omaishoitoperheen ja hoitotyön ammattilaisten välille. Tämä itse asiassa saattaisi mah-

dollisesti vain lisätä tiedonkulun ongelmaa, jos hoitotyön ammattilaisten täytyisi muistaa eri tavat kunkin asiakasperheen tavoittamiseksi. Siksi luonnollisempaa onkin sopia yksi yhteinen tapa tiedonkulkuun kaikille omaishoitoperheille ja ammattilaisille. Kanta.fi palveluun tieto kirjautuu vasta viiveellä, joten sitä ei voida käyttää hyödyksi omaisia informoitaessa asiakkaan intervallijaksosta. Tällä hetkellä sosiaalihuollon kirjaukset eivät vielä siirry Kanta.fi-palveluun lainkaan lukuun ottamatta väilyhteenvetoja.

Intervallihoidon ei ole sisällytetty kuntoutusta fysioterapeutilta, kuntoutus on intervallijaksoilla hoitajien toimesta tapahtuvaa, mutta hoitajat voivat konsultoida fysioterapeuttia. Toki jokainen omaishoitoperhe voi itsenäisesti ostaa kuntoutuspalveluja haluamaltaan taholta. Learning cafe työpajoista saadut tulokset analysoitiin sisällönanalyysillä. Analyysin perusteella saimme kirjaamisen, tiedon välittämisen ja jatkuvan palautteen aihealueiksi, joita etenkin tulee käsitellä palvelupolun kuvauksessa. Tulosten mukaan omaishoitajilla on toiveena, että intervalliyksikön hoitajat soittaisivat kotihoitoon, kun asiakkaalle on tullut akuutteja muutoksia intervallijakson aikana. Tämä kuitenkin voi lisätä unohduksia, sillä akuutti- asia- tai tilanne voi merkitä eri hoitajille eri asioita. Janakkalan kunnan kaikissa yksiköissä on käytössä Lifecare potilastietojärjestelmä, joten kotihoitoon vastuulla on lukea asiakkaan kotiutumisen jälkeen oleelliset asiat asiakkaan jaksosta.

Päädyimme mallintamaan kaksi erilaista palvelupolkua, joista toinen on tarkoitettu omaishoitoperheitä varten ja toinen, tarkempi mallinnus on tarkoitettu hoitohenkilöstölle. Alun perin oli tarkoituksena luoda vain yksi palvelupolun mallinnus, mutta tarve kahdelle erilaiselle versiolle syntyi toimintatutkimuksen prosessin aikana.

Omaishoitoperheille suunnatun palvelupolun visuaalisen ilmeen luomiseksi saimme apua Janakkalan viestinnän ammattilaisilta. Palvelupolun mallinnus ymmärrettäväksi oli haastavaa ja siihen käytettiin runsaasti aikaa. Versioita syntyi monta erilaista, kunnes lopulliset versiot muodostuivat. Palvelupolun tilaajalta saimme viimeisimmistä versioista myönteistä palautetta. Olemme tyytyväisiä siitä, että päädyimme kahteen eri versioon. Näin ollen saimme omaishoitoperheille yksinkertaistetun ja selkeän mallinnuksen, ja hoitohenkilöstölle taas apuvälineen mitä voidaan hyödyntää perehdytyksessä ja työkaluna arjen työssä. Valmiit mallit esitellään henkilöstölle tämän vuoden loppupuolella ja vuoden 2020 alkupuolella. Palvelupolku esitellään omaishoitoperheille alkuvuodesta 2020. Tavoitteenamme on, että laadimme henkilöstölle kyselyn syyskuussa 2020 ja tarkastelemme sitä, onko palvelupolun mallinnus auttanut tiedonkulun haasteissa ja perehdytyksessä. Varsinaista kirjaamisohjetta emme alkaneet laatimaan, koska kunnassa oleva kirjaamistyöryhmä työstää sellaista parhaillaan.

10.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tieteellinen tutkimus voi olla uskottavaa ja sen tuloksia voidaan pitää luotettavina vain, jos tutkija on noudattanut hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Käytäntöihin kuuluvat muun muassa tarkkuus ja rehellisyys tietojen käsittelyssä tutkimusta tehdessä, ottaa huomioon muiden tutkijoiden tehty työ ja käyttää asianmukaisia viittauksia näihin sekä toteutetaan avointa ja vastuullista tiedeviestintää. Tutkimuksen tekijän on huolehdittava tutkimusluvan hankkimisesta ja tarkasteltava tutkimuksen eettisiä näkökulmia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012 s. 6-7)

Tutkijan tulee hallita oman tieteenalansa menetelmät, että hän pystyisi toimimaan ammattimaisesti. Jos tutkijalla ei ole riittäviä tietoja ja taitoja ja hän toimii huolimattomasti jossakin tutkimuksen vaiheessa, se heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijan oletetaan toimivan hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaan. Hyvää tieteellisiä käytäntöjä loukkaava toiminta on muun muassa silloin, jos tutkija tarkoituksellisesti vääristelee tuloksia, käyttää vilppiä, plagioi, vähättelee toisten tutkijoiden toimintaa tai ei käsittele asianmukaisesti tutkimusmateriaalia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012 s. 8-9) Molemmat opinnäytetyön tekijät toimivat koko opinnäytetyöprosessin ajan hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti.

Opinnäytetyöhön liittyvä asiakasryhmä on riippuvainen kunnan tuottamasta palvelusta mitä halutaan kehittää. Vaikka kyselylomakkeessa korostetaan kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuutta, tulee ottaa huomioon se, että ajattelevatko he, jotka eivät halua osallistua tutkimukseen, sen heikentävän heidän saamaansa palvelua? Uskaltavatko tutkittavat tuoda aidosti esiin mielipiteensä? Tässä opinnäytetyössä kyselylomake lähetettiin iäkkäille ihmisille. Tämä tulee ottaa huomioon ja varmistaa, että tutkimukseen osallistuvat pystyvät vastaamaan kyselylomakkeeseen. Tässä opinnäytetyössä haluttiin varmistaa vastaajien identiteetin suojaaminen ja kyselyyn sai vastata nimettömänä. Tällöin yksittäistä kyselyä ei voida yhdistää keneenkään vastaajaan eivätkä vastaukset voi vaikuttaa heidän saamaansa palveluun.

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään kahta mittaria: validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti tarkoittaa sitä, että mittari mittaa sitä asiaa mitä on tarkoituskin mitata. Toimintatutkimuksessa luotettavuuden lähtökohtana on tarkka dokumentointi jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Ilman tarkkaa dokumentaatiota on arvioijan vaikea arvioida tutkimuksen luotettavuutta millään lailla. (Kananen, 2014 s. 125–137) Opinnäytetyön aikana pidettiin päiväkirjaa opinnäytetyöprosessin eri vaiheista ja se auttoi raportin kirjoittamisvaiheessa palauttamaan mieliin, miksi on päädytty tekemään tiettyjä ratkaisuja.

Kyselylomakkeet testattiin ennen niiden lähettämistä omaishoitajille erikäisillä testihenkilöillä. Testihenkilöiksi valikoitiin henkilöt, jotka voivat

samaistua omaishoitajien tilanteeseen ikänsä puolesta tai ammattinsa puolesta. Kyselylomakkeiden testaamisen avulla varmistettiin, että kysymykset oli laadittu ymmärrettävästi ja niihin vastaaminen oli helppoa. Kyselylomakkeiden testaaminen lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Vaikka kyselylomake oli esitettävä, huomasimme aineiston analyysivaiheessa, että yksi kysymys (Mitkä ovat Teille tärkeimmät yhteistyötahot? Merkitkää tärkein numerolla 1, toiseksi tärkein numerolla 2, jne. niin, että kaikki yhteistyötahot on numeroitu.) oli mahdollisesti vaikeasti ymmärrettävä ja siksi vastausten purkaminen oli vaikeaa tämän kysymyksen kohdalla.

Reliabiliteetti tarkoittaa määrällisessä tutkimuksessa mittausten pysyvyyttä. Laadullisessa tutkimuksessa reliabiliteetti voidaan käsittää niin, että tulkinta on samanlainen riippumatta tulkitsijasta. Jos tarkastellaan ilmiötä, tulee ottaa huomioon se, että ilmiöt muuttuvat. Laadullista tutkimusta voi arvioida aineiston riittävyden, analyysin kattavuuden ja analyysin arvioitavuuden ja toistettavuuden kautta. Tarpeeksi kauan tietoa haettuaan aineisto kylläntyy eli uutta tietoa ei enää ilmaannu. Tällöin aineisto on riittävä. Kattavuus tarkoittaa sitä, että tutkija on huomionut aineiston kokonaisvaltaisesti eikä vain esimerkiksi joitain osia siitä. Tarkka dokumentointi koko tutkimuksen ajan varmistaa analyysin arvioitavuuden ja toistettavuuden. (Kananen, 2014 s. 125–137) Tässä opinnäytetyössä tiedonhaku teoreettiseen viitekehykseen lopetettiin, kun uutta aineistoa ei enää löydetty.

Raportoinnissa kehittämistyön luotettavuus osoitetaan niin, että aineistosta löydettyistä vastauksista ja niiden yhteneväisyyksistä liitetään raporttiin vastaajien anonyymeja sitaatteja. Tällä vakuutuksella eli vastaajien anonyymilla lainauksella tutkijat antavat löytämälleen rakenteelle todistelua, sillä vedotaan aitoihin vastaajilta saatuihin tietoihin. (Kananen, 2012 s. 117) Luotettavuuteen vaikutetaan myös niin, että kehittämistyössä tehdyt ratkaisut valmiin omaishoitoperheen palvelupolun laatimisessa perusteltiin ja dokumentoitiin hyvin. Nämä perustelut on esitetty aikaisemmin tässä opinnäytetyössä luvussa 9. (Kananen, 2014 s. 112) Suojasen (2004) mukaan tarkasteltaessa toimintatutkimuksen luotettavuutta, on olennaista arvioida, onko toimintatutkimuksen avulla saatu sellaista osaamista, jonka avulla voidaan aikaisempaa paremmin käsittelemään tutkimuksen kohteina olleita tilanteita. Merkityksellistä on, että toimintatutkimuksen avulla on onnistuttu kehittämään toimintakulttuuria ja myös sen parissa toimivia. Olemme onnistuneet luomaan uudenlaisen toimintamallin yhdessä henkilöstön ja palvelun käyttäjien kanssa, mikä helpottaa omaishoitoperheen kanssa toimivia ammattilaisia toimimaan keskinäisessä yhteistyössä. Myös tilaajan antama palaute tukee tätä käsitystä.

10.3 Opinnäytetyön tekijöiden oma oppimisprosessi ja sen tarkastelu

Opinnäytetyön tekijöiden oma motivaatio työn tekemisen suhteen on ollut hyvä, koska valmis palvelupolku helpottaa työn tekemistä arjessa.

Opinnäytetyön tekijöiden yhteistyö on sujunut hyvin ja tekeminen on jakautunut tasaisesti molemmille. Toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen tuntui inspiroivalta ja oli motivoivaa, että opinnäytetyöhön kuului monta erilaista vaihetta: teoreettisen viitekehyksen määrittäminen, kyselylomakkeiden laatiminen ja niiden vastusten analysoiminen, Learning cafe työpajat ja niiden pohjalta saatujen materiaalien analysoiminen. Näistä kaikista palvelupolku lopulta muotoutui. Analysoiminen oli haastavaa ja molemmat joutuivat opettelemaan uutta ja menemään mukavuusalueensa ulkopuolelle. Oli kuitenkin palkitsevaa huomata, miten vastaukset ja valmis polku tämän perusteella lopulta muodostui ja se lisäsi ymmärrystä opinnäytetyön tärkeydestä.

Parityönä tehdyn opinnäytetyön positiivisena puolena oli se, että pysyimme yhdistämään voimavaramme ja vahvuutemme ja innostimme toisiamme koko prosessin ajan. Me molemmat opimme paljon uusia asioita tieteellisestä kirjoittamisesta sekä tutkimuksen tekemisestä. Tieteellisen tekstin tuottaminen ei sujunut kuin itsestään vaan vaati sekin paljon ajatustyötä. Paljon jäi vielä myös opittavaa, kuten esimerkiksi henkilöstön osallistaminen toiminnan kehittämiseen vielä enemmän olisi tärkeää, sekä ajan löytäminen tähän. Toimintatutkimuksen tekeminen vaati molemmilta opinnäytetyön tekijöiltä itsereflektiota ja jatkuvaa oman oppimisen arvioimista. Lisäksi piti osata arvioida koko prosessin ajan sitä, mikä on omaa työtä ja mikä taas on osa toimintatutkimuksen tekemistä. Tämä oli aika ajoin haastavaa omien työroolien vuoksi.

10.4 Tilaajan palaute työstä

Tilaajan kanssa pidettiin säännöllisiä tapaamisia, missä tilaajalle kerrottiin missä vaiheessa opinnäytetyö on ja mitä tuloksia on saatu. Tilaajan palaute opinnäytetyöprosessin aikana on ollut kannustavaa ja positiivista, ja innosti jatkamaan opinnäytetyötä eteenpäin.

Tilaajalta saatiin palaute työstä 14.11.2019 ja se on kirjattuna tähän seuraavasti: Janakkalan kunta on tilannut opinnäytetyön omaishoitajaperheen palvelupolun kehittäminen Janakkalassa, intervallihoidon näkökulmasta opiskelijoilta Marika Peltonen ja Mirka Puputti.

Janakkalan ikäihmisten palveluissa tehdään rakennemuutosta, jonka tavoitteena on vahvistaa kotiin vietäviä palveluita. Yksi kotona asumisen mahdollistava etuisuus tukipalveluineen on omaishoidon tuki. Tarve omaishoidon palvelupolun kehittämiseen erityisesti tilapäishoidon osalta on tullut esiin käytännön työssä sekä omaisilta saaduista palautteista. Opinnäytetyön tavoitteeksi asetettiin juuri näistä edellä mainituista syistä omaishoitoperheen intervallihoidon palvelupolun selkiyttäminen ja kehittäminen.

Opinnäytetyö on toteutettu kyselylomakkeella sekä omaishoitajille, että henkilöstölle. Opiskelijat Marika Peltonen ja Mirka Puputti ovat järjestä-

neet kyselyn jälkeen Learning cafe työpajoja, joissa on jatkettu työskentelyä yhteisesti omaishoitajien ja työntekijöiden kanssa. Työpajoissa on käsitelty kyselystä saatuja tuloksia sekä pyritty löytämään yhteisesti tärkeimpiä kehittämisen teemoja. Menetelmä on ollut osallistava ja vastaa Janakkalan kunnan osallistavaa strategiaa, kuntalaisia ja palveluiden käyttäjiä halutaan yhä enemmän mukaan palveluiden kehittämiseen ja päätöksenteon valmisteluun kokemusasiantuntijoina.

Kokonaisuudessaan työ vastaa kiitettävällä tavalla Janakkalan kunnan toimeksiantoon. Opinnäytetyöstä käy ilmi kehittämisen tarpeita koskien omaishoitajuutta ja kehittämistyön tuloksena on syntynyt selkeä intervallihoidon palvelupolun polku omaishoitajille kuin työntekijöille. Nämä kuvaukset tuovat helpotusta puolin ja toisin niin työntekijöiden kuin omaishoitajien arjessa toimimiseen. Omaishoidon ja siihen liittyvien tukipalveluiden kehittämistyö jatkuu Janakkalassa Peltosen ja Puputin tekemän opinnäytetyön pohjalta.

Palvelupolkuja on tämän lisäksi esitelty palautteen saamiseksi intervalliyksikön työntekijöille ja palautteena on ollut, että kuvaukset ovat selkeitä ja helposti ymmärrettäviä. Tarkoituksena on, että valmiit palvelupolut esitellään varsinaisesti työntekijöille vuoden 2020 alkupuolella ja otetaan käyttöön sen jälkeen. Alkusyksystä vuonna 2020 on tarkoitus tehdä kysely palvelupolun toimimisesta henkilöstölle sekä omaishoitoperheille. Saatujen palautteiden pohjalta palvelupolkua kehitetään eteenpäin.

10.5 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotuksia

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista lähteä tutkimaan päivähoidon eri mahdollisuuksia. Päivähoidon tarpeet nousivat esiin kyselylomakkeiden vastuksissa ja tämän teeman otimme siksi mukaan myös Learning cafe työpajoihin, vaikka päivähoito ei varsinaisesti liitykään palvelupolun kehittämiseen. Lisäksi olisi mielenkiintoista kehittää erilaisia omaishoidon vapaavaihtoehtoja intervallihoidon rinnalle ja päivähoidon mahdollistuminen voisi olla yksi vaihtoehto.

LÄHTEET

Ahonen, T. (2017). *Palvelumuotoilu sotessa-palvelumuotoilun käsikirja sosiaali- ja terveystalouden palvelujen kehittämiseen*. 2.painos. Nummela: Painokiila Oy.

Alanne, M., Kaihlanen, A. & Koskivirta, L. (n.d.). *Verkostotyökälypakki - Tukea monitoimijaiseen yhteistyöhön*. Haettu 9.11. 2018 osoitteesta <https://www.hel.fi/static/nk/Klaari/Verkostotyokalupakki.pdf>

Amankwaa, B. (2017). *Informal Caregiver Stress*. The ABNF Journal. 92-95. Haettu Cinahl tietokannasta 15.7.2019

Amberla, S. (2008). Potilastietojen käyttötarkoitus ja luovutus. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, A. (Toim.) *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen*. 2. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 33–47.

Atherton, I., Lynch, E., Williams, A. & Witham, M. (2015) *Barriers and Solutions to Linking and Using Health and Social Care Data in Scotland*. British Journal of Social Work (2015) 45,1614–1622.

Autio, A. & Niemelä, M. (2017). Erytistarpeisiin pohjautuva sosiaalityö. Vammaisuus ja sosiaalityö. Teoksessa Pohjola, A., Kairala, M., Lyly, H. & Niskala A. (toim.) *Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi – asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystaloudissa*. Tampere: Vastapaino. 286.

Doekie, K., Strating, M., Buljac-Samardzic, M., van de Bovenkamp, H. & Paauwe, J. (2018). The different perspectives of patients, informal caregivers and professionals on patient involvement in primary care teams. A qualitative study. *Health Expectations*. 2018; 21:1171–1182. Haettu Cinahl tietokannasta 15.7.2019

Finto.fi Haettu 11.12.2018 osoitteesta: <https://finto.fi/fi/search?clang=fi&q=tiedonkulku&vocabs=>

Hallintolaki 434/2003. Haettu 25.9.2018 osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030434>

Harra, T., Sipari, S. & Mäkinen E. (2017). Hyvää tahtova hyvinvointi – palvelujen kehittäjäkumppanuus. Teoksessa Pohjola, A., Kairala, M., Lyly, H. & Niskala A. (toim.) *Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi – asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveystaloudissa*. 149, 163,

Heikkinen, H. (2018). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*. Keuruu: PS-kustannus.

Henkilötietolaki 523/1999. Haettu 25.9.2018 osoitteesta:
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/kumotut/1999/19990523>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2016). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holopainen A., Junntila, K., Jylhä, V., Korhonen, A. & Seppänen, S. (2013). *Johda näyttö käyttöön hoitotyössä*. Porvoo: Bookwell Oy.

Huovinen, T.; & Rovio, E. (2007). *Toiminnasta tietoon*. Vantaa: Dark Oy.

Innokylä. (2017). *Vanhuspalvelulain pilotointi ja osallisuus*. Haettu 10.4.2018. <https://www.innokyla.fi/web/malli478153>

Isoherranen, K. (2012). *Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Haettu 30.6.2019 osoitteesta:
https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37493/isoherranen_vai_toskirja.pdf?seq

Janakkala. (n.d.). *Ikäihmisten palvelut*. Haettu osoitteesta 13.11.2018 <https://www.janakkala.fi/ikaihminen-palvelut/kotona-asumista-tukevat-palvelut/omaishoidon-tuki/hoivaintervalli/>

Janakkalan kunta (2018). Vanhustyön johtoryhmän muistio 25.5.2018.

Järvensivu, T., Nykänen, K. & Rajala, R. (2010). *Verkostojohtamisen opas: Verkostotyöskentely sosiaali- ja terveysalalla*. Muutosvoimaa vanhustyön osaamiseen-hankkeen julkaisu. Aalto-yliopiston kauppakorkeakoulu. Haettu 11.11.2018 osoitteesta: <https://www.seugolaid.fi/wp-content/uploads/2017/03/Verkostojohtamisen-opas-versio-1-0-30-12-2010.pdf>

Kananen, J. (2012). Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. (2014). Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona: miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. (2013). *Tutkimus Hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma pro.

Kansaneläkelaitos (2018). *Mitä Kanta-palvelut ovat?* Haettu 25.9.2018 osoitteesta: <https://www.kanta.fi/mita-kanta-palvelut-ovat>

Karhula, M. (2015). *Omaisen ja läheisen näkemykset roolistaan palveluverkostossa*. Omaishoiva-hanke. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Haettu 12.9.2018 osoitteesta: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/88077/URN:ISBN9789515884923.pdf?sequence=1>

Karvonen, M. (2017). *Kirjaamisen etiikka ja asiakaslähtöisyys*. Kirjaamisvalmennuskoulutuksen verkkoaineisto. Moodle. Socom. Haettu 29.9.2018 osoitteesta: <http://www.socom.fi/moodle/>

Karvonen, M. (2017). *Kirjaamisen etiikka ja asiakaslähtöisyys*. Kirjaamisvalmennuskoulutuksen verkkoaineisto. Moodle. Socom. Haettu 29.9.2018 osoitteesta: <http://www.socom.fi/moodle/>

Kehusmaa, S. (2014). *Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus*. Akaateeminen väitöskirja. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.

Kehusmaa, S., Erhola, K. (2018). *Kotihoito omaishoidon tukipalveluna. THL. Tutkimuksesta tiiviisti 1*. Haettu 26.9.2018 osoitteesta: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135863/URN:ISBN:978-952-302-998-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Koivuniemi, K.; Holmberg-Marttila, D. Hirsso, P.; & Mattelmäki, U. (2014). *Terveysturvan kompassi - avain asiakkuuteen*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Koivunen, K. (2017). *Asiakas- tai ihmislähtöisyys – tasavertaisuutta ja vastavuoroisuutta ammattilaisten ja palvelun käyttäjien kanssa*. ePooki. Oulun ammattikorkeakoulun tutkimus- ja kehitystyön julkaisut 6. Haettu 7.10.2018 osoitteesta: <http://www.oamk.fi/epooki/index.php?cid=948>

Koppa (2018) Jyväskylän Yliopisto, Mind Map: -mind map of the basic concepts. Haettu 1.9.2019 osoitteesta: <https://koppa.jyu.fi/avoimet/kirjasto/en/library-tutorial/topic-and-search-terms/identify-key-concepts/mind-map-1>

Korhonen, M. & Virtanen, T. (2015). *Digitaalisuus ja asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveydenhuollossa - kansalaisen omat tiedot hyötykäyttöön*. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. Haettu 7.10.2018 osoitteesta: <https://journal.fi/finjehew/article/view/53522>

Laaksonen, M., Kääriäinen, A., Penttilä, M., Tapola-Haapala, M., Sahala, H., Kärki, J. & Jäppinen, A. (2011). *Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa. Opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen*. Tampere: Juvenes Print. Tampereen yliopistopaino Oy. Haettu 11.10.18 osoitteesta:

ta <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79866/d68ab232-88fc-4478-8c21-91164a177a1a.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lahtinen, P. (2008). *Omainen auttajana. Omaishoitajan kasvu*. Suomen Mielenterveysseura. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.

Laki omaishoidon tuesta 937/2005. Haettu 15.9.2018 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Haettu 25.9.2018 osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. Haettu 25.9.2018 osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Laki sosiaalihuollon asiakasasiakirjoista 254/2015. Haettu 25.9.2018 osoitteesta: www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150254

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Haettu 15.9.2018 osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Lehtonen, S. (2019). *Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön ongelmia*. Pro-Gradu tutkielma. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto. Haettu 14.2.2019 osoitteesta: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-201905201790>

McSwiggan, L., Marston, J., Campbell, M., Kelly, T. & Kroll, T. (2017). *Information-sharing with respite care services for older adults: a qualitative exploration of carers' experiences*. Health and social care in the community. 25(4).

Mattila, Y., Kakriainen, T. (2014). Kunnan työntekijät arvioimassa omaishoitoa – kuntien omaishoidon työntekijöiden näkemyksiä omaishoitajärjestelmän toimivuudesta ja kehittämistarpeista. Teoksessa Ahola, E., Juntunen, K., Kakriainen, T., Kalliomaa-Puha, L., Mikkola, H., Salminen, A-L. & Tillman, P. Rakas, mutta raskas työ-Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia. Työpapereita 69/2014. Helsinki. 10–44.

Mykkänen, M., Miettinen, M., Saranto, K. (2018). *Tietorakenteet potilaan hoitotietojen kirjaamisessa – Case hoitotyön yhteenveto*. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. Haettu 25.9.2018 osoitteesta: <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/6872/15355468521182024044.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Omaishoitajaliitto. *Hallitus lupaa kehittää omaishoitoa*. Haettu 5.7.2019 osoitteesta: <https://omaishoitajat.fi/hallitus-lupaa-kehittaa-omaishoitoa/>

Omaishoitajaliitto. *Mitä on omaishoito*. Haettu 7.10.2018 osoitteesta: <https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/mita-on-omaishoito/>

Ruuhonen, M. (2008). *110 vuotta mielenterveyttä*. Suomen mielenterveysseura. Vuosikirja 2007. Painoprisma Oy.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Haettu 19.10.18 osoitteesta: http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_4.html

Salin, S. (2008). Lyhytaikaisen laitoshoidon reaalimalli vanhuksen kotihoidon osana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Salin, S., Kaunonen, M., Åsted-Kurki, P. (2013). *Nurses' perceptions of their relationships with informal carers in institutional respite care for older people*. Nursing research and practice. Volume 2013, article ID 967084.

Salo, R. (2005). Saumattomat palveluketjut. Teoksessa Hallila, L. (toim.) *Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 120–125.

Sipilä, R., Mäntyranta, T., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Kaila, M. (2016) *Implementointia suomeksi*. Haettu 21.10. osoitteesta https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/223972/Implementointia_suomeksi.pdf?sequence=1

Smedberg, J. (2015). *Käsitteellinen tarkastelu asiakaslähtöisyydestä tietojärjestelmien kehittämisessä*. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. Haettu 7.10.2018 osoitteesta: <https://journal.fi/finjehew/article/view/50900/15543>

Sointu, L. (2011). *Läsnäolo hoivan arjessa*. Janus vol19(2)158–153.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2011). Etene-julkaisuja 31. *Yhdenvertaisuus sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki. Haettu 16.10.2018 osoitteesta: <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+31+Yhdenvertaisuus+sosiaali-+ja+terveydenhuollossa+ETENE+2006-2010.pdf/e3783f6d-7fb3-48b0-ba2e-a30efd911fb0>

Stellberg T. (2017). *Osallistava kirjaaminen-nykytila ja kehittämistarpeet*. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Haettu 10.4.2018 http://www.aikuissosiaalियो.fi/files/6246/Stellberg_Tuulia.pdf

STM. (n.d.). *Palvelut asiakaslähtöisiksi*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 30.9.2018 osoitteesta: <https://stm.fi/hankkeet/asiakaslahtoisuus>

Suojanen, U. (2014). *Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen väli-
neenä.* Haettu 17.10.2018 osoitteesta:
<https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus/>

Tamminen, J. Metsävainio, K.M. (2015). *Hyvä tiedonkulku parantaa potilasturvallisuutta.* Finnanest. Haettu 4.10.2018 osoitteesta
http://www.finnanest.fi/files/tamminen_metsavainio_hyva_tiedonkulku_parantaa_potilasturvallisuutta.pdf

Tanttu, K. (2008). Tiedon jatkuvuus hoito- ja palvelukokonaisuudessa. Teoksessa Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. (toim.) *Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen.* 2. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 167–172.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2018). Rakenteinen kirjaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Haettu 20.8.2019 osoitteesta:
<https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa>

Tikkanen, U. (2016). *Omaishoidon arki -tutkimus hoivan sidoksista.* Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Tillman, P., Kalliomaa-Puha, L., Mattila, Y., Ahola, E. & Mikkola, H. (2014). Kyselytutkimus vuonna 2012 omaishoitajana olleille – kyselyn toteutus ja omaishoitajien, omaishoidettavien ja omaishoitotilanteen perustiedot. Teoksessa Ahola, E., Juntunen, K., Kakriainen, T., Kalliomaa-Puha, L., Mikkola, H., Salminen, A-L. & Tillman, P. *Rakas, mutta raskas työ-Kelan omaishoitohankkeen ensimmäisiä tuloksia.* Työpapereita 69/2014. Helsinki. 56–66.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2017). *Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi.* Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen toimikunta. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa – tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012.* Haettu 16.10.2018 osoitteesta:
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valvira. (n.d.) Potilasasiakirjoista. Haettu 5.8.2019 osoitteesta
<https://www.valvira.fi/documents/14444/261757/Esitys+potilasasiakirjoista/59426238-3048-440b-8897-8dcb4d5c0ba3>

Vilka, H. & Airaksinen, T. (2003). *Toiminnallinen opinnäytetyö.* Helsinki: Tammi.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. (2011). *Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittä-*

tämiseen. Tekesin katsaus 28/2011. Helsinki. Haettu 1.4.2019 osoitteesta https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf? t_id=1B2M2Y8AsgTpgAmY7PhCfg%3d%3d& t_q=Matkaopas+asiakasl%C3%A4ht%C3%B6isten+sosiaali+ja+terveyspalvelujen+kehitt%C3%A4miseen& t_tags=language%3afi%2csiteid%3a53b34a16-7ce7-4ab0-8c7e-f06c83547e28& t_ip=195.148.193.2& t_hit.id=Finpro Web Features MediaData GenericMediaData/ 970a54ea-ff2e-4643-838a-d9fc0bedb7c1& t_hit.pos=1

Vähäkainu, T. (n.d.) *Alueellinen tietojärjestelmä vie Kanta-Hämettä soten suuntaan*. Haettu 4.8.2019 osoitteesta <https://www.tieto.com/fi/asiakastarinoita/2018/alueellinen-tietojarjestelma-vie-kanta-hametta-soten-suuntaan/>

Kutsu tutkimukseen osallistumiseen omaishoitajille tai omaishoitajan lailla toimiville

x.x. .2018

Hyvä omaishoitaja /omaishoitajan lailla toimiva!

Olemme Janakkalassa ympärivuorokautisen hoivan yksikössä ikäihmisten palveluissa Tapailakodissa työskentelevät laitoshoidon palvelupäällikkö Marika Peltonen ja laitoshoidon palveluesimies Mirka Puputti. Opiskelemme Hämeen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden kehittämistä ja johtamista.

Teemme opintoihin liittyvän opinnäytetyön omaishoitoperheen palvelupolun kehittämiseksi Janakkalassa. Työn näkökulmana on verkostoyhteistyön ja tiedonkulun parantaminen. Lisäksi työmme tarkoituksena on laatia omaishoitoperheen palvelupolusta malli kaikille Janakkalan kunnassa asian kanssa toimiville (kotihoidon työntekijät, intervalliyksikön työntekijät, Imaakari, palveluohjaus, omaishoitoperheet) sekä parantaa tiedonkulkua ja verkostoyhteistyötä. Tavoitteena, on että kaikki omaishoitoperheen kanssa toimivat ammattilaiset toimivat yhteisten sovittujen toimintamallien mukaisesti työskennellessään omaishoitoperheen kanssa.

Teidän kokemuksenne kehitettävän palvelun käyttäjänä on erittäin arvokas. Toivomme Teidän osallistuvan kotiin lähetettävään kyselylomakkeen täyttämiseen. Lomakkeen voi täyttää yhdessä toisen henkilön kanssa tai voimme halutessanne myös auttaa teitä siinä. Jos toivotte meidän auttavan teitä, ottakaa siinä tapauksessa yhteyttä laitoshoidon palvelupäällikköön arkisin klo 8-16 välisenä aikana puh XXXX tai sähköpostitse XXXX

Hyödynnämme omaishoitajien antamia vastauksia keväällä 2019 järjestettävässä kehittämisiltapäivässä. Sinne ovat myös tervetulleita osa teistä halukkaista omaishoitajista. Siitä lähetämme tietoa teille myöhemmin.

Janakkalan kunnan vs. vanhustyönjohtaja on myöntänyt opinnäytetyön toteuttamiseen asianmukaisen tutkimusluvan. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytenne tule ilmi missään opinnäytetyön vaiheessa. Ainoastaan opinnäytetyön tekijät ja opinnäytetyötä ohjaava opettaja sekä toimistos sihteeri käsittelevät tutkimusaineistoa. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Mikäli Teillä on kysyttävää, otattehan yhteyttä puhelimitse tai sähköpostitse xxxx arkisin klo 8-16 puh xxxx tai xxxx. Kyselylomakkeen viimeinen palautuspäivä on 15.1.2019. Palautuskuori on mukana. Postimaksu on maksettu.

Ystävällisin terveisin

Marika Peltonen

Mirka Puputti

Opinnäytetyötä ohjaava opettaja Paula Hakala

Kutsu tutkimukseen osallistumiseen intervalliyksikön ja kotihoidon työntekijöille

x.x.2018

Hei Sinä omaishoitoperheen kanssa toimiva ammattilainen!

Olemme Janakkalassa xxxx yksikössä ikäihmisten palveluissa xxxx työskentelevät laitoshoidon palvelupäällikkö Marika Peltonen ja laitoshoidon palveluesimies Mirka Puputti. Opiskelemme Hämeen ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisestä ja johtamista.

Teemme opintoihin liittyvän opinnäytetyömme omaishoitoperheen hoitopolun kehittämiseksi Janakkalassa, työn näkökulmana on verkostoyhteistyön ja tiedonkulun parantaminen. Työmme tarkoituksena on luoda omaishoitoperheen palvelupolusta malli kaikille Janakkalan kunnassa asian kanssa toimiville (kotihoito työntekijät, intervalliyksikön työntekijät, lääkäri, palveluohjaus, omaishoitoperheet) sekä parantaa tiedonkulkua ja verkostoyhteistyötä. Tavoitteena on, että kaikki omaishoitoperheen kanssa toimivat ammattilaiset työskentelevät yhteisten sovittujen toimintamallien mukaisesti toimiessaan omaishoitoperheen kanssa.

Sinun kokemuksesi kehitettävän palvelun toteuttajana on erittäin arvokas. Toivomme Sinun osallistuvan questback-ohjelmalla täytettävään kyselyyn sekä myöhemmin järjestettävään kehittämisiltapäivään. Siitä lähetetään tietoa myöhemmin.

Janakkalan kunnan vs. vanhustyönjohtaja on myöntänyt opinnäytetyön toteuttamiseen asianmukaisen tutkimusluvan. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytenne tule ilmi missään opinnäytetyön vaiheissa. Ainoastaan opinnäytetyön tekijät ja opinnäytetyötä ohjaava opettaja käsittelevät tutkimusaineistoa. Opinnäytetyön valmistuttua aineisto hävitetään asianmukaisesti.

Mikäli Sinulla on kysyttävää, otathan yhteyttä puhelimitse tai sähköpostitse Marika Peltoseen arkisin klo 8-16 puh xxxx tai XXXX

Kysely löytyy osoitteesta: x.x.net.fi

Kyselyyn vastaamisen viimeinen päivä on 15.1.2019.

Ystävällisin terveisin

Marika Peltonen

Mirka Puputti

PUH: XXXX

Opinnäytetyötä ohjaava opettaja Paula Hakala

**HAASTATTELULOMAKE OMAISHOITAJILLE / OMAISHOITAJAN
LAILLA TOIMIVALLE**

Taustatiedot:

Vastaajan ikä: _____

Vastaajan sukupuoli: _____

Kauanko olette hoitaneet läheistänne: _____

1. Käytättekö omaishoitajille tarkoitettuja vapaapäiviä kuukaudessa?

EI _____ **KYLLÄ** _____

Jos vastasitte KYLLÄ, montako vapaapäivää käytätte kuukaudessa?

**2. Saatteko mielestänne tarpeeksi omaishoitajille tarkoitettuja vapaapäiviä
jaksamisenne tukemiseksi?**

EI _____ **KYLLÄ** _____

3. Jos Teillä on käytössä kotihoidon palvelut, montako kotihoidon käyntiä

Teillä on viikossa?

Saatteko mielestänne tarpeeksi omaishoidon tukipalveluja?

(Kotihoito, intervallihoito eli XXXX. Tukipalveluilla tarkoitetaan kotihoitoa ja intervallihoitoa.)

KYLLÄ _____ EI _____

Jos vastasitte EI, millainen tukimuoto voisi auttaa teitä paremmin?

4. Mitkä ovat Teille tärkeimmät yhteistyötahot? Merkitkää tärkein numerolla 1, toiseksi tärkein numerolla 2, jne. niin, että kaikki yhteistyötahot on numeroitu.

_____ Kotihoito,

_____ Intervallihoito

_____ Lääkäri

_____ Ikäkeskus

_____ Muu mikä? _____

5. Saatteko välitettyä omaistanne koskevia tietoja hoitajille intervallijaksolle tultaessa?

KYLLÄ _____ EI _____

Jos vastasitte EI, mistä luulette sen johtuvan?

6. **Toteutuuko mielestänne kotihoidon, intervalliyksikön xxxx, palveluohjauksen ja lääkärin välinen tiedonkulku?**

7. **Oletteko tietoisia siitä, että kotihoito ja intervallihoito eli xxx tekevät yhteistyötä?**

EI _____ **KYLLÄ** _____

Jos vastasitte KYLLÄ, mitä yhteistyö mielestänne on?

8. **Toivoisitteko enemmän yhteistyötä teitä hoitavien tahojen kesken?**

EI _____ **KYLLÄ** _____

Jos vastasitte KYLLÄ, millaista yhteistyön tulisi mielestänne olla?

9. Miten toivoisitte palveluja kehitettävän tulevaisuudessa?

10. Sana on vapaa, jos haluatte antaa palautetta intervallihoidosta eli xxx tai kotihoidosta.

KIITOS VASTAAMISESTA!

HAASTATTELULOMAKE HENKILÖSTÖLLE

Taustatiedot:

Kauanko olet työskennellyt kunnassa: _____

Ikä: _____

Yksikkö, missä työskentelet: _____

1. Koetko, että omaishoitajat saavat riittävästi heille tarkoitettuja vapaapäiviä jakamisensa tukemiseksi?

KYLLÄ _____ EI _____

Jos vastasit EI, perustele, miksi.

2. Koetko, että omaishoitajat saavat riittävästi omaishoidon tukipalveluja (kotihoito, intervallihoito)?

KYLLÄ _____ EI _____

Jos vastasit EI, millainen tukimuoto voisi mielestäsi tukea ja auttaa heitä paremmin?

3. Mitkä ovat työsi näkökulmasta tärkeimmät yhteistyötahot? Merkitse tärkein numerolla 1, toiseksi tärkein numerolla 2, jne. niin, että kaikki yhteistyötahot on numeroitu

_____ Kotihoito,
_____ Intervallihoito
_____ Lääkäri
_____ Palveluohjaus
_____ Asiakasperhe
_____ Muu mikä? _____

4. Kuvaile miten omaishoitajat saavat välitettyä omaistaan koskevia tietoja hoitajille intervallijaksolle tultaessa?

5. Tarvitaanko enemmän yhteistyötä omaishoitoperhettä hoitavien tahojen kesken?

EI _____ KYLLÄ _____

Jos vastasit KYLLÄ, millaista ja miten yhteistyötä voisi kehittää?

6. Miten intervallihoidon ja kotihoidon välinen yhteistyö näkyy?

7. Miten ja millä menetelmillä tiedonkulkua voisi kehittää?

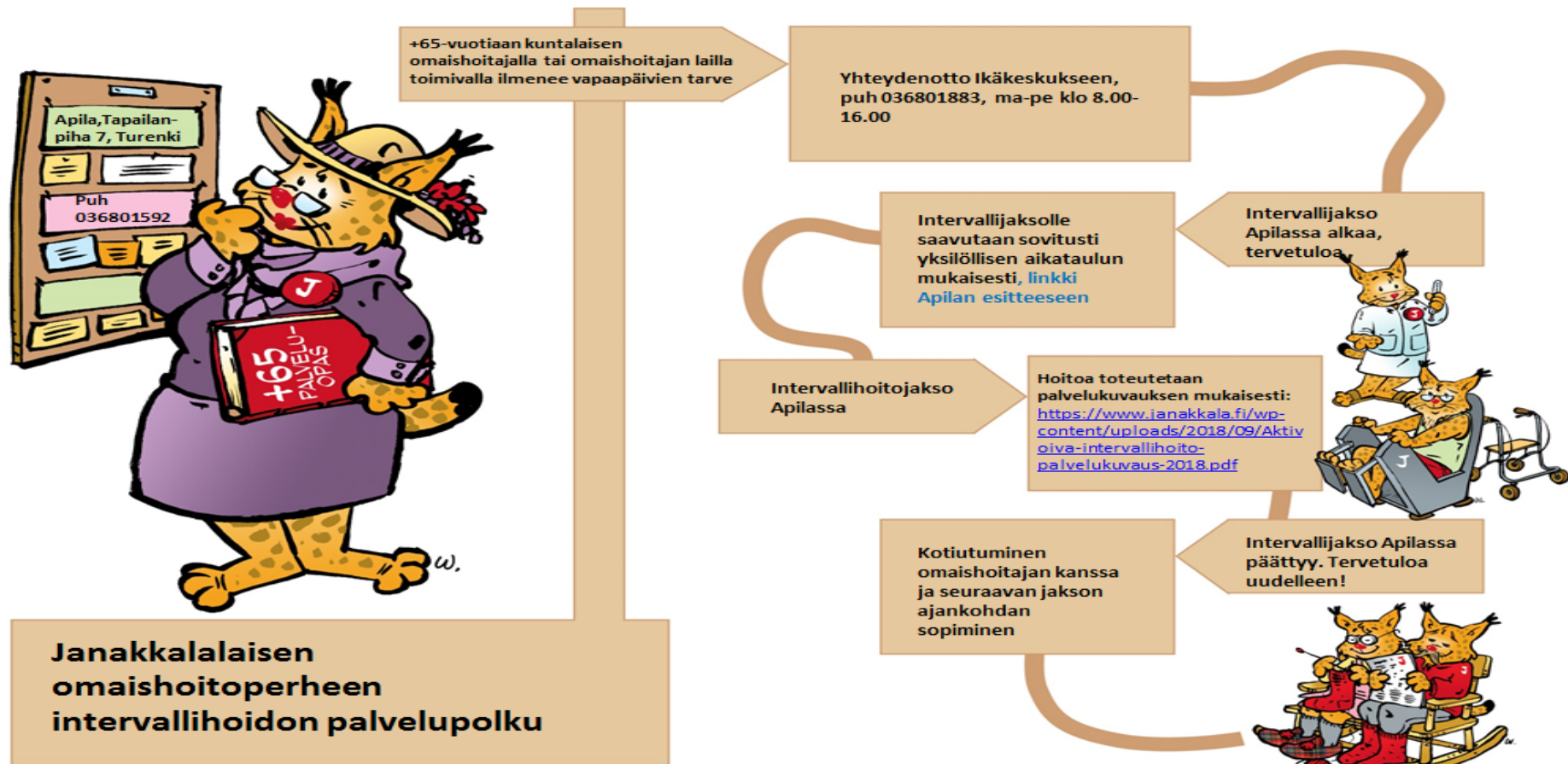
8. Sana on vapaa jos haluat yleisesti antaa palautetta aiheeseen liittyen.

KIITOKSET VASTAAMISESTA!




OMAISHOITOPERHEEN PALVELUPOLUN KEHITTÄMINEN JANAKKALASSA
- näkökulmana Intervallihoito, mallinnus henkilöstölle





Aktivoivan intervallihoidon palvelukuvaus

Palvelu	Aktivoiva intervallihoido
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 intervallihoidon läheteellä.</p> <p>Intervallihoidon sisällön suunnitelma tehdään yhdessä asiakasperheen kanssa kahden ensimmäisen intervallijakson aikana.</p> <p>Ensimmäisellä hoitajaksoilla aloitetaan hoitosuunnitelman tekeminen, sekä sovitaan omahoitaja.</p> <p>Toisella hoitajaksoilla pidetään hoitoneuvottelu, jossa yhdessä sovitut tavoitteet kirjataan hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelma tehdään voimavaralähtöisesti, jolloin asiakkaan toimijuus vahvistuu. Hoitosuunnitelman tekemisessä hyödynnetään asiakkaille kotihoivossa tehtyä yksilöllistä liikuntasuunnitelmaa, Ikäinstituutin voima- ja tasapainoharjoittelusta virtaa iäkkään arkeen ohjelmaa sekä tarvittaessa fysioterapeutin suosittelamia yksilöllisiä harjoitteita.</p> <p>Kolmannen, neljännen ja viidennen hoitajakson aikana toteutetaan hoitosuunnitelmaa. (Katso esimerkkiviikko vasemmalla.)</p> <p>Kuudennella hoitajaksoilla arvioidaan tarkemmin hoitosuunnitelman toteutumista ja tarvittaessa asetetaan uusia tavoitteita.</p> <p>Hoitajaksojen aikana huolehditaan asiakkaan perushoidollisista tarpeista toimintakykyä ylläpitävällä 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</p>

	<p>rajata. Kokoukseen osallistuva hoitaja tekee kokouksesta muistion, jonka voi lukea koti-alueen ilmoitustaululta. Torstaikokouksessa esiin nousseiden aiheiden pohjalta vietetään toiveiden 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 jaksamisensa mukaisesti. Ennalta laadittuun viiden viikon kiertävään viikkopohjaan on suunniteltu joka päivälle ryhmämuotoista toimintaa.</p> <p>Intervallihoido on säännöllisesti tapahtuvaa. Kunta ja omaishoitaja voivat sopia, että omaishoitaja 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>
Mittarit ja työkalut	<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>
Palvelumaksu	<p>Palvelu on maksullista; lyhytaikaisen laitoshoidon maksu, huomioiden omaishoidon vapaapäivät ja maksuton kertyminen.</p>
Laatukriteerit	<p>Omahoitajapari on määritelty ensimmäisellä jaksolla ja hoitosuunnitelma on tehty viimeistään toisella jaksolla.</p> <p>Hoitosuunnitelmaa arvioidaan kuudennella hoitajaksoilla ja tarvittaessa.</p> <p>Asiakkaalle yksilöllisesti suunniteltua hoitosuunnitelmaa toteutetaan jokaisen jakson aikana.</p> <p>Asiakkaan osallistuminen ryhmätoimintaan ja/tai yksilölliseen liikuntaohjaukseen vähintään kolme kertaa jakson aikana riippuen jakson pituudesta.</p> <p>Henkilöstö arvioi toimintaansa säännöllisesti.</p>
Suorite/tilastointi	<p>Intervallijakso</p>
Arviointi / seuranta	<p>Laatujärjestelmä</p>