

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU

Ikäosaamisen kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Katri Tuulensola ja Kari Törrönen

ENSIHOIDON TOTEUTTAMA HOIDON TARPEEN ARVIOINTI
OSANA ASIAKASLÄHTÖISTÄ IKÄIHMISTEN PERHEHOITOA

Opinnäytetyö

Tammikuu 2020



OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2020
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi
ammattikorkeakoulututkinto
Ikäosaaminen

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijät

Tuulensola Katri ja Törrönen Kari

Nimeke

Ensihoidon toteuttama hoidon tarpeen arviointi osana asiakaslähtöistä ikäihmisten perhehoitoa

Toimeksiantaja

Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä - ikäihmisten palvelut

Tiivistelmä

Ikäihmisten perhehoidon kiireetön hoidon tarpeen arviointi tukee ikäihmisiä ja perhehoitajaa. Perhehoito on yksi ikäihmisten asumispalveluiden vaihtoehtoista. Perhehoitoa järjestetään ikäihmisten oman kodin ulkopuolella perhehoitajan yksityiskodissa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tukea ja kehittää ikäihmisten perhehoidossa asuminen ja perhehoitajaa toiminnassaan. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa hoidon tarpeen arvioinnin toimintamalli ikäihmisten perhehoitoon ja ensihoitoon. Lisäksi tehtävänä oli kerätä tietoa siitä, miten hoidon tarpeen arviointi toteutuu perhehoidossa. Toimintamallin kehittäminen toteutettiin yhteistyössä perhehoidossa olevien ikäihmisten, ikäihmisten perhehoitajien, ensihoidon kenttäjohtajien ja ensihoitajien kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistoimintana. Toimintamallit kehitettiin osallistavan ideariihen avulla. Kehittämisprosessiin kuului esittelytilaisuus, osallistava ideariihi, hoidon tarpeen arvioinnin toteutus, väliarviointi, reflektointi ja loppukysely.

Perhehoidossa olevien ikäihmisten tarvitsemat terveydenhuollonpalvelut tuodaan lähelle ja ovat helposti saatavilla. Toimintamallissa korostuu moniammatillinen yhteistyö ja sen merkitys. Malli on sovellettavissa myös Siun soten ulkopuolelle ikäihmisten perhehoitoon. Jatkossa voisi tutkia vaikuttavuuden toteutumista, kustannusvaikutuksia ja asiakastytyväisyyttä.

Kieli

suomi

Sivuja 74

Liitteet 5

Asiasanat

Ikäihmisten perhehoito, perhehoitaja, ensihoidon kiireetön hoidon tarpeen arviointi



THESIS
January 2020
Master's Programme in Active Ageing

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND

Authors

Katri Tuulensola and Kari Törrönen

Title

Care Needs Assessment Implemented by Emergency Medical Services as Part of Client-Oriented Foster Care for Older People

Commissioned by

Joint Municipal Authority for North Karelia Social and Health Services – Services for Older People's services

Abstract

Adult foster care is an alternative housing service arrangement aimed at older people. An adult foster home is usually the care provider's private home. The non-urgent care needs assessment of the foster home residents supports both the older person and the care provider.

The purpose of this thesis was to support and develop the living of older people in foster care and the operations of the care provider. The thesis task was to produce a strategy for the foster care of older people and emergency services to assess the residents needs for care. Another task was to gather knowledge how the care needs assessment is realised in foster care for older people. The strategy development was implemented in collaboration with foster care residents, their relatives, care providers, emergency care field supervisors and paramedics.

The thesis was implemented as developmental research activity. The strategies were produced by implementing a participatory think tank. The development process included a briefing, a participatory think tank, the implementation of care needs assessment, a mid-intervention assessment, reflection and a final survey.

Older people placed in foster care need healthcare services that are brought close and are easily available. Multidisciplinary cooperation and its significance are emphasised in the strategy. The model can be easily applied outside the "Siun sote" Municipal Federation to provide adult foster care for older people. Further research could focus on the realisation of efficacy, that is, cost effectiveness in relation to client satisfaction.

Language

Finnish

Pages 74

Appendices 5

Keywords

foster care for older people, foster care provider, non-urgent assessment care needs assessment conducted by emergency medical services

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Asiakaslähtöisyys ja moniammatillinen yhteistyö ikäihmisten palveluissa	6
2.1	Ikäihmisen huomioiminen palveluissa.....	7
2.2	Yhteistyöllä parempaa palvelua	10
2.3	Asiakaslähtöisyys Siun sotessa	12
3	Ikäihmisten perhehoito	14
3.1	Perhehoidon kehittäminen	15
3.2	Perhehoito vaihtoehto ikäihmisten asumispalveluille	17
3.3	Ikäihmisten perhehoito Siun sotessa	21
4	Ensihoito ikäihmisten palveluissa.....	24
4.1	Hoidon tarpeen arviointi.....	25
4.2	Ensihoito.....	26
4.3	Ensihoito Siun sotessa	30
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	30
6	Kehittämisen prosessin toteuttaminen	31
6.1	Toimintaympäristö ja osallistajat	32
6.2	Tutkimuksellinen kehittämistoiminta	33
6.3	Kehittämisen prosessin menetelmälliset valinnat.....	37
6.3.1	Aineiston hankinta ja analysointi.....	38
6.3.2	Kehittämistoiminnan arviointi	40
6.4	Kehittämisen prosessin eteneminen	41
6.4.1	Esittelytilaisuus	43
6.4.2	Kehittämistoiminnan spiraalimainen prosessi	44
6.4.3	Osallistava ideariihä.....	46
6.4.4	Kehittämistyön käynnistyminen.....	48
6.4.5	Arviointi ja palaute	49
6.4.6	Aineisto ja analysointi	51
6.5	Kehittämisen prosessin arviointi	53
7	Kehittämisen prosessin tulokset	54
7.1	Hoidon tarpeen arvioinnin toimintamalli ikäihmisten perhehoidossa ..	55
7.2	Toimintamallin toteutuminen ikäihmisten perhekoteissa	58
8	Pohdinta.....	63
8.1	Opinnäytetyön prosessi ja tuotosten tarkastelu	64
8.2	Tutkimuksellisten kysymysten arviointi	67
8.3	Osallisuuden arviointi.....	69
8.4	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys.....	70
8.5	Toimintamallin arviointi, juurruttaminen ja jatkokehitys	72
	Lähteet.....	74

Liitteet

Liite 1	Tiedote ikäihmisten perhekotiin
Liite 2	Ohjelma ideariihä
Liite 3	Toimintaohje ikäihmisten perhekotiin
Liite 4	Toimintaohje Ensihoitoon
Liite 5	Palaute/arviointikyselyn runko perhehoitajille

1 Johdanto

Vanhustenhuollon keskeisenä tavoitteena Suomessa on jo pitkään ollut ikäihmistien hyvinvoinnin lisääminen vähentämällä laitoshuoltoa ja tukemalla kotona asumista (Karvonen-Kälkäjä 2012, 271). Väestö ikääntyy lähivuosikymmeninä ja tarvitsemme uusia vanhuspalveluita. Ikäihmisten tarvitsemien palvelukokonaisuuksien yhteensovittaminen hänen tarpeitaan vastaaviksi lisää laatua ja kustannustehokkuutta (Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos 2019). Moniammatillinen yhteistyö tuo tavoitteellisen työskentelyn ikäihmisten hyväksi (Helminen & Karisto 2005,14–15). Kun ikäihmisten palveluiden tarve lisääntyy ja hän tarvitsee tukea päivittäiseen selviytymiseen, on perhehoito yksi asumisen vaihtoehtoista. Pohjois-Karjalaan on perustettu vuosien 2016–2018 aikana 10 uutta ikäihmisten perhekotia ja 16 perhehoitajaa aloitti toimintansa. (Tuulensola 2018, 43.)

Tämä opinnäytetyö on jatkoa AVOT-hankkeessa (Arvokasta vanhenemista oma-toimisuutta tukemalla 2016–2018) tehdylle kehittämistyölle. AVOT-hanke oli yksi edellisen hallituksen kärkihankkeista. AVOT-hankkeen aikana muun muassa lisättiin ikäihmisten perhehoitoa, kehitettiin kotihoidon ja ensihoidon yhteistyötä sekä luotiin uusia toimintamalleja ikäihmisten palveluille. (AVOT-hankkeen loppuraportti 2018; Noro & Karppanen 2019, 57.)

Tämä opinnäytetyö keskittyy Siun soten alueen ikäihmisten perhehoitoon. Opinnäytetyössä on kyse tutkimuksellisesta kehittämistoiminnasta. Kehittämistoiminnalla pyrittiin luomaan asiakaslähtöinen kiireetön hoidon tarpeen arvioinnintointamalli ikäihmisten perhehoitoon yhteistyössä ensihoidon kanssa. Kehittämistoiminnan keskiössä ovat perhehoidossa olevat ikäihmiset sekä ikäihmisten perhehoitajat. Toimintamallin tarkoituksena on tuoda turvallisuutta perhehoidossa olevien ikäihmisten arkeen sekä tukea perhehoitajaa toiminnassaan.

Tällä hetkellä perhekoteja on Siun soten (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalveluiden kuntayhtymä) alueella lähes kolmekymmentä. Perhehoitaja työskente-

lee omassa kodissaan ja solmii toimeksiantosopimuksen Siun soten kanssa. Toimeksiantajalla eli Siun sotella on vastuu perhehoidossa olevista ikäihmisistä. Perhehoitajat tarvitsevat myös tukea perhehoitajan tehtävässään. (Varis 2019.) Perhehoito nähdään tarpeellisena ja sitä myös halutaan lisätä yhtenä ikäihmisten hoitomuotona ja asumisen ratkaisuna. Perhehoito tarvitsee jatkuvaa laadun kehittämistä ja tavoitteena on, että se nähtäisiin ammatillisen ja tavallisen perhe-elämän välimuotona. (Tammelin & Ilmarinen 2013, 261).

2 Asiakslähtöisyys ja moniammatillinen yhteistyö ikäihmisten palveluissa

Yksi edellisen hallituksen kärkihankkeista oli muodostaa asiakslähtöiset ja moniammatilliset palvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa. Toimintatapojen kehittämisen lähtökohtia olivat asiakkaiden kokemukset ja osallistuminen. Maakunnissa oli tarkoitus kokeilla eri vaihtoehtoja uusille moniammatillisille työskentelytavoille, joista saatujen kokemusten ja palautteiden avulla lopulliset toimintatavat ja palvelut muotoutuisivat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

Asiakslähtöisyys ja moniammatillisuus liittyvät usein toisiinsa. Asiakslähtöisyydessä pyritään ymmärtämään ja määrittelemään asiakkuus sekä asiakkaan tarpeet sekä vastaamaan niihin. Moniammatillisessa yhteistyössä ammattilaiset tekevät yhteistyötä, tietoa ja eri näkökulmia kootaan yhteen. Asiakas on työskentelyn keskiössä, ja tavoitteena on tuottaa kattava asiakasta palveleva kokonaiskuva. Asiakslähtöisessä ja moniammatillisessa yhteistyössä päätöksistä vastuu kuuluu yhdessä asiakkaalle ja hoitavalle taholle. (Sorsa 2002, 3; Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 32.) Tässä opinnäytetyössä yhtenä keskeisimmistä asioista ovat käsitteet moniammatillinen työskentely ja asiakslähtöisyys ikäihmisten näkökulmasta. Käsitteitä selvitetään seuraavissa kappaleissa.

2.1 Ikäihmisen huomioiminen palveluissa

Ikäihmisten palveluja ryhdyttiin kehittämään Suomessa jo 1980- ja 1990-luvuilla. Sosiaali- ja terveysministeriön tekemässä terveystaloudellisessa selonteossa ja keskusvirastojen ohjekirjeissä tavoitteet olivat avohuoltopainotteisia sekä asiakaslähtöisiä. Vaikka 1990-luvun laman aikana ja 2000-luvulle tultaessa puhuttiin edelleen avohuollon lisäämisestä ja asiakaslähtöisyydestä, toimenpiteet olivat kuitenkin laitostavia ja asiakaslähtöisyyden tavoitteet puuttuivat. 2000-luvun alussa tyytymättömyys vanhusten huollon tilaan nousi voimakkaasti esille. (Karvonen-Kälkäjä 2012, 171–173.) Kalliomaa-Puhan & Kankaan mukaan (2015, 37–38) viime aikoina on tapahtunut merkittävä muutos ikääntyneiden palvelurakenteessa: on lisätty ja tuettu koti- ja omaishoitoa sekä etenkin perhehoitoa. Yksin noin 90 prosenttia 75-vuotiaista ja enemmistö yli 90-vuotiaista asuu kotona ja heistä heistä useimmat yksin. Tulevaisuudessa ympärivuorokautinen hoito kohdistuu yhä enemmän vanhoihin ihmisiin ja heidän viimeisiin vuosiinsa. Vuoden 2012 vanhuspalvelulaki antoi hyvät mahdollisuudet asiakaslähtöisyyden toteutumiseen. (Karvonen-Kälkäjä 2012, 171–173; Kalliomaa-Puha & Kangas 2015, 37–38.)

Asiakaslähtöisyys on Malisen (2005, 8) mukaan lähtöisin markkinoinnista ja liike-talouden alalta. Keskiössä on ymmärtää ja määritellä asiakkuus sekä hänen tarpeensa. Asiakkaan tarpeisiin vastaaminen on tärkeää, ja hänen tilanteisiinsa sopivien palvelukokonaisuuksien löytäminen välttämätöntä. Palveluntuottajailta ja sen edustajilta vaaditaan luovuutta yksilöllisissä ratkaisuisissa, jotka vastaavat hänen tarpeisiinsa ja ovat hänen kannaltansa parhaita mahdollisia palveluja. Asiakaskeskeinen palvelukulttuuri on kehittynyt vähitellen eikä tämä toimintakulttuuri ole aina ongelmaton. Asiakas tarvitsee kaiken käytettävissä olevan tiedon omasta tilanteestaan ja omien toiveiden reaalisuudesta, ja häntä on tuettava. Vastuu ratkaisusta ei ole koskaan yksin hänellä itsellään. Asiakaslähtöisyys voi olla sosiaali- ja terveyspalveluissa joskus myös ristiriidassa asiakkaan oman tarvelähtöisyyden kanssa. Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksen mukaan osa ikäihmisistä voi jättää tarvitsevia palveluita käyttämättä, kuten lääkärissä käynnin, vedoten heikkoon taloudelliseen tilanteeseen. (Pohjola 2010, 30; Terveystalouden ja hyvinvoinninlaitos 2018.)

Vastuu asiakasprosessin aloittamisesta ja asiakaslähtöisyydestä, prosessin etenemisestä ja asiakkaan hyvinvoinnin, terveyden ja elämäntilanteen tukemisesta on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisella. Asiakkaan rooli on olla aktiivinen, jolloin myös hänen vaikuttamismahdollisuutensa omien tarpeiden vastaamiseen ovat paremmat. (Hyvärinen 2011, 40.) Ammatillinen vastuu ja myös velvollisuus sekä ammattieettisyys perustuvat eri lakeihin. Sosiaalihuollon (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014 1 §) asiakaslain tehtävänä on edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamusta sekä asiakkaan oikeutta hyvään ja oikeaan palveluun sekä kohteluun sosiaalihuollossa. Vanhuspalvelulaki velvoittaa kunnan tekemään suunnitelman toimenpiteistä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä tarvittavien palvelujen järjestämisestä. Suunnitelma on osa kunnan strategista suunnittelua. Kunnan on tehtävä yhteistyötä julkisen tahon, yritysten sekä järjestöjen kanssa. Ikääntyneen väestön terveyttä, toimintakykyä ja kotona selviämistä on tuettava kaikin keinoin. (Raatikainen 2015, 88–90; Vanhuspalvelulaki 980/2012 4–5 §.)

Sorsa (2002, 3) on todennut, että asiakkaan omia ja hänelle itselleen tärkeitä asioita sekä tavoitteita on pyrittävä kunnioittamaan. Hän on toiminnan ja tilanteen keskiössä. Asiakaspalautteeseen tarjotaan aina mahdollisuus ja se käydään tarvittaessa hänen kanssansa läpi. Tavoitteena on päästä yhteisymmärrykseen. Asiakaslähtöisyyteen kuuluu asiakkaan vaikuttamismahdollisuus koskien asioiden etenemistä ja asiallisen kohtelun saamista. Asiakaslähtöisyyden keskeisiä elementtejä ovat itsemääräämisoikeus, tasavertainen vuorovaikutus, osallistuminen ja tiedonsaanti. Edellä kuvatut ovat tärkeitä asiakkaan arvojen näkökulmasta ja perustuvat ihmisarvon kunnioittamiseen. Lähtökohta on, että asiakaslähtöisen työn keskiössä on huolta herättävä elämäntilanne. (Virtanen, Suonheimo, Lamminmäki, Ahonen, & Suokas 2011, 18–19; Pehkonen, Martikainen, Kinni & Mönkönen 2019, 90.)

Lainsäädäntö on hoitotyössä toiminnan perusta. Potilaslaki turvaa potilaan oikeuden hyvään hoitoon. Hoidossa huomioidaan potilaan yksilölliset tarpeet ja toiveet

aina kun mahdollista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 2 §.) Vanhuspalvelulain mukaan toimenpiteet kirjataan asiakassuunnitelmaan. Lait antavat asiakkaalle oikeuksia. Tämä ei kuitenkaan velvoita palveluntuottajaa toimimaan asiakaslähtöisesti, vaikka se voisi olla kustannustehokasta. Hänet tulisi nähdä hoitoprosessissa vastavuoroisena kumppanina, jotta hoito olisi asiakaslähtöistä. (Vanhuspalvelulaki 980/2012 5 §.)

Dialoginen asiakaslähtöisyys tarkoittaa, että asiakas ja ammattilainen ovat tasa-arvoisia. Kumpikin tuo esiin oman näkemyksensä asiasta ja kuuntelee toista. Kaikkia asiakkaan toiveita ei voi eikä tarvitse toteuttaa. Päätöksenteossa otetaan huomioon kuitenkin mahdollisuuksien mukaan hänen yksilölliset arvonsa ja elämäntilanteensa kokonaisuutena. (Arnkil & Seikkula 2009, 27–28.) Kun palvelun halutaan olevan asiakaslähtöistä toimintaa pitää tarkastella palvelua saavan näkökulmasta. Asiakas on aina keskipisteessä. On nähtävä hänen tarpeensa ja oikeudet. Asiakas osallistuu hoitoon liittyvään päätöksentekoon ja hänen tietojään käytetään siinä hyväksi. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999, 11.) Valokiven (2008) tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyys ei aina toteudu. Omaisia ei riittävästi kuulla päätöksenteossa ja ikäihmiset tyytyvät saamaansa hoitoon.

Moniammatillisuus ja asiakaslähtöisyys ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa laatuajattelun keskeisiä periaatteita. Ne korostuvat aina, kun laadun lähtökohtia pohditaan sekä pyritään toimimaan asiakkaan parhaaksi joko moniammatillisen työryhmän tai erilaisten ammattiryhmien työpanoksen avulla. Saumaton palveluketju on tärkeä. Ammattilaisten, ammattiryhmien, työyksiköiden ja toimintaympäristöjen toiminnan laatu ja sujuvuus varmistetaan. Näin päästään asiakkaan kannalta toimivaan auttamis- ja palvelutyöhön. Havaittuja ongelmakohtia yksityiskohtaisesti analysoimalla ja niihin ratkaisuja etsimällä voidaan kehittää moniammatillisia palveluketjuja. (Outinen ym. 1999, 12.)

2.2 Yhteistyöllä parempaa palvelua

Vuorovaikutustaidot ja dialogisuus ovat tärkeässä osassa moniammatillisessa yhteistyössä. Kehittämisprosessissa tutkitaan erilaisia näkökulmia vertailemalla, jolloin voidaan löytää yhteisiä ratkaisuja. Kaikkien moniammatillisen ryhmän jäsenten näkökulma on tärkeässä osassa asiakkaan lopullisen ratkaisun löytymisen kannalta. Moniammatilliseen yhteistyöhön osallistuvien tasavertaisuus takaa avoimen ilmapiirin, jossa jokainen uskaltaa tuoda julki oman mielipiteensä. Avoimuus uusille ratkaisuille on ensiarvoisen tärkeää, kun halutaan hyödyntää kaikkien osaamista ja työskennellä tehokkaasti. (Isoherranen 2005, 14, 58–59; Pellinen 1996, 129–130.) Tässä opinnäytetyössä korostuvat asiakaslähtöisyys, moniammatillinen yhteistyö, tiedon tuottaminen ja eri näkökulmien yhteen kokoaminen.

Moniammatillisessa yhteistyössä ammattilaiset tekevät yhteistyötä henkilön tilanteessa, jolloin asiakaslähtöisyys toteutuu ja hän tulee kuulluksi oman hoidon sekä palveluiden suunnitteluissa. Asiakkaan itsemääräämisoikeus, osallistuminen, tasavertainen vuorovaikutus ja tiedonsaanti ovat keskeisiä elementtejä, kun seurataan, toteutuuko hänen ihmisarvonsa kunnioittaminen. Moniammatillisessa yhteistyössä kuullaan asiakasta, tiedostetaan hänen oikeutensa ja pyritään asettamaan vastuuta kohtuudella. Moniammatillisessa työskentelyssä lähtökohdaksi on huomioida hänet kokonaisvaltaisesti. Hyvin toimiva moniammatillinen tiimi luottaa ja tukee toisiaan. Tämä lisää sosiaalista pääomaa, joka auttaa työssä jaksamisessa. Tavoitteena on, että yhdessä työskentely palvelee asiakasta, tuottaa tietoa ja kattavamman lopputuloksen hänen näkökulmastansa. Voidaan sanoa, että yhdessä työskentely antaa enemmän lisäarvoa asiakkaan tilanteeseen kuin yksittäisen asiantuntijan työpanos. (Isoherranen 2005, 14–15; Mönkkönen, Kekoni, Pehkonen 2019, 17–19.)

Lähtökohta moniammatillisessa yhteistyössä asiakkaan näkökulmasta on, että hän saa hyvää palvelua. Ammattilaiset tekevät yhteistyötä hänen tilanteessansa, jolloin asiakaslähtöisyys toteutuu ja asiakas tulee kuulluksi oman hoidon sekä palveluiden suunnitteluissa. Asiakkaan ihmisarvojen kunnioittaminen huomioidaan. Moniammatillisessa yhteistyössä kuullaan, tiedostetaan hänen oikeutensa

ja pyritään asettamaan vastuuta kohtuudella. (Mönkkönen ym. 2019, 89–90; Nykänen & Ruotsalainen 2012, 281.)

Arolan ja Suhosen mukaan työelämän osaamisen ja asiantuntemuksen jakaminen sekä moniammatillisessa yhteistyössä toimiminen on yksi tärkeimmistä tehtävistä työelämän kehittämisessä. Kehittämistyössä tarvitaan usein yli organisaatio- tai toimialarajojen menevää yhteistyötä. Asiantuntijan on osattava soveltaa ammattinsa liittyvien tietojen ja taitojen lisäksi myös paljon yleistietoa, joka ei niin läheisesti liity omaan toimenkuvaan. Tämän tiedon jakaminen ja saaminen helpottuu moniammatillisessa yhteistyössä. (Arola & Suhonen 2014, 3.)

Moniammatillisessa yhteistyössä sosiaali- ja terveystieteiden asiantuntijat työskentelevät yhdessä huomioiden asiakkaan kokonaisuuden. Moniammatillisuus lisää yhteistyöhön uusia osaamisen ja tiedon näkökulmia. Tavoitteena on saavuttaa mahdollisimman kokonaisvaltainen käsitys ja ymmärrys tilanteesta. Moniammatillisessa yhteistyössä eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen asiakaslähtöisesti. Yhteistyöstä luodaan yhteinen käsitys ja tavoite, jota ohjaa yhteisesti sovitut toimintaperiaatteet. Asiakas, omainen ja läheinen voivat tarvittaessa olla mukana asiakaslähtöisessä moniammatillisessa yhteistyössä, jolloin myös he pääsevät vaikuttamaan keskusteluun ja päätösten tekemiseen. (Isoherranen 2005, 13–14).

Moniammatillisen yhteistyön tarve lisääntyy niin Suomessa kuin maailmalla ja sen on todettu olevan välttämätön edellytys kestäväälle sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmälle ja potilaskeskeisen hoidon toteutumiselle. On havaittu järkeväksi toiminnaksi, että moniammatillinen tiimi työskentelee yhdessä jatkuvassa vuorovaikutuksessa. Moniammatillisessa ryhmässä tuodaan esille erilaisia näkemyksiä sen hetkisten ongelmien ratkaisuun, jolloin se vahvistaa ja parantaa ikäihmisen kokonaisvaltaista hoitoa. (Heikkilä, Salminen & Tuomela 2017, 37).

Asiantuntijat tekevät yleensä työtä rinnakkain ja erilaisin tavoittein. Moniammatillisessa yhteistyössä jokaisella asiantuntijalla voi edelleen olla omat erilaiset osatavoitteet, mutta uutena tulee yhteinen asiakaskohtainen päätavoite ja yhteiset

säännöt tiedon kokoamiseen sekä niiden käsittelyyn. Tavoitteena on jokaisen asiantuntijan vaikuttamismahdollisuus keskusteluun ja lopulliseen päätöksentekoon. (Isoherranen 2005, 33–34; Karila & Nummenmaa, 2001, 75.)

Sote-uudistuksen tavoitteena on yhdistää alueita ja tiivistää sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteistyötä. Sote-uudistus on myös muuttamassa palvelurakenteita. Moniammatilliset työtavat vaativat aktiivista tietojen vaihtoa ja toisten työtapojen kunnioittamista. Moniammatillisuuden etuja uudistuksessa on yhteistyön helpottuminen, kun työtavat yhtenäistyvät ja moniammatillisen tiimin tavoitteet ovat kaikille yhteisiä. Asiakkaan näkökulma otetaan huomioon laajemmin kuin oman ammatin ja organisaation näkökulmasta. Yhdessä on päätettävä, kuka ottaa päävastuun asiakkaasta. Terveystieteiden päätöksenteossa korostuu näyttöön perustuva tieto, kun taas sosiaalihuollon päätöksenteossa korostuu lainsäädännön tunteminen ja eettiset ohjeet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Moniammatillinen yhteistyö vaatii, että ammatinharjoittaja on tunnistanut oman asiantuntijuuden ja selkeyttänyt sen itselleen. Jos sitä ei ole tehty, moniammatillinen yhteistyö voi vaikeutua tai se koetaan jopa uhkana. Etenkin jos oma osaaminen ja ymmärrys omasta ammatista ovat vajavaiset. Asiakkaan saama hoidon laatu voi huonontua, jos näkemys potilaan hoidosta tehdään vain yhden ammattiryhmän puolesta. Toiminnan tavoitteena on, että potilasta ei turhaan ohjata yksiköstä toiseen vaan sektoreiden välinen yhteistyö ja palveluohjaus auttavat potilasta saamaan hyvää hoitoa oikea-aikaisesti ja oikeassa paikassa. Tarkoituksena on myös parantaa palveluiden saatavuutta eri väestöryhmille sekä tasoittaa alueellisia eroja palveluiden saatavuudessa. (Isoherranen 2012, 34, 154; Pärnä 2012, 20–30.)

2.3 Asiakaslähtöisyys Siun sotessa

Pohjois-Karjalassa Siun soten perustehtävänä on järjestää yhdenvertaisilla periaatteilla alueen väestölle (14 kuntaa) lain määrittelemät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Lisäksi kuntayhtymä järjestää ympäristöterveydenhuollon ja pelastustoimen palvelut Pohjois-Karjalassa. Kuntayhtymä aloitti toimintansa

1.1.2017 ja sillä on yhteensä noin 7 800 työntekijää. Taloudelliset haasteet ovat suurin kysymys palvelujen järjestämisessä. Siun soten arvot ovat toiminnan yhteisiä peruseriaatteita, jotka ohjaavat toimintaa suhteessa asiakkaisiin, työntekijöihin ja sidosryhmiin. (Siun soten strategia 2019–2020.)

Siun soten tavoitteena on tuottaa palvelunsa asiakaslähtöisesti ja yhdenvertaisesti kaikille alueen asukkaille. Jokainen maakunnan asukas saa tarvittaessa samat palvelut. Palvelurakennetta kehitetään koko ajan vastaamaan asiakkaiden tarpeita asuinpaikka huomioiden. Asiakaskohtaamisiin koulutetaan työpaikalla ja työnohjausta järjestetään tarvittaessa. Asiakastyytyväisyyttä kehitetään saatujen palautteiden pohjalta. Työntekijöiden ammattitaitoa pidetään yllä koulutuksen avulla. Toiminnan ja tuotettavien palvelujen avulla pyritään asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseen sekä edistämiseen. Palvelujen tehostamisen ja päällekkäisyyksien välttämisen avulla voidaan toimintaa toteuttaa kustannustehokkaasti yli kuntarajojen. (Siun soten strategia 2019–2020.)

Yhdenvertaisuus on periaate, joka koskee jokaista ihmistä. Siun sote järjestää yhdenvertaisuuden periaatteella sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut alueellaan. Yhdenvertaisuus on perusoikeus ja sen turvaaminen on tärkeä ihmisoikeuksien toteutumisessa. Syrjintä on kielletty muun muassa sukupuolen, iän, alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, poliittisen toiminnan, ammattiyhdistystoiminnan, perhesuhteiden, terveydentilan, vammaisuuden ja seksuaalisen suuntautumisen perusteella. (Oikeusministeriö 2019; Yhdenvertaisuuslaki 2014, 1 §; Siun sote strategia 2019–2020.)

Siun soten toiminnan tavoitteena on, että sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut ovat lähellä asiakasta sekä helposti saatavilla. Palveluntuottajan velvollisuus on kehittää, suunnitella ja suunnata palveluita vastuullisesti. Palvelut voidaan tuoda kotiin tai ne voidaan toteuttaa verkossa, esimerkiksi kuvapuhelimen välityksellä tai puhelimitse. Siun soten strategian mukaan painopiste on ennaltaehkäisevissä palveluissa. Asiakkaan tarvitsema hoito ja palvelut pyritään pitämään vaikuttavina, laadukkaina ja turvallisina. Samalla sähköisiä palveluja kehitetään, kuten OmaOlo-palveluita (Omahoidon sähköiset palvelut). Kehittämisellä pyritään muun muassa tehostamaan työntekoa. Taloudelliset haasteet ovat suuria, mutta silti toiminta on

mahdollisuuksien mukaan kustannustehokasta ja tavoitteena taata asiakkaille laadukkaat palvelut. Ammattitaitoinen henkilökunta on laadukkaan palvelun tae. Työntekijöiden opiskelun ja kouluttautumisen avulla palvelun laatua pyritään kehittämään. Yhteistyö yritysten ja kolmannen sektorin kanssa tuo toimintaan aitoa välittämistä ja avaa näkökulmia. Hankkeiden avulla toimintaa kehitetään vastuullisesti eteenpäin. (Siun sote strategia 2019–2020.)

Palveluiden ja hoidon kriittiset menestystekijät Siun soten strategian mukaisesti ovat muun muassa vaikuttavuus, laatu ja turvallisuus. Ikäihmiset odottavat erityisesti, että terveydenhuollon palvelut ovat saatavilla ja sujuvia. Lisäksi he olettavat, että hoidon tulos vastaa odotuksia. Laatu on aina tärkeä terveydenhuollon organisaatiossa ja se tulee ottaa huomioon kaikessa toiminnassa. Laatuajattelussa korostuu toiminnan arviointi eli mittaaminen ja palautteiden hankkiminen sekä toiminnan havainnointi. Näiden avulla luodaan pohja toimivalle laatuajattelulle (Rissanen & Kansanen 2003, 122.) Palvelun tuottajalla täytyy olla käsitys ikäihmisten vaatimuksista ja odotuksista, jotta toiminta on laadukasta (Pesonen 2007, 36; Siun sote strategia 2019–2020).

3 Ikäihmisten perhehoito

Ikäihmisten perhehoito on yksi ikäihmisten asumispalveluiden vaihtoehtoista palveluasumisen ja tehostetun palveluasumisen rinnalla. Perhehoito tarkoittaa ympärivuorokautista huolenpidon järjestämistä ikäihmisen oman kodin ulkopuolella perhehoitajan yksityiskodissa. Perhehoito on perhehoitolailla säädetty kunnan tai kuntayhtymän tuottamaa palvelua, jonka tavoitteena on inhimillinen, kotoisa ja turvallinen arjen mahdollistava hoiva ja huolenpito. (Perhehoitolaki 263/2015 1–3 §.) Toiminta tapahtuu ympärivuorokautisesti perhehoitajan omassa kotona. Perhehoitaja ei ole työsuhteessa vaan hän on solminut toimeksiantosopimuksen. Perhehoitajalla ei tarvitse olla sosiaali- tai terveydenhoitoalan koulutusta, vaan hän suorittaa perhehoitoon valmentavan kurssin. (Perhehoitoliitto 2019.) Perhehoidon järjestämisestä vastaavan kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä riit-

tävästi tukea perhehoitajalle (Perhehoitolaki 263/2015 15 §). Ikäihmisten perhehoito on lisääntymässä mikä edellyttää, että myös muut palvelumuodot sovitetaan vastaamaan ikääntyvien ihmisten tarpeita (Steffansson, Pullinen & Lappi 2015, 115–116).

3.1 Perhehoidon kehittäminen

Suuret ikäluokat saavuttivat eläkeiän vuonna 2008 ja väestöllinen huoltosuhte on lähtenyt nopeaan nousuun. Tämä johtuu ikäihmisten määrän lisääntymisestä ja lasten syntyvyyden vähenemisestä. Väestöennusteiden mukaan nousu saavuttaa huipun vuonna 2060. Väestön eliniän piteneminen on myös vaikuttamassa väestöllisen huoltosuhteen nousuun. Hoivan ja asumisen paineet lisääntyvät merkittävästi seuraavan vuosikymmenen aikana, kun suuret ikäluokat tarvitsevat apua hoivaan, huolenpitoon ja asumiseen. Perhehoito on yksi vaihtoehto, joka sopii erilaisille ihmisille. Ikäihmisten perhehoidon kehittäminen ja lisääminen nähdään mielekkäänä ja tarpeellisenä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016; Helminen & Karisto 2005, 11; Arajärvi 2014, 259.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan iäkkäiden ihmisten perhehoito on vielä vähäistä. Vuonna 2017 vain puolet kunnista tarjosi perhehoitoa asumispalveluiden vaihtoehtona. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2019.) Lainsäädännön (Vanhuspalvelulaki 980/2012) tavoitteena oli ohjata yhteiskunnan kehitystä, jossa viranomaisten velvollisuus on tukea ikääntyneen väestön toimintakykyä, hyvinvointia, terveyttä ja itsenäistä suoriutumista. Lisäksi vanhuspalvelulaki huomioi muun muassa ikäihmisten mahdollisuuden osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluihin sekä tarvittavien palveluiden kehittämiseen. (Arajärvi 2014, 257–258.)

Vanhuspalvelulain uudistaminen on asettanut kunnille veloitteet ikäihmisten perhehoidon kehittämisestä (Soinu 2015, 81), ja sitä on pyritty lisäämään valtakunnallisesti I & O kärkihankkeen avulla. Kunnille on suunnattu perhehoidon kehittämiseen 20 miljoonan euron lisämääräraha vuodesta 2018 alkaen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018).

Väestön ikääntyminen lisää asumisen palveluiden tarvetta samalla kun taloudelliset resurssit ovat rajallisia. Tärkeää on löytää uusia luovia ratkaisuja, jotta voidaan vähentää palveluiden tuottamiseen tarvittavien kulujen kasvua. Suomessa ikäihmisten perhehoito on toistaiseksi uusi asumisen muoto. Sitä kehitetään kuitenkin koko ajan ja samalla se laajenee. Perhehoidon laatua pitää kehittää ammatillisen ja tavallisen perhe-elämän välimuotona. (Tammelin & Ilmarinen 2013, 261.)

Perhehoitoa on tutkittu jonkin verran (Tammelin & Ilmarinen 2013), mutta koska tämä on palveluna kunnissa vielä uusi, ei kokemuksia ole päästy keräämään. Perhehoidosta tarvitaan lisää tutkimuksia, koska perhehoito eroaa omaishoidosta, hoivatyöstä ja yrittäjyydestä monelta keskeiseltä toiminnalta. Vähäisetkin tutkimukset kertovat perhehoidosta sen ristiriitaisuuden sekä moni-ilmeisyyden. Perhehoitoon liittyy historiallista painolastia sekä mielikuvia iäkkäiden huonosta kohtelusta. Perhehoidosta tehtyjen selvitysten perusteella huonolle maineelle ei ole perusteita, siksi tämän päivän perhehoidon liittäminen lähes sata vuotta aiemmin olleeseen toimintatapaan tuntuu väärältä. (Tammelin & Ilmarinen 2013, 264.)

Reponen (2017) on tutkinut ikäihmisten perhehoidossa toteutunutta yhteisöllisyyttä. Tutkimuksessa kuvattiin yhteisöllisyyden näkemyksiä ja kokemuksia, ikäihmisten ja heidän omaisten ja perhehoitajien näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli edistää ikäihmisten ja perhehoitajien hyvinvointia ja lisätä yhteisöllisyyttä. (Reponen 2017, 23.) Soinun (2015) mukaan perhehoito on usein myös käyttäjille tuntematon asumismuoto. Asiakaspalautteen kerääminen perhehoidosta kunnallisena palvelutuotteena on jatkossa tärkeää. Soinu huomioi myös, että monet asiakkaat eivät koe ikäihmisten perhehoitoa vielä mieluisana palveluna, vaikka se on kodinomainen vaihtoehto laitoshoidon tai palvelutalossa asumiseen verrattuna. (Soinu 2015, 91.)

Yhdysvalloissa on aikuisten ja vanhusten perheasumista, joka institutionalisoitiin noin kaksikymmentä vuotta sitten. Eniten perhehoitoa on Washingtonin osavaltiossa lähellä Seattlea. Perhehoito on siellä luvanvaraista toimintaa, mutta alueella on todettu olevan myös rekisteröimättömästi toimivia perhekoteja. Perhekoteja

on 2 800 ja asiakkaita perhehoidossa 22 000. Perhekodin johtajalta vaaditaan lyhyt kurssi, mutta hoitajilta ei vaadita minkäänlaista koulutusta. Koskiahon mukaan osavaltio on kiristänyt perhekotien valvontaa ja ottanut perhekodin johdon ja työntekijöiden lisäksi valvontaan mukaan asiakkaan sekä omaisen ja läheisen näkökulman. (Koskiahon 2013, 462–463.) Kanadassa on parinkymmenen vuoden ajan ollut perhehoitoa. Oregonin osavaltiossa esimerkiksi voi ikäihmisten perhehoidossa olla yhdestä viiteen asukasta, joiden henkilökohtaisesta hoidosta ja kodinhoidosta perhehoitaja huolehtii. Oregonin osavaltiossa terveydenhuoltoon liittyvät palvelut voidaan ostaa kotisairaanhoidosta. (Kane, Kane, Hixon, Nyman & Finch 1991.)

Perhehoidon toimintaa on ollut myös Englannissa yli 30 vuoden ajan. Vaikka toiminnan historia on pitkä, perhehoito rekisteröitiin virallisesti vasta 2000-luvun alussa. Perhehoitajalla on vastuullaan kahden tai kolmen henkilön hoito omassa kodissaan. Manchesterin Shared lives-mallissa työntekijät käyttävät aikaa matching-prosessiin. Se on yhteensovittamisprosessi, jonka tarkoituksena on yhdistää sopiva perhehoitaja ja ikääntynyt asukas. Sopivuus katsotaan muodostuvan yhteisistä elämänarvoista, arkirutiineista, tavoista ja tottumuksista. (Brooks & Callahan 2013, 87.) Norjassa perhehoitoa ei ole tarjolla ikäihmisille (Norje regjering 2016).

3.2 Perhehoito vaihtoehto ikäihmisten asumispalveluille

Ikäihmisten perhehoito on kodinomainen tapa järjestää ikäihmisten huolenpito ja asuminen tilanteissa, joissa asuminen omassa kodissa ei ole enää mahdollista tai tarkoituksenmukaista. Perhehoidolla pyritään myös edistämään ja ylläpitämään ikäihmisten toimintakykyä, kuntoutumista ja elämänlaatua. Tavoitteena on turvata ikäihmiselle läheiset ihmissuhteet, edistää perusturvallisuutta ja sosiaalisia suhteita. Perhehoitoa tarjotaan ikäihmiselle, jonka ei katsota olevan laitoshuollon tarpeessa ja jonka hoitoa ja muuta huolenpitoa ei voida järjestää hänen omassa kodissaan tai hyödyntäen muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. (Perhehoitolaki 263/2015 1–3 §.)

Perhehoito on oikea asumismuoto ikäihmiselle, kun hänen toimintakykynsä on heikentynyt ja/tai korkea ikä on lisännyt turvattomuutta ja haurautta (Hakkarainen, Kuukkanen, Leinonen & Sipilä 2017, 10). Perhehoito antaa hyvät mahdollisuudet ikäihmisen yksilöllisyyden huomioimiselle. Ikäihmisen elämänhistoria, tavat ja tottumukset voidaan huomioida perhehoidossa. Elinympäristönä perhehoito koetaan ikäihmiselle hyväksi ja aktivoivaksi mahdollisuudeksi osallistua arkisiin toimiin omien voimavarojen mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 10.)

Ikäihmisten perhehoidon vahvuutena on kodinomaisuus. Perhehoito mahdollistaa ikäihmisten osallisuuden kokemisen mielekkään yksilöllisen tekemisen kautta. Ikäihmisten perhehoito on myös yksi vaihtoehto järjestää omaishoitajien vapaat. (Ikonen 2015, 83.) Usein perhehoitoon siirtyvällä ikäihmisellä on jokin dementoiva sairaus. Tämä tarkoittaa jotakin laaja-alaista muistin ja tiedonkäsittelyn heikkenemistä, joka taas vaikuttaa ikäihmisen arjen toiminnoista selviytymiseen. Ikäihmisen hyvän hoidon ja huolenpidon turvaamiseksi on tärkeää, että ikäihmisten perhehoitajat saavat koulutusta ja tietoa sairauden aiheuttamista vaikutuksista ikäihmisen käyttäytymiseen ja arjen toimintakykyyn. (Kuukkanen 2008, 92-93.)

Perhehoitoliiton (2019) mukaan perhehoidolla on seuraavia vahvuuksia:

- Turvallinen ja tavallinen perhe-elämä
- Mahdollisuus kiintymykseen ja pysyvyyteen
- Mahdollisuus läheisiin, usein läpi elämän kestäviin ihmissuhteisiin
- Yksilöllisyys
- Yhteisöllisyys
- Perheen koti kasvu- ja elinympäristönä.

Perhehoidossa olevan ikäihmisen tarvitsemat terveyden- ja sairaalapalvelut sekä muu avun tarve on kunnan tai kuntayhtymän turvattava. Perhehoitajan tehtävä on luoda ikäihmiselle tasavertainen asema perhekodissa muihin perhejäseniin

nähden ja tukea ikäihmistä osallistumaan perhekodin arkeen sekä mahdollistaa ikäihmisen yhteydenpito läheisiinsä. (Perhehoitoliitto 2019). Ikäihmisten perhehoitajat ovat Nevalaisen (2007, 41) tutkimuksessa kuvanneet työtään elämäntapa-ammattina. Perhehoitajat olivat hyväksyneet, että työ sitoo heitä ajallisesti ja fyysisesti. Perhehoitajat kokivat toiminnan luonteen kuitenkin myönteisenä asiana. (emt. 2007, 41.) Perhehoidossa tarvitaan monenlaista osaamista. Tarvitaan muun muassa kykyä ja mahdollisuutta pyytää apua eri ammattilaisilta ja toisilta työntekijöiltä, sekä valmiutta ottaa apua vastaan. Ikäihmisen kohtaaminen yksilönä on tärkeää, sillä se lisää arvostuksen tunnetta. Kodinomaisessa hoidossa ikäihmisten kanssakäymistä toisten asukkaiden kanssa on tuettava. Jokaisen asukkaan kunnioittaminen on kaikkien perhehoitoon osallistuvien vastuulla. (Ikonen 2015, 84; Pirhonen 2017, 21.)

Perhehoidossa ikäihmisen osallisuutta ja hyvinvointia tuetaan muun muassa perhehoitoliiton tuottaman ohjeistuksen mukaan. Perhehoitoliitto on kirjannut eri toimijoiden tehtävät hyvän perhehoidon järjestämisestä ja toteuttamisesta. Ikäihmisten perhehoidon toimijat ovat ikäihminen ja hänen läheisensä, perhehoitaja, kunta/ikäihmistenpalvelut ja Perhehoitoliitto. Hyvän toiminnan periaatteita ovat itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen, oikeudenmukaisuuden toteutuminen, osallisuuden tukeminen, voimavaralähtöinen toiminta, turvallisuuden huomioiminen ja vastuullisuus. (Perhehoitoliitto 2019.)

Viranomaisella on valvontavastuu hyvän perhehoidon toteutumisesta. Perhehoidon onnistumisen ja laadun sekä perhehoitajan jaksamisen kannalta toimiva yhteistyö sekä oikea-aikainen tuki ovat tärkeitä. Perhehoitolain mukaiseen tukeen sisältyvät tuki perhehoitajalle ja hänen perheelleen sekä tuki perhehoidossa olevalle ikäihmiselle ja hänen läheisilleen. Uuden perhehoitajan aloittaessa toiminnan tuen tarve lisääntyy ja korostuu. (Perhehoitoliitto 2019; AVOT-hanke 2018.)

Ikäihmisten perhehoitaja tekee töitä kotona ympärivuorokautisesti. Perhehoitajalla ei tarvitse olla sosiaali- tai terveydenhoitoalan koulutusta, vaan hän suorittaa perhehoidon valmennuksen. Perhehoitajaksi voidaan hyväksyä henkilö, joka koulutuksensa, kokemuksensa tai henkilökohtaisten ominaisuuksiensa perus-

teella on sopiva toimimaan perhehoitajana. (Perhehoitolaki 263/2015, 6 §.) Perhehoitajaksi hyväksymisen jälkeen perhehoitaja solmii toimeksiantosopimuksen jokaisesta ikäihmisestä erikseen. Perhehoitaja toimii lyhyt- tai pitkäaikaisena perhehoitajana. Lisäksi perhehoitaja voi olla kiertävä, jolloin hän menee ikäihmisen kotiin tai sijaistamaan toista perhehoitajaa. Pitkäaikaisessa perhehoidossa ikäihminen muuttaa asumaan pysyvästi perhehoitajan kotiin. Lyhytaikaisessa perhehoidossa ikäihminen käy perhehoidossa esimerkiksi omaishoitajan vapaapäivien aikana tai toipilasaikana sairaalajakson jälkeen. Lyhytaikaista perhehoitoa tekevän perhehoitajan asiakkaat vaihtuvat, mutta perhehoitajan työ on säännöllistä. (Perhehoitoliitto 2019; Siun sote 2017b.)

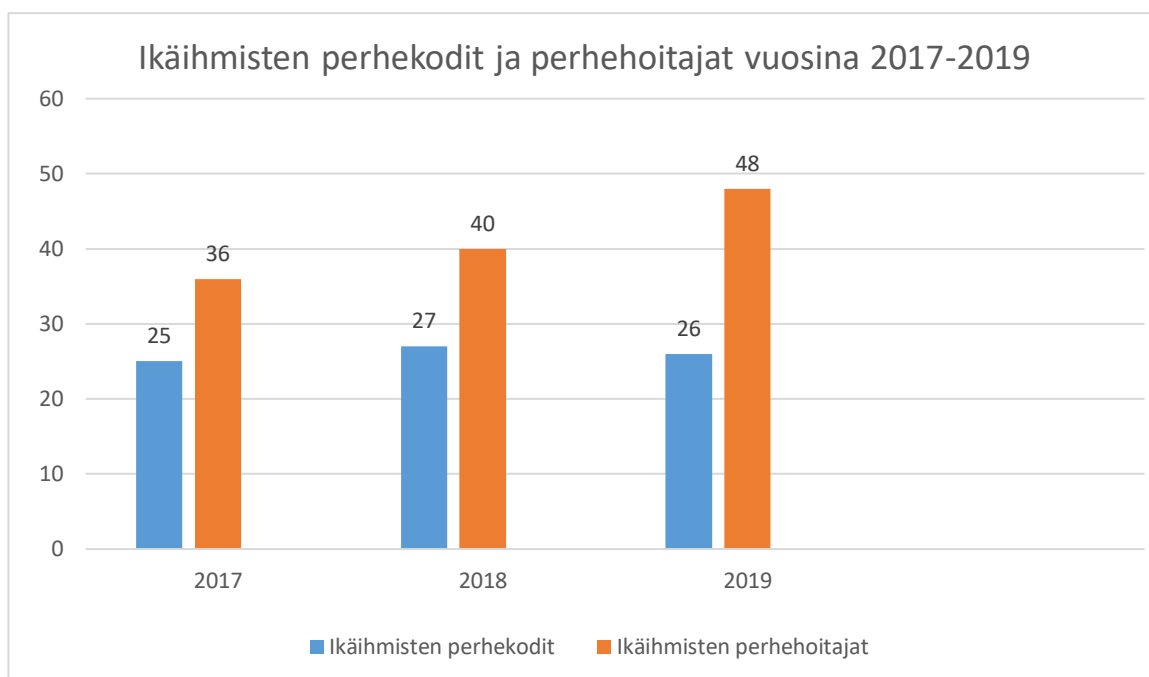
Ikäihmisten perhekodissa, jossa on yksi perhehoitaja, voi olla hoidossa enintään neljä ikäihmistä mukaan luettuna perhehoitajan alle kouluikäiset lapset ja muut erityistä hoitoa ja huolenpitoa vaativat henkilöt. Mikäli perhehoitajia on samassa perhekodissa kaksi, hoidettavien ikäihmisten määrä voi olla enintään kuusi. Ennakkovalmennuksen lisäksi, vähintään toisella perhehoitajalla on oltava tehtävään soveltuva koulutus ja riittävästi kokemusta hoito- tai kasvatustehtävistä. (Perhehoitolaki 263/2015, 7 §; Siun sote 2017b.) Perhehoitolain (9 §) mukaan hoidettavien määrä on suhteutettava kuitenkin hoidettavien tarvitsemaan hoitoon, toiminnan luonteeseen ja hoitajien lukumäärään.

Johanna Kotilainen on tutkinut perhehoitajien työtä ja henkistä jaksamista. Tutkimuksessa nousi esille tyytyväisyys omaan tehtäväänsä. Tämä koettiin yhdeksi hyvän henkisen jaksamisen perusasiaksi. Työtyytyväisyydessä oli tärkeää se, että perhehoidon aloittamista ei kaduttu. Lisäksi työtä haluttiin tehdä kokopäiväisesti. Muut ammatit tai työurat eivät perhehoidon aloittamisen jälkeen enää kiinnostaneet. (Kotilainen 2013, 34.) Nevalainen tutkimuksessa (2007) nousi esille perhehoitajana toimimiseen liittyviä riskitekijöitä. Yksi perhehoitajana toimimiseen ja jaksamiseen liittyvä riskitekijä oli tutkimuksen mukaan se, että perhehoitaja jää ulkopuolelle kunnan tai kuntayhtymän muista ikäihmisten parissa työskentelevistä. Helmisen & Kariston tutkimuksen (2005, 17) mukaan tulevaisuudessa onkin tärkeää kehittää ikäihmisten parissa työskentelevien yhteistyötä ja verkostoitumista, koska kenttä monimuotoistuu ja ammattilaisten lisäksi toimijoina ovat muun muassa omaiset ja vapaaehtoiset.

Siun soten alueella ikäihmisten perhekodit ovat usein harvaanasutuilla alueilla (Varis 2019). Äkillisissä ja yllättävissä tilanteissa, joissa esimerkiksi yksi ikäihminen sairastuu, perhehoitaja voi joutua turvautumaan omiin turvaverkkoihin, koska palveluita ei aina ole lähellä tai saatavilla ollenkaan. (Perhehoitoliitto 2019.) Ikäihmisten perhehoidon vastuutyöntekijän tehtävänä on tukea, ohjata ja valvoa perhehoitajia työssään. Tavoitteena on ikäihmisiä asiakaslähtöisesti ja yksilöllisesti huomioiva perhehoidon toteutuminen. Hoidettavan sijoittaneen kunnan tehtävänä on valvoa, että sijoitus perhehoitoon toteutuu lain mukaisesti ja ikäihminen saa sijoituksen aikana ne tarvitsemansa palvelut ja tukitoimet, jotka järjestetään sen kunnan toimesta, johon henkilö on sijoitettu. (Perhehoitolaki 263/2015 22 §.)

3.3 Ikäihmisten perhehoito Siun sotessa

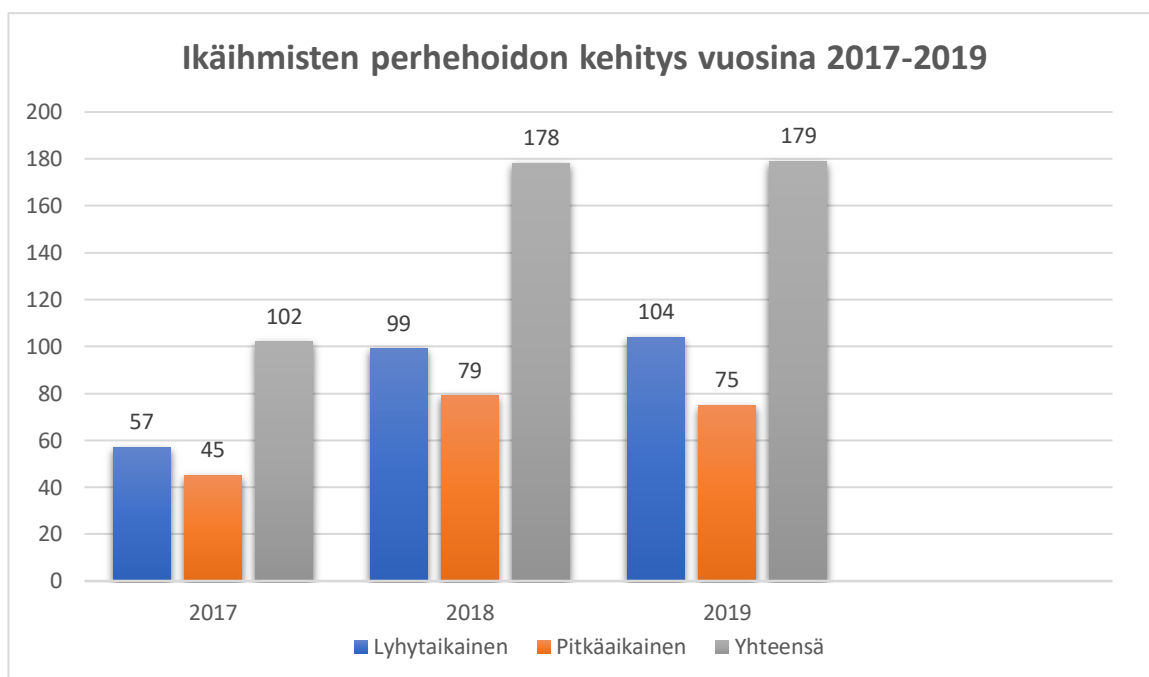
Ikäihmisten perhehoitoa on lisätty ja kehitetty Siun soten alueella vuosina 2017-2019. Ikäihmisten perhehoito on vakiinnuttamassa paikkaa ikäihmisten asumisen vaihtoehtona. Viimeisten vuosien aikana on erityisesti lisääntynyt kiertävien perhehoitajien määrä. Kiertävät perhehoitajat sijaistavat pitkäaikaisia perhehoitajia ja mahdollistavat omaishoitajien vapaapäivien vieton. Aloittavat perhehoitajat ovat kaikenikäisiä, mutta osa jatkaa perhehoitajana omaa työuraansa eläköitymiseen saakka ja osa sen jälkeenkin. (Siun sote 2017a; Varis 2019.) Siun soten ikäihmisten perhekotien ja perhehoitajien määrän kehitystä vuosina 2017-2019 esitetään seuraavassa kuviossa (Kuvio 1). Perhehoitajien määrä on lisääntynyt tasaisesti ja perhekotien määrä on pysynyt tasaisempana.



Kuvio 1. Siun soten ikäihmisten perhekodit ja perhehoitajat 2017-2019 (Varis 2019).

Perhehoitajien ennakkovalmennus järjestetään yhteistyössä Kiteen Evankelisen Kansanopiston kanssa. Valmennuksessa noudatetaan Perhehoitoliiton tuottamaa valmennusmateriaalia (Siun sote 2017 b; Kiteen Evankelinen Kansanopisto 2019). Perhehoidon järjestämisestä vastaava kunta tai kuntayhtymä tulee järjestää perhehoitajien ennakkovalmennusta (Perhehoitolaki 2015/263, 15 §). Siun sote solmii jokaisesta ikäihmisestä oman toimeksiantosopimuksen perhehoitajan kanssa (Varis 2019).

Tietoisuus ikäihmisten perhehoidosta ja sen mahdollisuudesta on lisääntynyt viimeisten vuosien aikana, erityisesti ikäihmisten ja heidän läheistensä keskuudessa. Siun sotessa on tehty näkyväksi ikäihmisten perhehoitoa viranhaltioille sekä muille perhehoidon parissa työskenteleville työntekijöille. Tämä on omalta osaltaan edistänyt ikäihmisten perhehoitoon ohjautumista. (Varis 2019.) Seuraavassa kuvassa kuvataan lyhyt- sekä pitkäaikaisessa perhehoidossa olevien ikäihmisten asiakasmäärät ja näiden kokonaismäärät vuosina 2017–2019 (Kuvio 2). Taulukossa ei huomioida omaishoidettavia, joiden kotona kiertävä perhehoitaja voi myös toimia. Määrät ovat nousseet tasaisesti vuosittain.



Kuvio 2. Siun soten ikäihmisten perhehoidon asiakasmäärien kehitys 2017-2019 (Varis 2019).

Ikäihminen ohjautuu perhehoitoon aina palvelutarpeen arvioinnin kautta. Kartoituksessa käydään kokonaisvaltaisesti läpi ikäihmisen tilanne ja apuna voidaan käyttää ikäihmisten toimintakykyä mittaavia mittareita. Lisäksi kartoituksessa arvioidaan ikäihmisen soveltuvuutta perhehoitoon. Yleinen kriteeri on, että ikäihminen nukkuu yönsä rauhallisesti ja päivittäisten toimintojen avustaminen sujuu yhden hoitajan avulla. Perhehoidon tueksi tarvittavat muut palvelut määritellään palvelutarpeen arvioinnin ja palvelusuunnitelman teon yhteydessä. (Varis 2019; Steffansson, Pulliainen & Lappi 2015, 101–102.)

Siun soten toiminta- ja taloussuunnitelmaan on kirjattu tärkeimmäksi ennaltaehkäiseväksi toimenpiteeksi mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, ikäihmisen hyvän elämän ja elämänlaadun edistäminen, itsemääräämisoikeuden sekä arjen turvaaminen. (Siun soten toiminta- ja taloussuunnitelma 2018, 29.) Siun soten strategia vuosille 2019–2020 on kiteytetynä sanoihin: turvaamme arkeasi. Se on myös Siun soten missio. Painopiste on ennaltaehkäisevissä palveluissa ja palvelut ovat lähellä asukkaita ja helposti saa-

tavilla. Palvelujen tulee olla turvallisia, laadukkaita ja vaikuttavia. Lisäksi toiminnan tulee olla kustannustehokasta ja asiakkaiden arvostamaa. (Siun soten Strategia 2019.)

4 Ensihoito ikäihmisten palveluissa

Ensihoitopalvelu on osa terveydenhuollon järjestelmää, erityisesti sen päivystyspalveluita. Ensihoidon tavoitteena on ohjata potilaita käyttämään oikein ja tarkoituksenmukaisesti päivystyspalveluita. Ensihoito ja päivystys muodostavat alueellisesti toimivan kokonaisuuden, joiden tulisi toimia tarkoituksenmukaisesti ja kustannustehokkaasti. Päivystyspalveluiden keskittäminen on lisännyt ensihoidon merkitystä erityisesti ikäihmisten kannalta. Tarkoituksenmukainen hoitoketju ohjaa potilaat saamaan sopivaa oireidenmukaista hoitoa joko päivystyksessä tai potilaan kotona. Hoidontarpeen arviointi sekä jatkohoito-ohjeet ovat tärkeässä roolissa kohteessa, etenkin jos potilas jää kotiin. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 16–17; Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Tampereella tehdyn tutkimuksen mukaan keskimäärin joka viides päivystyksen asiakas on yli 75-vuotias. Yleistilan lasku, huonovointisuus sekä väsymys ovat yleisimpiä hoitoon hakeutumisen syitä. Inhimillisten ja taloudellisten syiden vuoksi olisi tärkeää reagoida tilanteeseen kehittämällä kotisairaanhoidon, kotihoidon sekä sosiaalipuolen palveluita. Osaamisen vahvistaminen, palvelujärjestelmän kehittäminen, hoitajien kouluttaminen ja konsultaatiopalvelut ovat tärkeitä kehittämiskohteita. (Haapamäki, Huhtala, Löfgren, Mylläri, Seinelä & Valvanne 2014, 7–19.)

Siun sotessa ensihoitoa on kehitetty osaksi kotiin vietäviä palveluita. Tällä kehittämistoiminnalla on pystytty vähentämään potilaiden päivystyskäyntejä terveydenhuollon yksikössä. Toiminta on vanhuspalvelulain hengen mukaista. Kotihoitoa tuetaan ja pitkäaikaista laitoshoidon pyritään välttämään. Ensihoitajien toimenkuvaa on laajennettu täydentämään kotisairaala-verkostoa. (Surakka & Törrönen 2018, 188.)

4.1 Hoidon tarpeen arviointi

Väestön ikääntyminen näkyy palvelutarpeen lisääntymisenä ja se tuo mukanaan haasteita perusterveydenhuollolle muun muassa kotona asumisen palveluiden järjestämisessä. Asiakaslähtöisyys ja palvelujen riittävyys haastavat kehittämään uusia palvelumuotoja. Voimavarojen yhdistäminen uusissa toimintamalleissa tuo kustannustehokkuutta ja säästää hoidollisia resursseja. On tärkeä tukea ja kehittää ikäihmisten, pitkäaikais- ja muistisairaiden erilaisia terveydenhuollon palveluita. Kotiin vietävät kiireettömät ensihoidon palvelut ovat yksi kehittämisen kohde. (Kehusmaa 2014, 36.)

Ikäihmisten ympärivuorokautisen hoidon asiakasmäärät kasvavat vuosittain. Ikäihmisten pitkäaikaisia terveyskeskusten vuodepaikkoja on vähennetty ja samanaikaisesti muita ikäihmisten asumisen vaihtoehtoja on lisätty. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) on kiinnittänyt tähän huomiota ja asettanut tavoitteeksi, että laadukkaat ja monipuoliset palvelut säilyvät myös uusissa ikäihmisten asumismuodoissa. Ikäihmisten kotiin annettavat palvelut ovat osa Valviran valtakunnallisesta valvontaohjelmaa vuosille 2016–2019 (Valvira 2017.)

Hoidon tarpeen arviointi -käsite tarkoittaa terveydenhuollon ammattilaisen suorittamaa arviota potilaan hoidon tarpeesta, hoitoon pääsystä ja sen kiireellisyydestä. Hoidon tarpeen arviointia tuli osaksi lakitekstiä vuonna 2005. (Syväoja & Äijälä 2009, 9.) Hoidon tarpeen arviointi on potilaan terveydellisen tilan ja toimintakyvyn ja sen kehittymisen selvittämistä erilaisten tutkimusten ja kyselyiden avulla. Laki ei takaa potilaalle aina oikeutta päästä hoitoon, vaan oikeuden hoidon tarpeen arviointiin, jonka lääkäri tai hoitaja tekee lääketieteellisesti hyväksyttävien kriteerien pohjalta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1995.)

Ensihoitajan tekemä hoidon tarpeen arviointi perustuu ensihoidosta vastaavan lääkärin antamaan veloitteeseen. Terveydenhuollon ammattihenkilö voi ammat- tinsa, työkokemuksensa ja toimintayksikössä tehdyn hoito-ohjeen perusteella

tehdä hoidon tarpeen arvioinnin potilaalta saatujen esitietojen, haastattelun ja tutkimusten perusteella. (Syväoja & Äijälä 2009, 13–14.)

Hoidon tarpeen arviointi on tärkeä erityisesti hoidon aloitusvaiheessa. Siinä tehdään päätös siitä, kuljetetaanko potilas hoitoon lisätutkimusten vuoksi vai perustuuko päätöksenteko ammatilliseen osaamiseen ja pyritään hoitamaan asiakas kohteessa. Hoidontarpeen arviointi edellyttää sitä tekeviltä hoitajilta erittäin hyvää ammattitaitoa ja osaamista. Hoidon tarpeen arvioinnin ymmärtämistä potilaan, terveydenhuollon organisaatioiden ja yhteiskunnan kannalta pidetään tärkeänä. (Syväoja & Äijälä 2009, 7–8.)

Pohjois-Karjalan pelastuslaitoksen ensihoitopalvelu on tärkeässä osassa ikäihmisten palveluiden kehittämisessä sen siirryttyä osaksi Siun sotea. Ensihoito on luomassa uusia toimintamalleja, joiden tavoitteena on lisätä toimintakyvyltään alentuneiden ikäihmisten turvallisuutta koko maakunnan alueella. Yhden hoitajan yksikkö toimii Joensuussa ja ympäristökunnissa viidenkymmenen kilometrin säteellä. Ensihoitoyksiköt suorittavat kotiin vietävät palvelut muissa Siun soten alueen kunnissa. Yksiköiden toiminnan tavoitteena on tukea kotihoitoa ja ikäihmisten perhehoitoa, asiakkaan hoidontarpeen arvioinnissa ja laajentaa kotiin vietäviä palveluja. Hoidon tarpeen arvioinnin tehostaminen vähentää asiakkaan päivystyskäyntejä. Olemassa olevaa ensihoidon resurssia käytetään tarkoituksenmukaisesti ja tehokkaammin hyväksi. Hoidon tarpeen arvioinnin ja siihen liittyvän ohjauksen voi ensihoidonyksiköissä tehdä laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö riittävällä koulutuksella ja ammattitaidolla. Tavoitteena on kartoittaa asiakkaalle tarkoituksenmukaisin hoito tai hoitopaikka yhteistyössä perhehoitajan, asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa. (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2018.)

4.2 Ensihoito

Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmän mukaan ensihoitopalvelu on kokonaisuus, joka vastaa potilaan kiireellisestä tilanarviosta ja tarvittaessa ensihoidosta ensisijaisesti terveydenhuollon hoitolaitoksen ulkopuolella. Palvelun järjestämistä kuuluu sairaanhoitopiireille. Ensihoito koostuu potilaan

hoidontarpeen arvioinnista, hoidosta ja tarvittaessa potilaan kuljetuksesta hoitolaitokseen. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2011, 13, 20–21.)

Sairaanhoitopiirin kuntayhtymän velvollisuus on järjestää ensihoitopalvelu alueellaan. Ensihoitopalvelu suunnitellaan ja toteutetaan yhteistyössä päivystävien terveydenhuollon toimipisteiden kanssa. Nämä muodostavat yhdessä alueellisen toiminnallisen kokonaisuuden. Ensihoito on terveydenhuollon osa mikä tuottaa päivystyspalveluja kaikissa eri toimintaympäristöissä. Ensihoitotoiminnan kenttä on laaja ja tehtävät muuttuneet alkuperäisestä. Aikaisemmin ensihoidolla tarkoitettiin sairaankuljetusta, joka kuljetti kiireellisesti sairaalaan esim. onnettomuuden uhrin ja sydänpysähdyspotilaat. Tällä hetkellä ensihoitopalvelu on laaja-alaista palvelua, ja potilaat ovat kaikenikäisiä ja tehtävät monimuotoisia. Asukkaalla voi olla vakava sairastuminen, lievä krooninen ongelma, kaatuminen, vaikea vammutuminen, suuronnettomuus tai yhä lisääntyvässä määrin ikäihmiset ja eriaikaiset mielenterveys- ja päihdeongelmat. (Määttä & Länkimäki 2017, 14, 17; Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 16–18.)

Sairaalan ulkopuolinen ensihoito jaetaan kolmeen eri osa-alueeseen, ensiarvio, tarkennettu tilannearvio sekä hoitolaitokseen kuljettaminen (Castren, Kinnunen, Paakkonen, Pousi, Seppälä & Väisänen 2002, 582). Isossa osassa akuutteja sairastumisia potilaan tilaa voidaan mahdollisuuksien mukaan arvioida laadukkaasti yksinkertaisin arviointimenetelmin. Ensihoitajat aloittavat ensiarvion luomisen jälkeen oireenmukaisen hoidon ja tästä syystä oireiden syyn tai syiden selvittäminen korostuu. Sairaalan ulkopuolella ensihoito pystyy hoitamaan potilaita tehokkaasti johtuen kehittyneistä hoitomahdollisuuksista. (Kuisma ym. 2013, 119.)

Tämän päivän ensihoidossa pystytään tunnistamaan laajasti välitöntä hoitoa vaativat tapaukset ja aloittamaan tarvittava varhainen hoito heti ensihoitovaiheessa. Ensihoito tekee hoidon tarpeen arviota, ohjaa ja kuljettaa potilaita tarkoituksenmukaisiin hoitopaikkoihin. Ammatillisen arvion perusteella potilas voidaan jättää myös kotiin, mikäli hänen tilansa ei vaadi välitöntä päivystyksellistä hoitoa muissa terveydenhuollon yksiköissä. Ensihoito on osa päivystyspalvelua ja monessa kunnassa ainut terveydenhuollon yksikkö, joka on auki ympärivuorokauden. Potilasmääriä päivystyksistä voidaan vähentää toimivalla ensihoitojärjestelmällä.

Ensihoidon tehtävämäärät ovat tasaisesti kasvaneet ja niiden sisältö on muuttunut viime aikoina yhä enemmän kohti kotiin vietäviin palveluihin. (Määttä & Länkimäki 2017, 15, 17.)

Kaikki ensihoidon tehtävät eivät ole kiireellisiä tehtäviä. Kotona ja perhekodeissa sekä palvelukodeissa on paljon ikäihmisiä, joilla ei ole aina akuuttia hätää. Hoidon tarpeen arvioita voidaan tehdä myös yhden hoitajan yksiköllä, jolla on käytettävissään tavallista ensihoitoyksikköä enemmän aikaa hoidon tarpeen arvion tekemiseen. Yhden hoitajan yksikkö täydentää jo aiemmin olemassa olleita palveluja. (Eksote 2016.) Muualta maailmalta löytyy samanlaisia yhden hoitajan yksiköitä. Muun muassa Iso-Britanniassa on olemassa kiireettömille ensihoitopotilaille tällaisia yksiköitä. Yhden hoitajan yksiköiden tavoite on Iso-Britanniassa sama kuin Suomessa. Sillä voidaan kohdentaa sairaalakäyntien vähentämistä sekä saada taloudellisia säästöjä. (Association of Ambulance Chief Executives 2011.)

Kansainvälisesti tarkastellen OECD-maissa on lisääntynyt ammattilaisten toimintamahdollisuudet asiakkaan kotona. Lisäkoulutuksen avulla voidaan toteuttaa lääkehoitoa sekä palliativista hoitoa. (Berchet & Nader 2016.) Iso-Britanniassa ja Kanadassa on käytössä porrastettu järjestelmä ensihoitopalvelussa. Molemissa järjestelmissä on erilliset yksiköt niin sanottuihin ei-akuutteihin tehtäviin. (College of paramedics 2015, 8–23; Professional Paramedic Association of Ottawa, 2019). Porrastetulla järjestelmällä on kansainvälisten tutkimusten mukaan saavutettu hoitoa ja hoidon laatua edistäviä tuloksia (Cummins, Garavan, Dixon, Landymore, Mulligan & O`Donnell, 2013, 469– 475). Kanadassa on Community paramedice-malli, jonka avulla ensihoitopalvelut ovat tehostaneet toimintaansa. Tavoitteena saada paremmin hoidettua etenkin ikäihmiset sekä syrjäseudulla asuvat henkilöt. (Nolan, Hillier & Dangelo 2012, 59–60.)

Ensihoidon kenttäjohtajalla tehtävänä on ensihoitopalvelun järjestäminen. Kenttäjohtaja toimii yhdessä ensihoitopalvelusta vastaavan lääkärin ja päivystävän ensihoitolääkärin kanssa sairaanhoitopiirin ensihoitopalveluiden tuottajana. Kenttäjohtaja toimii vastuulääkärin ja ensihoitolääkärin alaisuudessa operatiivisissa tehtävissä. Kenttäjohtajan tehtävä on olla hoidollinen tuki perus- ja hoitotason yksiköille ja vastata oman alueen ensihoitoyksiköiden käytöstä ensihoito tehtävillä

sekä tukea hätäkeskusta tarvittaessa. Ensihoitoasetus (Sosiaali- ja terveysministeriö asetus ensihoitopalvelusta 340/2011, 10. §) määrää, että kenttäjohtajatoiminnan tulee toimia ympärivuorokauden. (Määttä 2013, 25; Kinnunen & Silfvast 2013, 20; Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011, 8 ja 9 §.)

Ensihoidossa ensihoitaja tekee työdiagnooseja. Se tarkoittaa, että potilaan tilasta ja sairauden syystä tekee laillistettu lääkäri diagnoosin ja määrää lääkkeitä. Ensihoito on siitä poikkeava, että se vaatii riittävät toimenpide- ja hoito-ohjeet, sekä valtuudet toimia, vaikka lääkäri ei olekaan paikalla. Nämä luvat perustuvat ensihoitajan koulutukseen, ensihoitolääkärin hoito-ohjeisiin ja hoitovelvoiteisiin. Hoitovelvoitteen myöntää sairaanhoitopiirin vastuulääkäri. Hoitovelvoitteen myöntää sairaanhoitopiirin ensihoidon vastuulääkäri. (Määttä & Länkimäki 2017, 22; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 533/2019.)

Ensihoitaja määrittää hoidon tarpeen, kun sille on selkeä tarve. Jos hän havaitsee tilannearvion perusteella konkreettisen huomion potilaan terveydentilassa, toimii hän ohjeistuksen mukaan. Tilanne vaikeutuu, mikäli asiakas on ikäihminen tai monisairas ja terveydentila on huonontunut pidemmän ajan kuluessa. Ensihoitaja tekee hoidon tarpeen arvioinnin, jossa huomio ikäihmisen keskeisemmät tarpeet ja mihin pystytään parhaiten vaikuttamaan. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 51–52.)

Ikäihmisen hoidon onnistumiseksi on tärkeää, että asiakas ymmärtää hoidon tarpeen sekä annettavien hoitojen merkityksen omaan tilaansa. Ensihoitajan hoidon tarpeen arvioinnin keinoja ovat esitietojen hankkimisen lisäksi havainnointit itse potilaasta sekä erilaiset mittaukset ja niiden tulosten oikeanlaiset tulkitsemiset. Havainnoiteja asiakkaasta ensihoitaja tekee esimerkiksi keskustelemalla, kuuntelemalla, katsomalla tai tunnustelemalla. Mittaustuloksista ensihoitaja saa konkreettisia parametreja, joiden avulla on helpompaa arvioida potilaan hoidon tarvetta. (Ahonen ym. 2012, 51–52.)

4.3 Ensihoito Siun sotessa

Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelulla oli 17 hoitotason yksikköä, neljä perustason yksikköä, kaksi siirtoyksikköä sekä 27 ensivasteyksikköä. Ensihoidon kenttäjohtoyksikössä työskentelee yksin ensihoidon kenttäjohtaja. Pohjois-Karjalan ensihoitopalvelulla on yhden henkilön yksikkö, jossa työskentelee hoitotason ensihoitaja. Yhden henkilön Siun sote (Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalouden kuntayhtymä) tuottaa ensihoidon palvelut pelastuslaitoksen kanssa yhdessä. Pohjois-Karjalan pelastuslaitos on kuulunut Siun soteen perustamisesta lähtien. (PK-pelastuslaitos 2018; Siun sote 2019.) Ensihoitopalveluun kuuluvat terveydenhuoltolain (1326/2010 40 §) ja ensihoitoasetuksen (585/2017 2 §) mukaiset tehtävät. Ensihoitopalvelu tuottaa Siun sotelle ensivastetoiminnan, perus- ja hoitotason sekä ensihoidon kenttäjohtamisen. Siun sotella on ensihoidosta vastaava lääkäri. Erityisvastuualueen ensihoitokeskus järjestää ympärivuorokautisen ensihoitolääkäripäivystyksen. (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2018.)

Yhden hoitajan yksikön tehtävänä on hoidon tarpeen arviointi, kotihoidon tukeminen, sekä muiden ensihoitopalvelun yksiköiden tukeminen. Yhden hoitajan yksikkö ei kuljeta potilaita, vaan pyytää kuljettavan yksikön paikalle. Pohjois-Karjalassa tässä yksikössä työskentelee kokeneita hoitotason ensihoitajia. Heille on järjestetty lisäkoulutusta, sillä yhden hoitajan yksikössä toimiminen on erilaista kuin normaalissa ensihoitoyksikössä. (Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2018.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää ikäihmisten perhekodissa asumisen mahdollisuuksia ja tukea ikäihmisten perhehoitajaa toiminnassaan tuomalla ensihoidon toteuttama hoidon tarpeen arviointi osaksi ikäihmisten perhehoitoa. Ikäihmisten perhehoidossa toteutettavan hoidon tarpeen arvioinnin tavoitteena oli edistää perhehoidon asiakaslähtöisyyttä, luoda turvallisuutta sekä osallisuutta perhekodin arkeen ja lisätä ensihoidon ja perhehoitajien yhteistyötä.

Opinnäytetyön kehittämistoiminnan tehtävänä oli tuottaa ikäihmisten perhehoitoon ensihoidon toteuttama hoidon tarpeen arvioinnin toimintamalli. Lisäksi tehtävänä oli tuottaa tietoa siitä, miten hoidon tarpeen arviointi toteutuu ikäihmisten perhehoidossa.

Opinnäytetyön kehittämistehtäviä olivat:

1. Tuottaa toimintamalli ensihoidon toteuttamaan hoidon tarpeen arvioinnin suorittamiseen ikäihmisten perhehoidossa.
2. Tuottaa tietoa siitä, miten hoidon tarpeen arviointi toteutuu ikäihmisten perhehoidossa.

6 Kehittämisprosessin toteuttaminen

Tämä opinnäytetyö toteutettiin tutkimuksellisena kehittämistoimintana. Toteuttavan valintaan vaikutti kehittämistoiminnan luonne. Arolan & Suhosen (2014, 14 – 22) mukaan tutkimuksellinen kehittämistoiminta on suunnitelmallista, tavoitteellista ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen pyrkivää toimintaa. Keskeistä kehittämissyöissä on kyky tarkastella sekä tunnistaa erilaisia ilmiöitä ja niiden taustoja. Tehdä päätöksiä ja toimia aktiivisesti muutoksen tapahtumiseksi. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 36.)

6.1 Toimintaympäristö ja osallistajat

Kehittämistoiminnan toteutuksessa oli mukana moniammatillinen joukko toimijoita. Kehittämistyön toimintaympäristönä olivat Siun soten alueella toimivat toimeksiantosuhteiset ikäihmisten perhekodit. Keskeisimmässä roolissa kehittämissä tehtävissä olivat perhehoidossa olevat ikäihmiset, ikäihmisten perhehoitajat, ensihoidon kenttäjohtajat sekä ensihoitajat.

Tämä kehittäminen on jatkoa 2018 päättyneelle AVOT-hankkeelle (Arvokasta Vanhenemista Omatoimisuutta Tukemalla). Hankkeessa kehitettiin ikäihmisten kotihoitoa ja kaikenikäisten omais- ja perhehoitoa. Ikäihmisten perhehoitoa lisättiin ja erilaisia uusia perhehoidon tuen malleja kehitettiin. Ikäihmisten perhehoidon osalta hankkeen viisivuotisvisioon oli kirjattu, että ikäihmisten perhehoidon tuenmuotojen kehittämistä jatketaan myös hankkeen loputtua. Uusi hallitusohjelma jatkaa myös perhehoidon kehittämistä. Opinnäytetyöntekijät toimivat kehittämissasiantuntijoina AVOT-hankkeessa, toinen omais- ja perhehoidon kehittämissasiantuntijana ja toinen kotihoidon ja ensihoidon yhteistyön kehittäjänä.

Toikon & Rantasen (2009) mukaan osallistamisen merkitys kaikessa kehittämissä toiminnassa on suuri. Tutkija saa monenlaista hyötyä osallistamalla työntekijöitä ja eri sidosryhmiä kehittämistoimintaan. (Toikko & Rantanen 2009, 89–91.) Opinnäytetyöntekijät osallistuivat kehittämistoimintaan fasilitaattoreina, joiden tehtävänä oli ohjata ja innostaa osallistujia. Ryhmälähtöisessä työskentelyssä on tärkeää, että joku toimii fasilitaattorina. Fasilitaattorin tehtävänä oli olla puolueeton, tukea ideoimaan uusi ratkaisuja ja kannustaa ongelmien ratkaisuihin. Lisäksi fasilitaattorin tehtävänä oli huomioida jokaisen osallistujan tasapuolinen osallistuminen ja osaamisen hyödyntäminen osana ryhmän toimintaa. (Summa & Tuominen 2009, 8.) Fasilitoinnin perusajatus on, että ryhmä itse on paras asiantuntija. Kaikkien ratkaisujen on toteuduttava ryhmän päätösten ja mielipiteiden mukaisesti. Ryhmän osallistaminen on tärkeää motivaation ylläpitämiseksi. (Summa & Tuominen 2009, 9–10.)

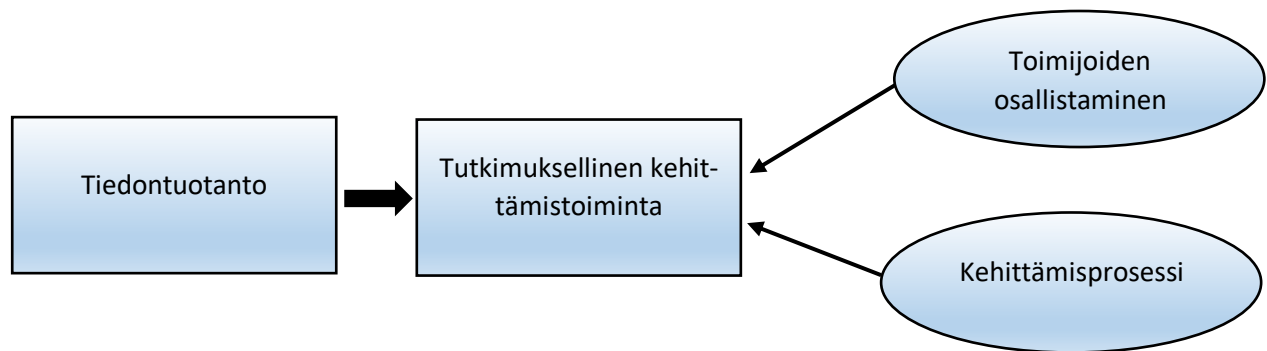
Perhehoidossa oleva ikäihminen toimi myös omalta osaltaan kokemusasiantuntijana kehittämisprosessissa. Kehittämistoimintaa ohjaa eri toimijoiden ammatillisen osaamisen hyödyntäminen ja asiantuntijuuden tasavertainen arvostaminen. (Toikko 2016, 8.) Kehittämistoiminnan ylläpitämiseksi ja keinojen löytämiseksi tarvitaan laajaa monialaista vuorovaikutusta kaikkien toimijoiden kesken. Mikäli kehittämisprosessissa on mukana useita toimijoita ja eri ammattiryhmiä, jatkuva prosessin seuranta ja vuorovaikutus kaikkien toimijoiden kanssa on tärkeää kehittämisprosessin onnistumisen kannalta. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2010, 16–17.) Kuulan (2006, 106–108) mukaan osallistujille on kerrottava konkreettisesti mitä osallistuminen kehittämisprosessiin merkitsee, jotta he voivat tehdä ratkaisun osallistumisesta prosessiin.

6.2 Tutkimuksellinen kehittämisprosessi

Tutkimuksellista kehittämisprosessiä voidaan lähestyä eri tavoin. Lähestymistavat voidaan jakaa neljään paradigmaattiseen lähtökohtaan: empiristinen suuntaus, jälkipositiivinen arviointitutkimus, pragmaattinen arviointitutkimus ja tulkinnallinen suuntautuminen. Tässä opinnäytetyössä yhdistyy konkreettinen kehittämisprosessi sekä tutkimuksellinen lähestymistapa. Opinnäytetyn kehittämisprosessissa lähtökohtana oli pragmaattinen arviointitutkimus, jossa toiminnan ei oletettu etenevän suunnitelmien mukaan vaan muuttuvan tilannekohtaisesti. Pragmaattiseen arviointitutkimukseen kuuluu yhdistellä erilaisia menetelmiä ja lähestymistapoja tilanne huomioiden. Reflektiivinen prosessimainen toiminta hahmotetaan sosiaalisena prosessina, jossa käytännön toiminta ja analyttinen erittely kulkevat käsi kädessä. (Arola & Suhonen 2014; Toikko & Rantanen 2009, 14–16, 160–166.)

Kehittämisprosessi tapahtui aidossa ympäristössä mutta sitä tarkastellaan myös analyttisestä näkökulmasta. Reflektiivinen prosessi perustuu aina dialogiin, jossa jaetaan tietoa ja opitaan uutta. Dialoginen vuorovaikutus edellyttää tasavertaista ja aktiivista osallistumista. Kehittämisprosessissa dialogin tavoitteena on kehittämisen toteutuminen ja usein tämä tapahtuu ristiriitojen esille nousun kautta. Osallistuva kehittäminen on parhaimmillaan moniäänistä dialogia.

Käyttäjä- ja toimijälähtöisen kehittämisen lähestymistapa on esitetty seuraavassa kuviossa (kuvio 3). Lähestymistapa on tasavertainen prosessi kaikkien toimijoiden kanssa. Tämä mahdollistaa kriittisen arvioinnin, jossa tähdätään toimintatapojen ja rakenteiden muutokseen. Tietoa tuottavat työntekijät, asiakkaat ja kansalaiset, jotka tarvitsevat sitä. (Arola & Suhonen 2014; Toikko & Rantanen 2009, 14–16, 160–166.)



Kuvio 3. Kehittämistoiminnan lähestymistapa (mukaillen Toikko & Rantanen 2009, 9–10).

Kehittämisellä tähdätään muutokseen, jonka tulos on joko aikaisempaa tehokkaampi tai entistä parempi. Kehittäminen on usein konkreettista toimintaa, jossa on selkeästi määritelty tavoite. Kehittämisen kohteena ovat toimintaan osallistuvat ihmiset, osaaminen, heidän työtehtävänsä kokonaisuuksineen tai sovellettavat ja säännökset. (Toikko & Rantanen 2009, 14–16.)

Tutkimuksellisuuteen kytkeytyy tieteellinen ajattelu. Tutkimus voidaan ajatella uuden tieteellisen tiedon tavoitteluksi, ajatteluksi sekä oman toiminnan tarkasteluksi ja pohtimiseksi. Kehittäminen on puolestaan aktiivista toimintaa, jonka tavoitteena on jonkin asian kehittäminen tai muuttaminen parempaan. Kehittäminen voi joskus kulkea negatiiviseen suuntaan. Tutkivan kehittämisen käsite liittyy tut-

kimisen ja kehittämisen käsitteet yhteen. Tutkiva kehittäminen on työskentelytapa, jossa tutkimustiedolla on kehittämisen yhteydessä tärkeä rooli. Tämä käsite sisältää myös kehittämistoiminnan tutkivasta ja kriittisestä arvioinnista. Tutkivassa kehittämisessä voidaan lähteä etsimään vastauksia neljän kysymyksen kautta. Kuka kehittää: kenelle ja kenen kanssa? Miten ja mitä kehitetään? Miksi kehitetään juuri tällä tavalla ja tähän suuntaan? (Heikkilä, Jokinen & Nurmela, 2008, 22–23; Toikko & Rantanen 2009, 13.)

Toimintatutkimus on kehittämistoimintaa, joka on rajattu ajallisesti. Siinä kokeillaan ja kehitetään uusia toimintatapoja. Kehittämistoiminnassa pyritään parantamaan prosesseja, tuotteita ja toimintaa. Kehittämistoiminta toteutetaan käytännön ympäristössä ja sillä pyritään luomaan myönteistä kehitystä. Tutkiva kehittäminen voi olla olemukseltaan teoreettista tai käytännöllistä, mutta luonteeltaan monimenetelmällistä. (Heikkilä ym. 2008, 33–35.)

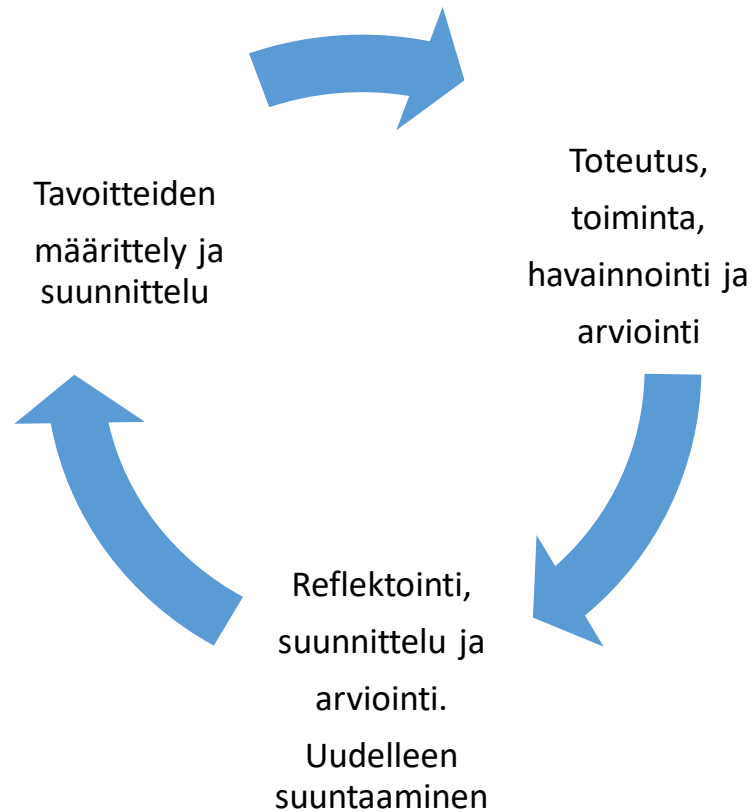
Monimenetelmällisessä kehittämistyössä voidaan soveltaa monia erilaisia tutkimuksellisia lähestymistapoja. Kehittämistyössä voidaan käyttää tiedon hankinnassa osallistavia, määrällisiä tai laadullisia menetelmiä, riippuen halutusta lopputuloksesta. Toimintatutkimuksessa työskennellään yleensä yhteistyössä muiden kanssa, jonka takia painopisteenä on vuorovaikutuksen ja yhteistyön tukeminen. Kehittämisen suotuisan suunnan ylläpitämiseksi ja keinojen löytämiseksi, tarvitaan laajaa monialaista vuorovaikutusta kaikkien toimijoiden kesken. (Heikkilä, ym. 2008, 33–35; Heikkinen 2010, 16–17.)

Prosessin suunnittelun merkitys korostuu projektimaisessa kehittämisessä. Suunnittelulla tavoitellaan ennalta määrätyn tavoitteen saavuttamista. Hyvällä suunnitelmalla varmistetaan kehittämisprosessissa mukana olevien tavoitteellinen työ, varmistetaan laatu, ohjauksen toteutuminen sekä mahdollisten ongelmien havaitseminen. (Jalava & Virtanen 1997, 144.) Toimintaa on yleensä vaikea ennalta suunnitella ja niille on tyypillistä ennakoimattomuus (Toikko & Rantanen 2009, 10).

Kehittämisprosessin suuntaa täytyy jatkuvasti korjata ja uudelleen suunnata. Toimijoiden osallistamisen näkökulmasta on keskiössä toimijoiden sitoutuminen ja

aktiivisuus. Kehittämistoiminnassa otetaan huomioon toimijoiden näkemykset ja pyritään muodostamaan yhteinen ymmärrys. Tämä takaa tasavertaisen ja aidon osallistumisen. Lisäksi kehittäjä osallistuu tasavertaisesti konkreettiseen toimintaan. Syntyy keskinäinen dialogi ja muutos vanhoista pois kuluneista toimintatavoista on mahdollista. Kehittämistoimintaa pidetään yhtenä keskeisenä työelämän osaamisalueena ja se liittyy nykyään lähes jokaisen työntekijän toimenkuvaan ja tehtävään. Kehittämistoiminnalla organisaatiot pyrkivät luomaan uusia toimintatapoja ja menetelmiä ympäristön ja omien tarpeiden pohjalta. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 11; Toikko & Rantanen 2009, 9-10.)

Kehittämisprosessi etenee jatkuvana syklinä eli spiraalina. Spiraali sisältää useita peräkkäin toteutettuja kehiä. Spiraalimallissa kehittämistoiminnan tulokset tulevat aina uudestaan arvioitavaksi. Suunnittelu, toiminta ja arviointi etenevät yhtäaikaan ja niitä ei voi erottaa toisistaan, joten syklin erivaiheita on vaikea erottaa toisistaan. Arvioinnin jälkeen kehittämisprosessia täsmennetään, kuten myös itse prosessia ja sen toteutusta. Kehittämistoiminta tässä kehittämistyössä on jatkuva prosessi. Alapuolella esitetään kuvio (Kuvio 4) spiraalimallista missä korostuu konkreettinen toiminnan suunnittelu, pohdinta sekä havainnointi ja toteutus. Ensimmäinen spiraali on vasta alku pitkäjänteiselle kehittämistyölle. Jokaisen kehän aikana tarkastellaan aina uudestaan eri kehittämistoiminnan vaiheita. Jokainen kehä täydentää edellistä ja näin ollen voikin sanoa että, mitä useampi kehä, sen parempi tuloksellisuus. (Toikko & Rantanen 2009, 66–67; Heikkilä ym. 2008, 24–26.)



Kuvio 4. Spiraalimalli (mukaillen Toikko & Rantanen 2009, 67).

6.3 Kehittämisprosessin menetelmälliset valinnat

Menetelmän noudattaminen tutkimuksen teossa on keskeinen osa kehittämisprosessia. Menetelmän valintaan vaikuttaa se, millaista tietoa on tarkoitus etsiä, keneeltä ja mistä sitä on tarkoitus etsiä. Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmän valinta vaikuttaa samalla muihin kehittämistyön osa-alueisiin. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010, 184; Jyväskylän yliopisto, 2015.) Kehittämisprosessin menetelmällisillä välineillä on tavoitteena päästä kehittämistoiminnan tavoitteisiin. Välineet ovat käytännön keinoja tai työskentelytapoja, joita käytetään joko prosessin tietyssä vaiheessa tai useammassa vaiheessa. (Salonen, Eloranta, Hautala & Kinno 2017, 55–56).

Kehittämisen keskiössä olivat luovuus, kyky katsoa asioita uudella tavalla ja heittäytyminen kokeiluun. Erilaisten luovuusmenetelmien kautta halutaan saada uusia ideoita ja näkökulmia esille ja tämän kautta pystytään tuottamaan uusia ratkaisuja kehittämissuunnitelmiin. Luovaan ideointimenetelmään liittyy luova ongelmanratkaisuprosessi. Ongelman ja parannusehdotusten havaitseminen, tosiasioiden ja näkemysten tunnistaminen, visioiminen ja tavoitteiden asettaminen, uusien lähestymistapojen tuottaminen, ideoiden arvioiminen ja uusien ratkaisujen valitseminen sekä hyväksyttäminen ja toteuttaminen ovat osa prosessia. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 158–159; Jalava & Virtanen 1997, 101.)

Ideoivaa työpajaa voidaan hyödyntää moniammatillisen kehittämissuunnitelman keinojen kehittämiseen sekä päämäärän määrittelyyn. Tämä voi antaa myös mahdollisuuden oivaltaa ja nähdä tutun asian uudella tavalla. (Jalava & Virtanen 1997, 104.) Ideoivan työpajan ensimmäinen vaihe on arviointivaihe, jossa pohditaan mahdollisuuksia toteuttaa ideoita. Arviointivaiheen päätarkoituksena on valita ideat, joita lähdetään toteuttamaan ja että osallistujat saavat kokonaiskuvan yhteisen työskentelyn hyödyllisyydestä. Viimeisenä vuorossa on ideoiden toteuttamisvaihe. (Jalava & Virtanen 1997, 101–104.) Kehittämissuunnitelman tiedontuotannolla ohjataan kehittämissuunnitelmaa tavoitteena saada nopeita vastauksia ja jotka voidaan ottaa käyttöön välittömästi (Toikko & Rantanen 2009, 121).

Tiedontuotannon näkökulmasta tutkimustietoa voidaan hyödyntää ja käyttää kehittämistoiminnan onnistumisessa ja sen vaikuttavuuden mittaamisessa. Tutkimustiedon kautta syntyneet hyvät käytännöt voidaan siirtää uusiin toimintaympäristöihin. Lisäksi tutkimus tukee kehittämistoimintaa näiden integroitua toisiinsa. Tutkiva työote ja muut tutkimukselliset asetelmat ovat tukemassa ja tuottamassa lisäarvoa kehittämistoiminnalle. (Toikko & Rantanen 2009, 11.)

6.3.1 Aineiston hankinta ja analysointi

Haastattelututkimus on tilanne, jos esitetään suullisesti kysymykset vastaajalle. Tämä voi tapahtua joko kasvotusten tai puhelimen välityksellä. Haastattelututki-

muksessa haastattelulomake muistuttaa kyselylomaketta. Avoimessa haastattelussa haastattelija selvittää haastattelevan ajatuksia, mielipiteitä, tunteita ja käsityksiä sen mukaan kuin ne tulevat aidosti vastaan keskustelun kuluessa. Avoin haastattelu on kaikista haastattelun muodoista lähimpänä keskustelua. Haastattelu voidaan toteuttaa yksilohaastatteluna, parihaastatteluna tai ryhmähaastatteluna. Näitä haastattelumuotoja voidaan käyttää tutkimuksessa toisiaan täydentävinä. (Vehkalahti 2008, 11; Hirsjärvi ym. 2010, 210.)

Kehittämistoiminnan saatekirjeellä voidaan kannustaa osallistumista tutkimukseen ja vastaamista kysymyksiin (Vehkalahti 2008, 4–7). Kyselylomakkeella pyritään keräämään ja tarkastelemaan tietoa muun muassa ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, asenteista, arvoista ja ilmiöistä. Kyselylomake toimii mittausvälineenä, jossa tutkija esittää vastaajalle kysymyksiä kyselylomakkeen avulla. (Hirsjärvi ym. 2010, 197; Vehkalahti 2008, 11.)

Aineiston analyysillä pyritään luomaan kerättyyn aineistoon selvyyttä ja saamaan uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysimenetelmällä aineisto tiivistetään ja pyritään kasvattamaan hajanaisesta aineistosta selkeä kokonaisuus. (Eskola & Suoranta 2005, 137.) Aineistosta voi löytyä uusia kiinnostavia asioita, joita ei etukäteen osattu odottaa. On kuitenkin tärkeää, että aineistosta rajataan tarkkaan kapea osa, josta sitten raportoidaan tarkasti kaikki oleellinen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 104).

Aineistoa lähestytään usein tematisoinnin avulla. Tällä tavalla aineistosta saadaan esille tutkimuskysymyksiä vastaavia teemoja. Aineistosta saadaan esille tiettyjen teemojen esiintymistä ja ilmenemistä sekä on mahdollisuus vertailla niitä. Tarkoituksena on löytää olennaiset aiheet tutkimukseen liittyen ja tämän jälkeen eroteltava nämä. (Eskola & Suoranta 2005, 174.) Teemoittelussa painotetaan sitä mitä kussakin teemassa nousee esille. Pääpaino ei ole aineiston lukumäärässä vaan itse aineistossa. Keskiössä on aineiston pilkkominen ja ryhmittely tiettyjen aihepiirien mukaan. Tämän kautta voidaan vertailla ja seurata valittujen teemojen aineistossa esiintymistä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 105–107.) Aineiston

analysoinnissa esille nousevat teemat sisältyvät aina kehittämistehtävään osallistuneiden henkilöiden esille tuomiin mielipiteisiin (Eskola & Suoranta 2005, 174–175).

Triangulaatiossa käytetään erilaisia aineistoja, teorioita ja/tai menetelmiä samassa tutkimuksessa. Tavoitteena on lisätä tutkimustyöhön syvyyttä ja saada syvällisempi ymmärrys tutkittavasta asiasta. Triangulaatiota käytetään myös lisäämään työn luotettavuutta ja vahvistamaan tiedon keräämistä. Triangulaatio kohdistuu tutkimusaineistoon ja kerää tietoa monelta eri ryhmältä. (Eskola & Suoranta 2005, 68–70; Tuomi & Sarajärvi 2005, 166–168.)

6.3.2 Kehittämistoiminnan arviointi

Arvioinnin tavoitteena on tarkastella kehittämistyön tekemisen ja tulosten välisiä suhteita. Kehittämistoiminnan arvioinnin tehtävänä on saada tietoa ja näyttöä kehitettävästä asiasta. Arvioinnin avulla saadaan myös tietoa muun muassa missä onnistuttiin ja missä taas ei. Arvioinnin jälkeen kehittämisprosessia analysoidaan ja suunnataan uudelleen tarpeen mukaan. Lisäksi kehittämistoiminnan arvioinnilla pyritään saamaan vaikuttavuuden näkökulma esiin. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 47; Toikka & Rantanen 2009, 60–62, 82–83; Vataja & Seppänen-Järvelä 2009, 216.)

Arviointia toteutetaan eri tasoilla kuten toimintaympäristö, yksilö ja kehittämisryhmä. Arvioinnin tarkastelun kohteena oli kehittämistoiminnan suunnittelu, tavoitteet ja niiden selkeys sekä saavuttaminen. Menetelmät, joita kehittämistyössä käytettiin, kehittämistyön johdonmukaisuus ja osallistujien sitoutuminen sekä vuorovaikutus. Lopuksi tarkastellaan kehittämistehtävän toteutuneita tuloksia. Kehittämistehtävän lopputuloksen merkittävyys, helppokäyttöisyys, yksinkertaisuus, sovellettavuus muualle ja muihin yhteyksiin sekä toistettavuus ovat arvioinnin perusteena. Arviointia voidaan toteuttaa muun muassa kyselyillä, haastattelulla sekä dokumenteista saatujen tietojen mukaan. (Vataja 2009, 65; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 47–48.) Seuraavat kappaleet kuvaavat miten tämä

tutkimuksellinen kehittämistehtävä on toteutettu perustuen edellä kuvattuihin teorioihin.

6.4 Kehittämisosprosessin eteneminen

Lähestymistapoina tässä kehittämisosprosessissa oli reflektiivinen sekä käyttäjä- ja toimijälähtöiset kehittämisen lähestymistavat. Reflektiivinen prosessimaisen toiminnan ja analyttisen erittelyn tavoitteena oli parantaa toimintaa, prosessin tuloksia sekä näiden suhdetta. Kehittämistoiminnalla tähdättiin muutokseen ja uuden toimintamallin syntymiseen. Kehittämistoiminnan osallistavana menetelmänä käytettiin yhteisöllistä osallistavaa ideointimenetelmää ja osallistavaa kokeilevaa toimintaa. Menetelmien avulla haluttiin lisätä moniammatillista yhteistyötä ja keskustelua. Tavoitteena oli selvittää ja käyttää osallistujien osaamisia sekä vahvuuksia. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan aineisto koostui väliarvioinnista ja palautteesta sekä loppupalautteesta. Lopuksi aineisto analysoitiin teemoittelemalla.

Kehittämistoiminnan alkaessa opinnäytetyöntekijät ottivat yhteyttä ikäihmisten palveluohjauksen esimieheen sekä Pelastuslaitoksen johtoon. Keskustelua käytiin aiheesta, aiheen tarpeellisuudesta ja toteuttamismahdollisuudesta. Opinnäytetyön aihe nähtiin ajankohtaisena ja tärkeänä. Opinnäytetyön tekijät olivat myös yhteydessä ikäihmisten perhehoitajiin heidän yhteisessä tapaamisessansa. Tavoitteena oli saada myös perhehoitajien ennakkonäkemykset kehittämistehtävän tarpeellisuudesta. Perhehoitajien suullinen palaute oli kannustava ja positiivinen.

Kehittämisosprosessin alussa osallistujille kerrottiin mitä prosessiin osallistuminen osallistujilta vaatii, kuten toimintaan osallistumisen, arvioinnin ja palautteen antamisen. Heille myös selvitettiin miten ja miksi aineistoa kerätään, käytetään sekä säilytetään. Läpi käytiin myös yksityiskohtaisesti, että perhehoitajat täyttävät jokaisen hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen palautteen. Lisäksi käytiin läpi suullisten palautteiden toteuttaminen prosessin aikana. Tavoitteena oli antaa osallistujille mahdollisimman kattavasti tietoa prosessin luonteesta ja sen vaiheista ja näin ollen mahdollisuus tehdä päätös osallistumisesta kehittämisosprosessiin. Lisäksi

heille korostettiin osallistumisen vapaaehtoisuutta sekä mahdollisuutta keskeyttää prosessi.

Tarve toimintaohjeiden tekemiselle selkiytyi kehittämisprosessin alkuvaiheessa. Tutkimukselliseen kehittämistoimintaan suunniteltiin otettavan mukaan ensihoidon kenttäjohtajia sekä ikäihmisten perhehoitajia. Toimintaohjeen ja toimintamallin toimivuutta päätettiin kokeilla 3–5 kuukauden ajan ikäihmisten perhehoidossa. Suunnitelman mukaan kokeilun aikana oli tarkoitus kysyä palautetta kehittämisestä puhelimitse perhehoitajilta ja kasvotusten ensihoidon kenttäjohtajilta. Kehittämistehtävän aikataulu ja eteneminen kuvataan alla olevassa taulukossa (Taulukko 1). Kehittämistehtävän osallistujat pysyivät alusta loppuun saakka samoina, mutta aikataulu ja prosessi eli koko toiminnan ajan. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta kesti viisi kuukautta.

Taulukko 1. Kehittämistehtävän aikataulu ja osallistujat

Ajankohta	Opinnäytetyön kehittämisprosessin eteneminen	Osallistujat
5/2019	Tiedotus tilaisuus perhehoitajille. Tiedotus tilaisuus ensihoidon kenttäjohtajille	Perhehoitajat ja Siun sotien perhehoidon työntekijät. Ensihoidon kenttäjohtajat.
6/2019	Ideariihityöpaja	Perhehoitajat ja ensihoidon kenttäjohtajat
6/2019	Ensihoidon hoidon tarpeen arviointi perhekodeissa alkaa	Perhehoitajat, ikäihmiset, ensihoidon kenttäjohtajat ja ensihoitajat
7-8/2019	Välikysely toimintaohjeen toimivuudesta perhekoteihin ja ensihoidon kenttäjohtajille-> palautteen antaminen	Perhehoitajat ja ensihoidon henkilöstö, perhehoidossa olevat ikäihmiset
8/2019	Tarvittavien muutosten tekeminen kehittämistyöhön	Ensihoidon kenttäjohtajat ja perhehoitajat sekä opinnäytetyöntekijät
10/2019	Hoidon tarpeen arviointi päättyy -> seurantaraportti tehtävien määrästä, tarve, toimivuus	Ensihoidon Kenttäjohtaja ja opinnäytetyöntekijät
10/2019	Loppuarviointi/palautte	Perhehoitajat, ikäihmiset, omaiset ja ensihoitajat
12/2019	Tulosten kokoaminen ja julkaisu. Loppuyhteenveto.	Opinnäytetyön tekijät

6.4.1 Esittelytilaisuus

Opinnäytetyön kehittämissuhtävän esittelytilaisuus ikäihmisten perhehoitajille pidettiin kesäkuun alussa 2019. Tilaisuus toteutettiin yhdessä Siun sotien ikäihmisten perhehoidon ja palveluohjauksen työntekijöiden kanssa. Opinnäytetyöntekijöiden kehittämissuhtävän osuus oli asialistalla perhehoitajille järjestetyssä tapaamisessa. Paikalla oli 20 ikäihmisten perhehoitajaa ja 12 Siun sotien perhehoidon parissa työskentelevää henkilöä.

Opinnäytetyön tekijät esittelivät aluksi itsensä ja opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteet. Tilaisuutta varten tehtiin saatekirje, joka jaettiin perhehoitajille (Liite 1). Kirjeessä ilmeni opinnäytetyön perustiedot, kuka kehittämistyötä tekee, mistä tutkimuksessa on kysymys ja mihin tietoja käytetään. Saatekirjeessä ilmeni kehittämistehtävän perustiedot kuten opinnäytetyöntekijöiden tiedot ja tutkimusluvan myöntäjä. Lisäksi kirjeessä kerrottiin, mistä tutkimuksessa on kyse, osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä tutkimustiedon keräämisestä.

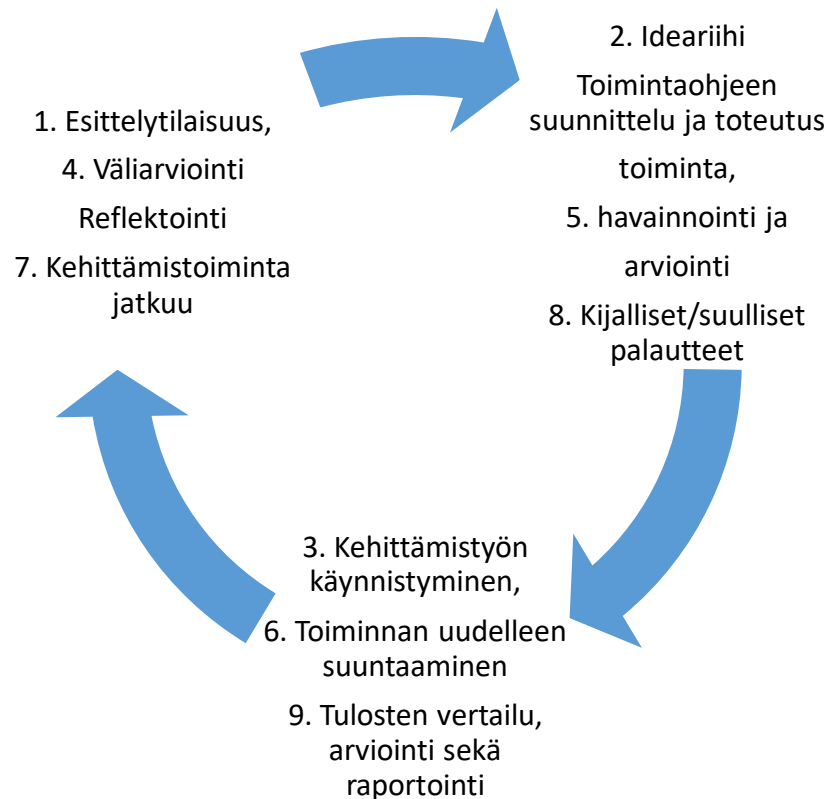
Opinnäytetyöntekijät selittivät tilaisuudessa hoidon tarpeen arvioinnin käsitettä, AVOT-hankkeessa tehdystä perhehoidon kehittämistyöstä sekä kotihoidossa toteutettavasta hoidon tarpeen arvioinnista. Tutkimuksellinen kehittämistyö menetelmänä herätti paljon keskustelua ja kysymyksiä esimerkiksi kehittämistehtävään liittyvistä kustannuksista. Opinnäytetyöntekijät selvensivät, että perhekodeille ja perhehoidossa olevalle ikäihmiselle ei tule lisäkustannuksia hoidon tarpeen arvioinnista. Tilaisuudessa kerrottiin suunnitelmasta aloittaa kehittämistehtävä osallistavalla ideariihellä, johon kutsuttiin mukaan perhehoitajia ja ensihoidon kenttäjohtajia. Opinnäytetyöntekijät selvensivät myös ideariihen tavoitetta luoda yhdessä perhehoitajien ja ensihoidon kenttäjohtajien kanssa toimintaohjeet hoidon tarpeen arvioinnista perhehoitoon sekä ensihoitoon. Esittelytilaisuudessa kehittämistyöhön ilmoittautui mukaan kymmenen perhekotia. Lisäksi kolme perhekotia kertoi halukkuuden osallistua osallistavaan ideariiheeseen.

Ensihoidon kenttäjohtajille pidettiin oma esittelytilaisuus, jossa käytiin läpi samoja teemoja kuin perhehoitajien infotilaisuudessa. Kenttäjohtajille kerrottiin järjestettävästä ideariihestä ja mahdollisuudesta osallistua siihen. Ensihoidon kenttäjohtajista viisi ilmoittautui ideariiheeseen mukaan.

6.4.2 Kehittämistoiminnan spiraalimainen prosessi

Kuvio (5) kuvaa tämän kehittämistoiminnan vaiheet spiraalimallin mukaisesti. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan spiraaliajattelun mukaisesti kehittämistyön ensimmäinen spiraali sisältää osallistavan ideariihen ja toimintaohjeen suunnittelun, toteutuksen ja väliarvioinnin ja uudelleen suuntaamisen. Toinen spiraali

ikäihmisten perhehoitajien ja ensihoitajien kirjalliset palautteet ja kenttäjohtajien suulliset palautteet. Viimeinen sykli muodostui tulosten vertailusta ja arvioinnista sekä raportoinnista.



Kuvio 5. Kehittämistoiminnan vaiheet spiraalimallin mukaisesti (mukaillen Toikko & Rantanen 2009, 67).

Opinnäytetyöntekijät olivat aktiivisia toimijoita muiden kehittämistoimintaan osallistujien kanssa. Perhehoitajien ja ensihoidon kenttäjohtajien vuoropuhelu oli tärkeässä roolissa lisäämässä tietoa ja avaamassa uusia näkökulmia. Perhehoitajien palautteen avulla kehittämisen suuntaa pystyttiin muuttamaan niin että prosessi kulki yhteisiä tavoitteita kohti.

Tässä kehittämisprosessissa osallistujien toiminnan suuntaaminen toteutui osallistavan ideariihen, väliarvioinnin ja palautteen, lopullisen arvioinnin ja palautekyselyn sekä suullisen keskustelun avulla. Käytännön toiminta ja tiedontuotanto ohjasivat kehittämistoimintaa. Ensihoidon kenttäjohtajia ja perhehoitajia osallistettiin

tasavertaiseen vuorovaikutukseen ja kehittämiseen. Opinnäytetyössä korostui kehittämistyöhön osallistujien tasapuolisen osallisuuden merkitys ja spiraalimainen prosessi.

6.4.3 Osallistava ideariih

Tässä opinnäytetyössä menetelmällisillä valinnoilla toivottiin tavoitteiden saavuttamisen lisäksi osallisuuden toteutumista. Kehittämistoiminnan osallistavana menetelmänä opinnäytetyössä käytettiin yhteisöllistä osallistavaa ideointimenetelmää tavoitteena saada jokaisen osallistujan työpanos esille toiminnan eri vaiheissa ja luoda uutta. Lisäksi osallistavana menetelmänä kehittämistehtävän aikana oli kokeileva toiminta. Kokeileva toiminta nosti esille ongelmat ja parannusehdotukset, joiden avulla toimintaa pystyttiin uudelleen arvioimaan ja suunnitamaan.

Kehittämistehtävän osallistajat eivät tunteneen entuudestaan toistensa työkuva ja toimintakenttää. Menetelmän avulla haluttiin lisätä moniammatillista yhteistyötä ja keskustelua perhehoitajien, ensihoitajien sekä ensihoidon kenttäjohtajien välille. Lisäksi toivottiin osallistujien uusia luovia ideoita sekä osaamisen ja vahvuuksien esille saamista. Osallistujien tehtävänä oli tuottaa tietoa ja tuoda esille omat näkemykset sekä kokemukset. Osallistava ideointimenetelmä valittiin edistämään ideointia, keskustelua sekä osallistumista.

Ideariih toteutettiin kesäkuun alussa 2019. Tavoitteena oli luoda toimintamalli ikäihmisten perhehoidossa toteutettavaan hoidon tarpeen arviointiin. Paikalla oli opinnäytetyön toteuttajien lisäksi kolme ikäihmisten perhehoitajaa kolmesta eri perhekodista sekä viisi ensihoidon kenttäjohtajaa. Opinnäytetyöntekijät toimivat fasilitaattoreina ideariihen ryhmälähtöisessä työskentelyssä ja valmistelivat sekä tukivat ryhmän toimintaa. Tavoitteena oli saada ryhmätyöskentelystä sujuvaa, luovaa ja kaikkia osapuolia palvelevaa.

Opinnäytetyöntekijät valmistelivat ja avasivat ideariihen käymällä läpi käsitteet, mitä on ensihoidon toteuttama hoidon tarpeen arviointi ja ikäihmisten perhehoito.

Lisäksi keskustelua käytiin asiakaslähtöisyydestä ja sen toteutumisesta. Tilaisuudessa korostettiin, että perhehoidossa oleva ikäihminen on keskiössä asiakaslähtöisyyden toteutumisessa osallistuessaan hoidon tarpeen arviointiin.

Ideariihien osallistuvien perhehoitajien ja ensihoidon kenttäjohtajien tehtävänä oli ratkaista perhehoidossa toteutettavan hoidon tarpeen arviointiin liittyviä haasteita ja tehdä itsenäisesti tarvittavia päätöksiä ottaen huomioon ikäihmisen ja asiakaslähtöisyyden toteutumisen. Tarkoituksena oli myös muun muassa saada tietoa missä tilanteessa perhekodit näkevät tarpeelliseksi hoidon tarpeen arvioinnin sekä kehittää toimintaohjeita ikäihmisiä ja ikäihmisten perhehoitoa parhaiten palvelevaksi.

Opinnäytetyöntekijät pyrkivät saamaan avoimen ja positiivisen ilmapiirin tilaisuuteen takaamaan edellä mainittujen tulosten saavuttamiseksi. Opinnäytetyöntekijät esittelivät päivän teeman, jonka jälkeen seurasi yhteinen ideointivaihe. Opinnäytetyöntekijät toimivat fasilitaattoreina ja kannustivat osallistujia toimimaan luovasti ja rohkeasti. Jokaisen osallistujan näkemykset otettiin huomioon. Tilaisuus oli avoin ja keskusteleva, jossa opinnäytetyöntekijät kirjasivat ylös osallistujien ideoita ja ehdotuksia. Perhehoitajat toivat esille esimerkkejä tapauksista, joissa perhehoidossa oleva ikäihminen oli tarvinnut sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Lisäksi perhehoitajat kertoivat omasta toimenkuvastaan perhehoidossa. Ensihoidon kenttäjohtajat tarvitsivat tietoa perhehoidosta ja perhehoidon toimintatavoista, silloin kuin ikäihmiset ovat avun tarpeessa. Lisäksi kenttäjohtajat kertoivat omasta sekä ensihoitajien työnkuvastaan.

Työskentely tapahtui yhteisen pöydän äärellä, jossa hyödynnettiin avointa ilmapöytä. Keskustelussa nousi esille uusien ideoiden hyödyllisyys ja toteuttamismahdollisuus. Ideat, jotka osallistujat päättivät toteuttaa, kirjattiin ylös post-it -lapuille. Lopuksi opinnäytetyöntekijät kirjasivat auki toimintaohjeet osallistujien esille tuomien ajatusten mukaan. Osallistujat ehdottivat, että ensihoitoon ja perhehoitoon tehtäisiin omat toimintaohjeet. Perhehoitajilta nousi muun muassa ehdotus siitä, että toimintaohjeeseen kirjataan selkeästi mitä tehdään, milloin ja miksi. Lisäksi perhehoitajat halusivat selkeän ohjeistuksen omaan toimintaohjeeseen, milloin soitetaan hätänumeroon ja milloin pyydetään ensihoidon kiireetön hoidon tarpeen

arviointi. Ensihoidon kenttäjohtajilta ja perhehoitajilta nousi myös esille, että toimintaohjeiden tulisi olla selkeitä ja lyhyitä. Keskeisinä asioina tilaisuudessa nousi kuinka taataan selkeä ja onnistunut prosessi, osallisuuden sekä asiakaslähtöisyyden toteutuminen ja perhehoitajan työhönsä saama tuki.

Osallistujat ehdottivat yhdessä, että kehittämistehtävän aikana perhehoitajat voivat pyytää hoidon tarpeen arvioinnin matalalla kynnyksellä. Osallistujat päättivät yhdessä lähteä testaamaan toimintaohjeita käytännössä. Opinnäytetyöntekijät muistuttivat vielä, että osallistujilta kerätään palautetta toimintaohjeiden toimivuudesta kehittämistehtävän aikana ja sen päätyttyä. Osallistavassa ideariihessä osallistujat suunnittelivat toimintamallit hoidon tarpeen arvioinnista ikäihmisten perhehoitoon (Liite 3) ja ensihoitoon (Liite 4). Tämän jälkeen toimintaohjeet otettiin käyttöön ja näiden toimivuutta aloitettiin testaamaan ikäihmisten perhehoidossa.

6.4.4 Kehittämistyön käynnistyminen

Opinnäytetyön kehittämistoimintaan osallistui kymmenen perhekotia niin että koko Siun sotien alue oli tasaisesti edustettuna. Ikäihmisten perhehoitajia osallistui 12. Perhehoidossa olevia ikäihmisiä, jolle toteutettiin kiireetön hoidon tarpeen arviointi, oli mukana yhteensä 30. Ensihoidon kenttäjohtajia osallistui 8 ja ensihoitajia 64. Opinnäytetyön kehittämistoiminta rajattiin ajallisesti ja seurattiin sen toimivuutta.

Osallistavassa ideariihessä syntyneet toimintaohjeet sekä arviointi ja palautekyselyt toimitettiin kehittämistehtävään osallistuviin ikäihmisten perhekoteihin. Lisäksi toimintaohjeet toimitettiin ensihoidon kenttäjohtajille. Kiireetön hoidon tarpeen arviointi aloitettiin käytännön ohjeiden mukaisesti kesäkuun alussa 2019. Toimintaohjeiden jakamisen yhteydessä perhehoitajat saivat myös palautuskuoren arviointi- ja palautelomaketta varten. Ikäihmisten perhehoitajat kirjasivat arvioinnin ja palautteet jokaisen hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Ensihoidon hoidon tarpeen arviointi tapahtui ikäihmisten perhekodeissa. Perhehoitajat pyysivät

perhehoidossa olevalle ikäihmiselle hoidon tarpeen arvioinnin ja ensihoidon henkilöstö toteutti tämän.

6.4.5 Arviointi ja palaute

Kehittämistyön aikana kerättiin tietoa ja arvioitiin kehittämistoimintaa väliarvioinnin ja palautteen sekä loppukyselyn (Liite 5) avulla. Tavoitteena oli, että perhehoitajien ja ensihoitajien kanssa yhteistyössä tehtävää kehittämistoimintaa ja sen vaikuttavuutta voitaisiin arvioida.

Väliarviointi toteutettiin puhelinhaastattelun ja kasvotusten tapahtuvan haastattelun avulla. Väliarvioinnin tavoitteena oli tuottaa tietoa toimintaohjeiden toimivuudesta, muutoksen tarpeellisuudesta ja mahdollisesta kehittämistyön uudelleen suuntaamisesta. Opinnäytetyöntekijät soittivat perhekoteihin kysyen palautetta toimintaohjeesta ja kehittämistehtävän sujuvuudesta. Opinnäytetyöntekijät olivat myös yhteydessä ensihoidon kenttäjohtajiin ja tiedustelivat heiltä suullisesti hoidon tarpeen arvioinnin sujuvuutta, toimivuutta ja mahdollisia uudelleen suuntaamisen tarpeellisuutta. Seuraavassa taulukossa kuvataan kehittämistoiminnan aikana toteutettua arviointia (Taulukko 2).

Taulukko 2. Arvioinnin toteuttaminen.

	Ikäihmisten perhehoitajat	Ensihoidon kenttäjohtajat	Ensihoitajat
Toimintaohjeen toimivuus	Väliarviointi puhelinkyselyllä ja loppuarviointi kyselylomakkeella	Väliarviointi ja loppuarviointi suullisesti (face to face)	
Kehittämisprosessin sujuvuus	Väliarviointi puhelinkyselyllä ja loppuarviointi kyselylomakkeella	Väliarviointi ja loppuarviointi suullisesti (face to face)	Loppuarviointi (saku-ohjelma)
Kehittämistehtävän arviointi	Väliarviointi puhelinkyselyllä ja loppuarviointi kyselylomakkeella	Väliarviointi suullisesti	Loppuarviointi (saku-ohjelma)

Kehittämisen prosessin sujuvuutta ja toimintaohjeiden toimivuutta arvioitiin toiminnan välillä suullisesti puhelinhaastattelulla perhehoitajilta ja kasvotusten ensihoidon kenttäjohtajilta seuraavilla kysymyksillä (Taulukko 3).

Taulukko 3. Väliarvioinnin kysymykset ja päätelmät.

Kysymykset	Päätelmät
Onko hoidon tarpeen arviointi (HTA) toimintaohje mielestäsi toimiva?	Kyllä. Toimintaohje on selkeä ja toimiva.
Kaipaako jokin seikka toimintaohjeessa tai kehittämistehtävässä huomiota /muutosta?	Kyllä. Uusille kenttäjohtajille on tiedotettava HTA:sta ja perehdytettävä asian tiimoilta.
Miten mielestäsi kehittäminen prosessi on toiminut?	Toiminta on lähtenyt hyvin liikkeelle. Selkeät ohjeet ja hyvä yhteistyö.

Ensihoitajat ohjeistettiin antamaan palautetta ikäihmisten perhekodeissa tapahtuvasta hoidon tarpeen arvioinnista potilastietojärjestelmän (Saku-ohjelma) laskutusosaan. Saku-ohjelman laskutusosassa on palautelaatikko, jota käytetään työn kehittämisen tukena. Palautteen antamisen ja palautteen keräämisen yhteydessä työntekijällä ei ole pääsyä asiakkaan tietoihin. Tavoitteena oli tuottaa tietoa ensihoitajilta palautteen muodossa. Ensihoitajat kirjasivat palautteet samanaikaisesti perhekodeissa tapahtuvien ensihoitotehtävien kanssa potilastietojärjestelmään. Kehittämistehtävää varten luotiin järjestelmään oma koodi (H 43). Tavoitteena oli saada helposti haettua järjestelmästä ensihoitajien kirjaamat kehittämistyöhön liittyvät palautteet. Ensihoitajien kirjaamat palautteet otettiin käyttöön ja käsiteltiin loppuarvioinnin yhteydessä. Perhekodeissa asuvien ikäihmisten henkilötietoja ei käytetty kehittämistehtävän aikana missään tilanteessa.

Opinnäytetyön kehittämistehtävä ja siihen liittyvien palautteiden kerääminen päättyi lokakuun alussa 2019. Ikäihmisten perhehoitajat täyttivät jokaisen hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen palautteen, joka kerättiin kehittämistehtävän päätyttyä. Kysely jaettiin kolmeen teemaan ideariihessä esille nousseiden tarpeiden mukaan. Teemat olivat prosessin sujuvuus, osallisuus ja asiakaslähtöisyys sekä perhehoitajan tuki.

6.4.6 Aineisto ja analysointi

Tämän opinnäytetyön aineisto koostuu perhehoitajille ja kenttäjohtajille tehdystä suullisesta väliarvioinnista, jonka tavoitteena oli seurata toimintaohjeen toimitavuutta ja mahdollisia muutostarpeita. Tällä aineistolla pyrittiin vastaamaan esitettyyn ensimmäiseen tutkimukselliseen kysymykseen. Kehittämistehtävän lopussa perhehoitajilta kerättiin lomakekysely. Kyselyssä otettiin huomioon ikäihmisten perhehoitajan, perhehoidossa olevan ikäihmisen sekä hänen omaisiensa näkemykset prosessin sujuvuudesta, perhehoitajan tuesta ja asiakaslähtöisyyden sekä osallisuuden toteutumisesta. Tämän lisäksi aineisto koostui ensihoidon kenttäjohtajille tehdystä suullisesta kyselystä kehittämistehtävän toimivuudesta. Aineistoa kerättiin myös ensihoitajilta hoidon tarpeen arvioinnin tarpeellisuudesta sekä toteutumisesta. Ensihoitajat kirjasivat palautteen jokaisen tapahtuneen hoidon tarpeen arvioinnin toteutumisen tarpeellisuudesta, perhehoidon ja ensihoidon yhteistyön toimivuudesta ja asiakaslähtöisyyden toteutumisesta. Edellä kuvatuilla aineistoilla etsittiin vastauksia toiseen tutkimuskysymykseen.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin analysointimenetelmänä teemoittelua. Aineiston käsittely aloitettiin tutustumalla aineistoon ja teemojen yhdistelyllä. Perhehoitajille suunnattu palaute jaettiin kolmeen teemaan, ideariihessä nousseiden aiheiden mukaan. Seuraavaksi palautteet tarkasteltiin ja pyrittiin saamaan kokonaiskuva samankaltaisuuksien löytymiseksi. Aineisto luokiteltiin uudelleen alateemoihin alapuolella olevan taulukon mukaisesti (Taulukko 4). Aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia, eroavuuksia ja ongelmakohtia. Yhdistelyn jälkeen havainnot kirjattiin ylös.

Taulukko 4. Aineiston teemoittelua.

Pääteema	Alateema	Alateema	Alateema
Prosessin sujuvuus	Ohjeiden selkeys	Yhteydenotot	Yhteistyö
Osallisuus ja asiakaslähtöisyys	Osallisuuden toteutuminen (ikäihminen, perhehoitaja ja omainen)	Asiakaslähtöisyyden toteutuminen (ikäihminen, perhehoitaja ja omainen)	HTA:n tarpeellisuus asiakkaalle/omaiselle ja perhehoitajalle
Perhehoitajan tuki	Moniammatillinen yhteistyö	Arjen tuki	Toiminnan vaikutus perhehoitajan toimintaan

Aineistosta nostettiin esille keskeiset aiheet ja tutkimuskysymyksiä vastaavat teemat. Tämä mahdollisti tiettyjen aineistossa esille nousseiden teemojen esiintymisen vertailun ja selkeytti tutkittavaa asiaa. Aineistosta pyrittiin nostamaan esille tutkimuskysymysten kannalta keskeiset aiheet. Teemoittelussa käytettiin teorian ja aineiston vuoropuhelua.

Prosessin sujuvuuden osalta kehittämistehtävässä tarkasteltiin hoidon tarpeen arvioinnin yhteistyötä perhehoidon ja ensihoidon välillä ja sitä, kuinka prosessi toimi. Osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden osalta tarkasteltiin miten ikäihminen, perhehoitaja ja omainen kokivat hoidon tarpeen arvioinnin osana ikäihmisten perhehoidon arkea. Toteutuiko asiakaslähtöisyys ja osallisuus? Mikä olisi ollut toimintamalli tilanteessa, mikäli ensihoidon toteuttamaa hoidon tarpeen arviointia ei olisi toteutunut? Viimeisen teeman osalta tarkasteltiin hoidon tarpeen arvioinnin tuomaa tukea perhehoitajan perhehoitajana toimimiseen. Tukeeko toimintamalli perhehoitajaa tehtävässään ja jos tukee, mikä oli perhehoitajan oma kokemus tästä. Mi haasteita hoidon tarpeen arvioinnin toteutuksessa oli ja miten sitä pitäisi muuttaa, jotta hoidon tarpeen arviointi tukisi perhehoitajaa tehtävässään.

Tässä opinnäytetyössä on viitteitä triangulaation toteutumisesta. Opinnäytetyössä kerättiin aineistoa monelta ryhmältä. Perhehoitajilta, ikäihmisiltä, omaisilta, ensihoitajilta sekä ensihoidon kenttäjohtajilta. Lisäksi kehittämistoiminnassa

oli käytössä useita menetelmiä. Tällä pyrittiin hyödyntämään teorioiden erinäkökulmia ja saamaan kattavampi sekä laadukkaampi lopputulos kehittämistyölle.

6.5 Kehittämisprosessin arviointi

Tässä kehittämisprosessissa arviointi kulki osana läpi koko kehittämistoiminnan. Toimintaa arvioitiin sekä suullisen että kirjallisen palautteen avulla. Kehittämis-tehtävää suunnattiin uudelleen saadun palautteen mukaan. Tässä opinnäyte-työssä arviointia käytettiin palautteen saamisen ja tutkimuksellisen kehittämistoiminnan ohjaamisen ja apuna.

Väliarvioinnin aikana ilmeni, että hoidon tarpeen arviointien alkaessa tieto toimintaohjeesta ja sen toimivuudesta ei ollut vielä tavoittanut kaikkia. Perhehoitajilta tulleen väliarvioinnin jälkeen opinnäytetyön tekijät olivat yhteydessä ensihoidon kenttäjohtajiin. Kaikille kenttäjohtajille pidettiin uudelleen perehdytys hoidon tarpeen arvioinnista ikäihmisten perhekodeissa. Kenttäjohtajilta tulleen suullisen palautteen mukaan jatkossa on kiinnitettävä systemaattisesti huomiota kenttäjohtajana toimivien perehdytykseen. Tilaisuudessa sovittiin myös uusien kenttäjohtajien perehdytyksen käytänteistä. Kehittämistyötä suunnattiin uudelleen välipalautteista saatujen tietojen mukaan.

Kehittämistyössä viimeinen vaihe oli loppuarviointi, vaikka arviointia tehtiin koko kehittämistehtävän ajan. Kehittämisprosessin aikana ikäihmisten perhehoitajille ja ensihoidon kenttäjohtajille toteutettiin väliarviointi. Lisäksi ensihoidon kirjaamisjärjestelmästä seurattiin prosessin etenemistä. Lopuksi kehittämistyöhön osallistuneille toteutettiin palaute ja arviointikysely (Liite 5). Arvioinnin tavoitteena oli tuottaa tietoa toteutuneista hoidon tarpeen arvioinneista ja onko kehittämistehtävä saavuttanut tavoitteet.

Ensihoitajien kirjaamat palautteet koottiin Saku-ohjelmasta. Ensihoitajat kirjasivat palautteet hoidon tarpeen arvioinnin prosessin tarpeellisuuden ja toimivuuden näkökulmasta. Kehittämistehtävän aikana hoidon tarpeen arviointeja ikäihmisten

perhekodeissa oli toteutunut 32 kappaletta. Kymmenestä mukana olleesta ikäihmisten perhekodista kahdessa ei toteutunut hoidon tarpeen arviointia kehittämistoiminnan aikana ja vastaavasti osassa ikäihmisten perhekodeissa toteutui useampia hoidon tarpeen arviointeja.

Tässä kehittämistyössä oli tärkeää, että prosessi sisälsi hetkiä, jolloin tarkasteltiin tavoitteiden saavuttamista, onnistumisia kuten myös epäonnistumisia ja näiden syitä. Kaikki tämä lisäsi opinnäytetyöntekijöiden ymmärrystä kehittämistyön luonteesta. Arviointia tapahtui yksilötasolla, jolloin osallistujat antoivat palautteen prosessin toimivuudesta. Lisäksi toimintaympäristöä ja toimijoiden yhteistyötä ja sitoutumista kehittämistoimintaan tarkasteltiin.

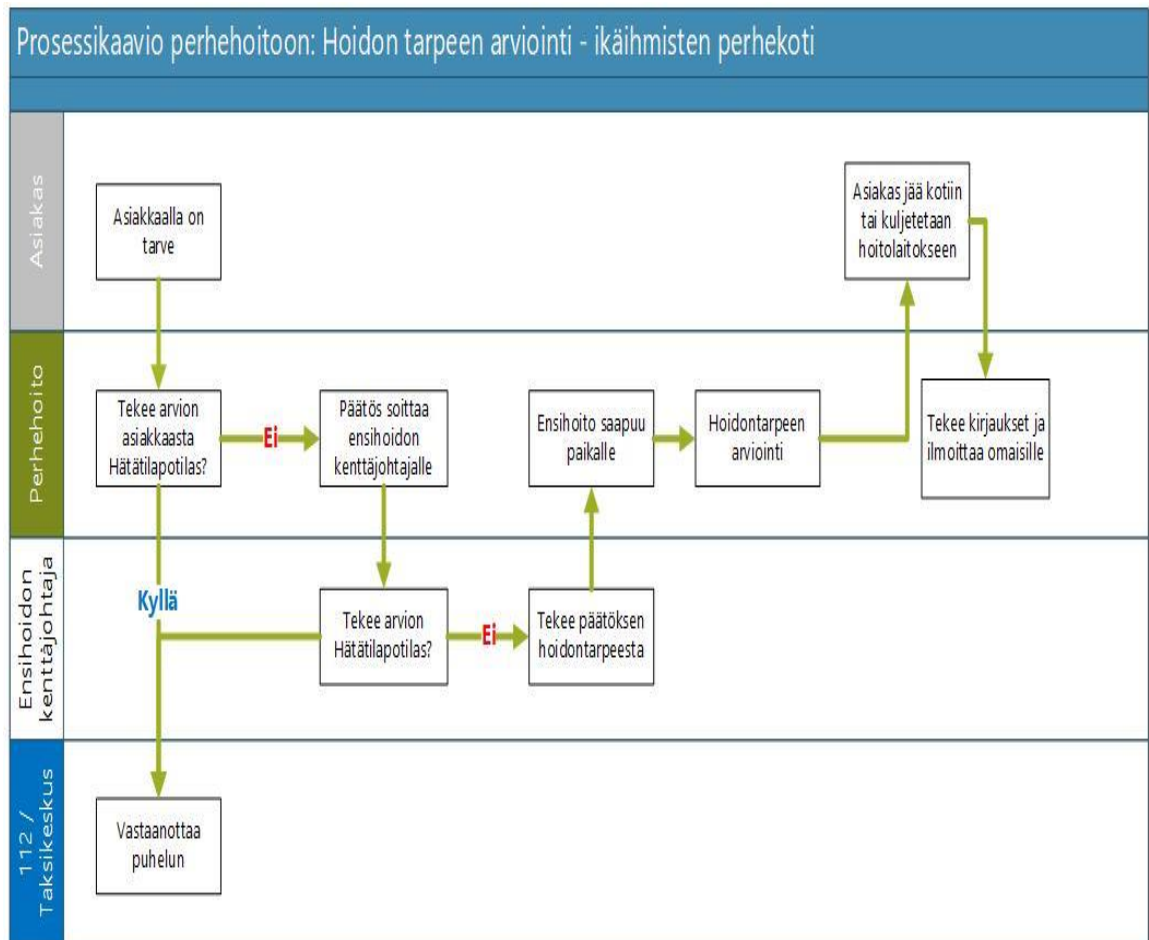
7 Kehittämisprosessin tulokset

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tehtävänä oli tuottaa toimintamalli ensihoidon toteuttamaan hoidon tarpeen arvioinnin suorittamiseen ikäihmisten perhehoidossa. Toisena tehtävänä oli tuottaa tietoa siitä, miten hoidon tarpeen arviointi toteutuu ikäihmisten perhehoidossa. Toiminnalla pyrittiin luomaan asiakaslähtöinen, sujuva ja perhehoitajien työtä tukeva malli.

Toimintamallin tavoitteena oli, että malli on sovellettavissa ja muokattavissa tarpeen mukaan. Kehittämistehtävä toteutettiin moniammatillisessa yhteistyössä. Eri ammattiryhmien työntekijöiden tutustuminen toisten toimintaympäristöön ja työn sisällön odotettiin edistävän yhteistyötä ja lisäävän ymmärrystä työstä ja niiden sisällöstä. Tavoitteena oli myös, että vuorovaikutuksen lisääminen parantaa työn tulosta ja antaa mahdollisuuden kehittää omaa osaamistaan sekä työn sisältöä asiakkaan parhaaksi.

7.1 Hoidon tarpeen arvioinnin toimintamalli ikäihmisten perhehoidossa

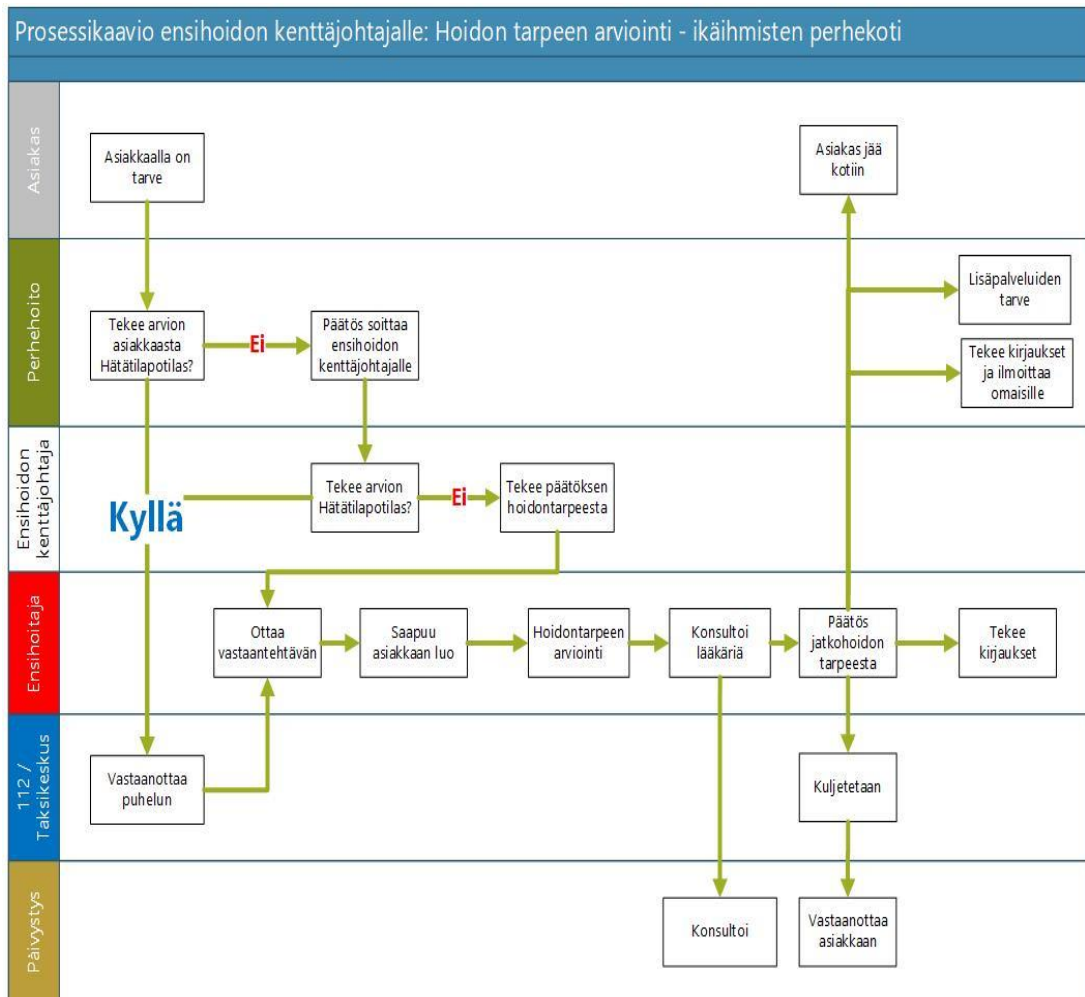
Hoidon tarpeen arvioinnin toimintaohje koostuu kahdesta eri toimintaohjeesta. Ensimmäinen toimintaohje on suunnattu ikäihmisten perhekoteihin (Liite 3). Toimintaohjeessa kuvataan miten, missä, milloin ja millä tavalla ikäihmisten perhehoitaja toimii hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä ikäihmisen hoidollisiin liittyvissä epäselvissä tilanteissa. Toinen toimintaohje on suunnattu ensihoitoon (Liite 4). Toimintaohje kuvaa hoidon tarpeen arvioinnin kulun ikäihmisten perhehoidossa ensihoidon kenttäjohtajan näkökulmasta. (Kuvassa 1.) esitetään toimintaohjeen mukainen toimintamalli prosessikaavion muodossa.



Prosessikaavio 1. Hoidon tarpeen arvio ikäihmisten perhehoidossa. Ikäihmisten perhehoitaja.

Ikäihmisten perhehoitajat soittavat suoraan ensihoidon kenttäjohtajalle, kun perhehoidossa asuvalla ikäihmisellä on ilmennyt hitaasti heikentynyt yleistila, kuumetilua tai jokin krooninen kipu on pahentunut. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydenoton syy voi olla myös, että perhehoitajan huoli on herännyt ikäihmisen voimien ja selviytymisen suhteen. Yhteydenoton jälkeen perhehoitaja kertoo kenttäjohtajalle kuka soittaa ja miksi. Perhehoitaja kertoo omien sanojen mukaan syyn, miksi ikäihminen tarvitsee hoidon tarpeen arvioinnin. Lisäksi perhehoitaja selventää ensihoidon kenttäjohtajalle ikäihmisen perussairauksia ja lääkityksiä, jotka voivat olla vaikuttamassa oleellisesti hoidon tarpeen arviointiin.

Toimintaohjeessa ohjeistetaan kiireellisissä tilanteissa aina soittamaan hätäkeskukseen. Ensihoidon kenttäjohtaja arvioi onko kyseessä hätätilapotilas vai hoidon tarpeen arvioinnin tarve ja tekee tämän jälkeen päätöksen. Kenttäjohtajan päätyessä hoidon tarpeen arviointiin kenttäjohtaja antaa tehtävän yhdenhoitajan yksikölle tai ensihoitoyksikölle. Yhden hoitajan yksikkö tai ensihoitoyksikkö saapuu paikalle ikäihmisen perhekotiin. Ensihoitaja toteuttaa hoidon tarpeen arvioinnin ja ottaa tarvittaessa tiettyjä verikokeita sekä on yhteydessä päivystävään lääkäriin. Ensihoitaja kirjaa tehdyt toimenpiteet ja tulokset ikäihmisen potilastietoihin. Hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen ikäihmisten perhehoitaja kirjaa tarvittavat tiedot ja ilmoittaa ikäihmisen omaiselle tapahtuneesta. (Kuvassa 2.) esitetään toimintaohjeen mukainen toimintamalli prosessikaaviona ensihoidon kenttäjohtajan näkökulmasta.



Prosessikaavio 2. Hoidon tarpeen arvio ikäihmisten perhekodissa. Ensihoidon kenttäjohtaja.

Ensihoidon kenttäjohtaja ottaa vastaan ikäihmisten perhehoitajan tekemän hoidon tarpeen arviointipyynnön ja selvittää syyn hoidon tarpeen arvioinnille. Kenttäjohtaja tarvitsee ikäihmisen tiedot, kuten nimen, perhekodin tiedot ja sijainnin. Lisäksi hän tarvitsee tiedot ikäihmisen perussairauksista ja lääkityksistä. Tämän jälkeen kenttäjohtaja tekee puhelimesta alustavan tilannearvion ja ohjeistaa perhehoitajaa, kuinka toimia. Mikäli kenttäjohtajan tilannearvio on, että ikäihminen tarvitsee kiireellistä hoitoa, ohjeistaa hän perhehoitajaa soittamaan hätäkeskukseen. Mikäli kenttäjohtajan tilannearvion mukaan ikäihminen tarvitsee hoidon tarpeen arvioinnin, antaa hän tehtävän ensihoitoyksikölle. Ensihoitoyksikkö suorittaa tehtävän kiireellisyysluokassa D (kiireetön tehtävä) ja tehtäväkoodilla (H 48).

Ensihoitoyksikkö suorittaa hoidon tarpeen arvioinnin ja tarvittavat toimenpiteet tähän liittyen ikäihmisen perhekodeissa. Lisäksi ensihoidon henkilöstö on tarvittaessa yhteydessä päivystävään lääkäriin. Perhehoidossa olevan ikäihmisen tilanteen mukaan hän voi jäädä kotiin tai hänelle valitaan tilanteeseen sopiva kuljetusmuoto ja hoitopaikka.

7.2 Toimintamallin toteutuminen ikäihmisten perhekodeissa

Lopullinen arviointi ja palaute toteutettiin perhehoitajille kyselyllä, jossa näkyi myös ikäihmisen ja hänen omaisensa mielipide. Kaikki mukana olleet ikäihmisten perhehoitajat antoivat arvioinnin sekä palautteen. Ikäihmisistä osa pystyi vastaamaan itse heille esitettyihin kysymyksiin ja näin antamaan palautetta perhehoitajan kirjaamana. Ikäihmisten omaiset vastasivat myös palautteisiin ikäihmisten puolesta sekä omaisen näkökulmasta. Lisäksi potilastietojärjestelmästä (Saku) kerättiin ensihoitajien antamat palautteet. Ensihoidon kenttäjohtajilta saadun suullisen palautteen mukaan toimintaohje on ollut toimiva ja kehitetty toimintamalli sujuva. Ensihoitajien potilastietojärjestelmään kirjaamien palautteiden mukaan toteutuneet hoidon tarpeen arvoinnit ovat olleet aiheellisia ja tarpeellisia. Ensihoitajien palautteen mukaan yhteistyö perhehoitajien kanssa on ollut toimivaa ja molemmin puolin rakentavaa. Ensihoitajat kirjasivat palautteisiin asiakaslähtöisyyden toteutuneen kaikissa tehtävissä. Ensihoitajat kertoivat, että he saivat kenttäjohtajalta selkeät ohjeet lähtiessään toteuttamaan hoidon tarpeen arviointia ikäihmisten perhekotiin.

Hoidon tarpeen arvioinnin tavoitteena on tukea ikäihmistä ja asiakaslähtöisyyttä muun muassa ikäihmisten päivystyskäyntien vähentämiseksi. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan aikana ilmeni, että yli kymmenessä tapauksessa perhehoidossa oleva ikäihminen säästyi päivystyskäynniltä. Ikäihmisen tarvitsema hoito pystyttiin antamaan ensihoitajan toimesta perhekodeissa. Perhekodeissa toteutettu hoito antoi ikäihmisten perhehoitajalle mahdollisuuden jatkaa päivittäisiä tehtäviä ilman, että hänen tarvitsi lähteä käyttämään ikäihmistä lääkärissä. Perhehoitaja välttyi myös sijaisen etsimiseltä ja palkkaamiselta lääkärissä käynnin ajaksi. Per-

hehoitajat kertoivat palautteissaan, että jo tietoisuus siitä, että heillä on mahdollisuus pyytää apua, lisäsi turvallisuuden tunnetta perhehoitajan työhön. Toimintamallin arvioinnin tuloksia esitetään kolmen pääteeman mukaan.

Prosessin sujuvuus

Prosessin sujuvuuden osalta seurattiin sitä, kuinka toimintaohjeet toimivat ja onko tarve mahdollisille muutoksille. Väliarvioinnin perusteella toteutimme ensihoidon kenttäjohtajille perehdytyspäivän, jossa käytiin läpi uudelleen toimintaohje. Lisäksi kenttäjohtajien ehdotuksen mukaan selkeytettiin ohjeistusta, miten ja milloin uusia kenttäjohtajia perehdytetään. Perhehoitajilta tulleen palautteen mukaan, lukuun ottamatta yhtä poikkeustapausta, prosessi sujui hyvin. Perhehoitajat kokivat, että heidät otettiin huomioon ikäihmisen sen hetkisen tilanteen asiantuntijana ja he tulivat kuulluksi.

”Toimi erittäin hyvin kaikki, selkeä toiminta, ei kyseenalaistettu työntekijän omaa arviota.”

Prosessin sujuvuuden osalta perhehoitajat kirjasivat palautteeseen, että perhehoitajat saivat nopeasti yhteyden ensihoidon kenttäjohtajaan ja ensihoito tuli paikalle ja toteutti hoidon tarpeen arvioinnin palautteiden mukaan hyvin.

”Toiminta meni hyvin, puhelimeen vastattiin heti, ensihoidon kenttäjohtaja ilmoitti, milloin ensihoito tulee paikalle.”

Yhteistyötä ensihoidon ja ikäihmisten perhehoidon välillä perhehoitajat kuvasivat sanoilla erittäin hyvä, ammatillinen ja arvostava. Perhehoitajat kertoivat, että perhehoitajan omaa arviota asiakkaan tilanteesta ei kyseenalaistettu ja tämä lisäsi tunnetta siitä, että moniammatillisuus toteutui parhaimmillaan.

”Kiireetön keskustelu, jossa kumpikin osapuoli esitti kysymyksiä ja perhehoitajana sain mielipiteen, joka oli ratkaisevassa asemassa ikäihmisen jatkoon kannalta. Lisäksi ikäihmistä itseään kuultiin”

Asiakaslähtöisyys ja osallisuus

Asiakaslähtöisyyden ja osallisuuden osalta kehittämistehtävässä haluttiin huomioida sekä perhehoidossa olevan ikäihmisen ja omaisen näkökulma. Palautteissa ilmeni, että asiakaslähtöisyys toteutuu esimerkiksi tilanteissa, joissa ikäihmisen vointi huonontuu nopeasti minkä takia taksikyydit ovat mahdottomia toteuttaa. Toimintamalli on vähentänyt perhehoidossa olevien ikäihmisten päivystyskäyn-
tejä.

”Erittäin tarpeellinen, huomioivat asiakkaan ja on erittäin asiakasläh-
töistä toimintaa.”

Lisäksi palautteiden mukaan osallisuus toteutui, kun ikäihminen otettiin osaksi hoidon tarpeen arviointia ja ikäihmistä kuunneltiin. Perhehoitaja kirjoitti palautteessa myös omaisten hyötyvän ikäihmisen hoidon tarpeen arvioinnista. Omaisten mukaan tämä luo turvallisuuden tunteen, kun asiantuntijat ovat todenneet ikäihmisen tilanteen.

”Kaikki hyötyivät hoidon tarpeen arvioinnista. Erityisesti ikäihminen mutta myös hänen omaisensa. Ikäihminen saatiin nopeasti ja ajoissa tarvittavan hoidon piiriin ja turhat spekulatiot jäivät pois”

Perhehoitaja kirjoitti palautteessa, että on informoinut omaisia jokaisesta hoidon tarpeen arvioinnista. Omaiset ovat kokeneet toimintamallin hyvin hyödylliseksi ja kertoneet voivansa olla rauhallisin mielin.

”Luo turvallisuuden tunnetta, kun asiantuntijat tulevat paikalle, saa samalla jo laboratoriotuloksetkin.”

Palautteesta nousi esille myös se, että mikäli ensihoito ei olisi tullut ikäihmisen luokse olisi kuljettaminen päivystykseen lisännyt ikäihmisessä levottomuutta ja useamman päivän sekavuutta. Useampi perhehoitaja kirjoitti palautteessa, että

ilman hoidon tarpeen arviointia ikäihmisen terveydentila olisi ehtinyt huonontua huomattavasti ennen lääkityksen aloittamista.

”Hyödyllistä toimintaa, asiakkaat kokivat olonsa turvalliseksi, kun oli tutkittu ja lääkärin ohjeilla sai jäädä perhekotiin.”

Palautteiden mukaan perhehoitajat kokivat asiakaslähtöisyyttä lisäävän se, että heillä on lupa soittaa ensihoidon kenttäjohtajalle matalalla kynnyksellä. He kuvasivat, että ikäihmisen terveydentila voi vaihdella yllättäen ja muuttua huomaamattomasti huonoksi.

”Matala yhteydenottokynnys tukee asiakaslähtöisyyttä”

Perhehoitajien tuki

Perhehoitajana toimimisen tukemiseen liittyvässä teemassa pyrittiin saamaan esille, tukeeko hoidon tarpeen arviointi perhehoitajaa työssään. Saatujen kirjallisten palautteiden mukaan hoidon tarpeen arviointi on ensisijaisesti tuonut turvallisuutta lisää perhehoitajan tehtävässä toimimiseen. He kirjoittivat palautteissaan, että toimintamalli tukee perhehoitajaa tehtävässään erityisesti silloin, kun heidän ei tarvitse lähteä kuljettamaan ikäihmistä lääkäriin.

Toimintamalli tuki myös siinä, ettei heidän ei tarvinnut etsiä itselleen sijaista ikäihmisen lääkärissä käynnin ajaksi. Erityisesti yksin toimivat perhehoitajat kokivat tuen merkityksen suureksi.

Toimintamalli on koettu arjen työtilanteita helpottavaksi ja sujuvaksi. Turvallisuuden tunne ja varmuus erilaisissa hoitotilanteissa on lisääntynyt perhehoitajien, asiakkaiden ja heidän omaistensa kokemusten mukaan. Molemminpuolinen vuorovaikutus hoidon tarpeen arvioinnin tilanteissa on lisääntynyt ja selkeytynyt tehtävien määrän myötä. Perhehoitajat kokivat, että apua ja neuvoa saa jo ensimmäisestä puhelinsoitosta alkaen.

”Meillä on joku turva ja tietoisuus just semmoisissa vähän kiikun kaakun olevissa tilanteissa varsinkin aloitteleville perhehoitajille. Tämä on niin yksinäistä työtä ja kotihoito on niin kiireinen”

”Tämä on tärkeä lisä muiden tukitoimien rinnalla. Ikäihmisten perhehoitajille on niin vähän tarjolla tukitoimia ja tämä antaa henkistä varmuutta työhön”

Erityisesti perhehoitajat, jotka toimivat yksinään, kokivat hoidon tarpeen arvioinnin toimintamallin tuovat turvaa heidän arkeensa.

”Tämä luo turvallisuuden tunteen minulle perhehoitajana, kun tämä on niin yksinäistä työtä”

”Ensin olisin joutunut etsimään sijaisen päästääkseni käyttämään häntä lääkärissä. Lisäksi olisi ollut hyvin epävarmaa, että olisimme saaneet ajan samalle päivälle”

Lisäksi perhehoitajat kokivat, että toimintamalli tuki heitä, kun ammattilainen arvioi ikäihmisen tilanteen. Osa kirjoitti palautteessaan, että lopulta oma arvio oli ollut myös oikea. Heidän työtään tuki vahvistus ensihoidon ammattilaisilta.

”Arviointi tuo itselle varmuutta omaan työskentelyyn.”

Perhehoitajat toivat esille palautteissa tilanteita, jossa ikäihmisen tila oli epävarma ja tarvitsivat ammattilaisen tekemän hoidon tarpeen arvioinnin. Kehittämissuhteiden aikana on ollut tilanteita, joissa kenttäjohtaja on ohjeistanut perhehoitajaa soittamaan suoraan hätäkeskukseen. Tämä tilanne koettiin heidän työtään tukevaksi, kun he saivat ohjeita ammattilaiselta omalle toiminnalleen.

”Saatiin todella hyvää palvelua. Hoitoon pääsy olisi saattanut viivästyä ilman tätä.”

Yhdessä palautteessa kerrottiin, että toimintamalli tuki ratkaisevasti. Perhehoitajalla oli ollut huoli ikäihmisen terveydestä pidemmän ajan, mutta hän oli jäänyt yksin tilanteessa. Lopulta hoidon tarpeen arviointi toi varmuuden tilanteessa toimimiseen, avun ikäihmiselle ja oli henkisesti tärkeä apu perhehoitajalle.

”Kokemuksen perusteella olen tyytyväinen, selkiyttää yksin työskentelevän perhehoitajan työtä, yksi numero, mistä saa tietoa ja tukea, ei tarvitse jonottaa.”

8 Pohdinta

Opinnäytetyön tulosten tarkastelun perusteella voidaan todeta, että kiireetön hoidon tarpeen arviointi ikäihmisten perhehoidossa on perusteltua, asiakaslähtöistä ja perhehoitajan työtä tukevaa sekä Siun soten strategian mukaista toimintaa. Erityisesti toimintamalli palvelee perhehoidossa olevaa ikäihmistä. Hoidon tarpeen arviointi tapahtuu ikäihmisen ehdoilla hänelle tutussa ympäristössä. Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan aikana ilmeni, että hoidon tarpeen arvioinnin toteutuminen voi olla yhtä aikaa ikäihmistä, perhehoitajaa, omaista ja hänen läheistään sekä kuntayhtymää tukevaa toimintaa. Opinnäytetyössä keskeisenä käsitteenä oli asiakaslähtöisyys ja sen toteutuminen. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että hoidon tarpeen arviointi ikäihmisten perhehoidossa oli asiakaslähtöistä toimintaa.

Vaikuttavuuden näkökulmasta tarkasteltuna hoidon tarpeen arvioinnin toteuttaminen perhehoidossa vähensi ikäihmisten päivystyskäyntejä sekä perhehoitajan sijaisen tarvetta. Ensihoidon henkilöstön mahdollisuus konsultoida päivystävää lääkäriä ja antaa asiantuntijan arvio ikäihmisen tilanteesta, tukivat ikäihmisten perhehoitajaa työssään. Voidaankin kysyä, onko perhehoitajana toimimisen tukeminen myös lisäämässä vaikuttavuutta. Kehittämistoiminnan aikana ilmeni, että ikäihmisen kuljettaminen lääkäriin voi lisätä sekavuutta ja huonovointisuutta. Hoidon tarpeen arvioinnin toteuttaminen ikäihmiselle tutussa ja turvallisessa ympäristössä vaikutti ikäihmisen henkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä tätä kautta koko perhehoidon toimintaan.

Opinnäytetyön kehittämistoiminnan aikana ilmeni, että ikäihmisten perhehoidossa toteutettavan hoidon tarpeen arviointi vaatii jatkuvaa seuranta ja kehittämistä. Kehittymisen kannalta todettiin tärkeäksi, että uusien työntekijöiden ja perhehoitajien perehdytys on säännöllistä. Ensihoitajien suuren määrän takia haasteena on, että hoidon tarpeen arviointi saadaan pysymään perhekoodissa-laadukkaana. Tehtävien määrä on pieni verrattuna muihin ensihoitotehtäviin, joten ensihoidon kenttäjohtajilta vaaditaan jatkuvaa seuranta ohjeiden noudattamisesta.

Kehittämistehtävän aikana nousi esille, että perhehoito käsitteenä on osittain tuntematon. Osa ensihoitajista toi esille, että perhehoito on täysin tuntematon hoitomuoto. Ensihoitajan konsultoidessa lääkäriä ikäihmisen tilanteesta, ilmeni että osa lääkäreistä myöskään tuntenut perhehoitoa. Ikäihmisten perhehoito käsitettiin usein ikäihmisten asumisyksiköksi, jossa työskentelee terveydenhuollon ammattilainen. Kehittämistoiminnan tuloksena voidaan todeta, että perhehoito on osittain tuntematon hoivamuoto terveydenhuollon ammattilaisille. Perhehoidon tietoisuuden lisääminen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten keskuudessa on tärkeä tavoite, kun perhehoitoa pyritään lisäämään ja pitämään laadukkaana.

8.1 Opinnäytetyön prosessi ja tuotosten tarkastelu

Ikäihmisten perhehoidosta on tutkittua tietoa yllättävän vähän ja yleisestikin tietoa perhehoidosta löytyy vähän. Perhehoidossa asuu lukumääräisesti vähän ikäihmisiä ja tämä on suhteellisen uusi toimintamuoto. Perhehoito eroaa muista asumisen muodoista ja siitä tarvitaan lisää tutkimuksia. Perhehoitoon liittyy historiallista painolastia sekä mielikuvia iäkkäiden huonosta kohtelusta. Tutkimukset, joita on tehty, ilmentävät perhehoidon ristiriitaisuudet. (Tammelin & Ilmarinen 2013, 264.)

Tammelin ja Ilmarisen (2013, 264) mukaan perhehoidosta tehtyihin selvityksiin huonolle maineelle ei ole perusteita. Tämän päivän perhehoito on hyvin erilaista

kuin lähes sata vuotta aiemmin. Perhehoito ei käy kaikille ikäihmisille eikä se ratkaise kaikkia ikäihmisten asumisen ongelmia. Perhehoitajan työkään ei sovi kaikille. Tammelin ja Ilmarinen pohtivat tutkimuksessaan, pitäisikö muuttaa käsitettä perhehoito esimerkiksi ikääntyneiden perheasumiseksi. Auttaisiko käsitteen muutos tuomaan paremmin esille ikäihmisten osallisuuden sekä itsemääräämisoikeuden. (Tammelin & Ilmarinen 2013, 265.)

Ikäihmisten perhehoitoa lisätään valtakunnallisesti ja perhehoidossa olevat ikäihmiset ovat yhä iäkkäämpiä. Tavoitteena on löytää ikäihmisille uusia hoivan-, huolenpidon ja asumisen muotoja väestön ikääntyessä ja suurten ikäluokkien noustessa tähän ryhmään. Tämä tarkoittaa sitä, että palveluiden tarve lisääntyy taloudellisten resurssien ollessa rajallisia. Uusien toimintatapojen ja tuen muotojen kehittäminen nähdään tärkeänä nyt ja tulevaisuudessa. (Tammelin & Ilmarinen 2013, 261.)

Lingvistin (2017) tekemän tutkimuksen mukaan esille nousi, että perhehoidon kehittäminen vaatii riittävästi resursseja. Lisäksi tutkimuksessa nousi esille, että perhehoidon kehittämisen tulee olla osa kunnan tai kuntayhtymän organisaation strategiaa ja organisaation johto on keskeisessä osassa asiakaslähtöisen palvelukulttuurin, toimintatapojen sekä rakenteiden kehittämisessä. Tässä opinnäytetyössä kehittäminen tehtiin organisaation toimeksiannosta peilaten Siun soten strategiaan. Strategian mukaisesti asiakaslähtöisyys oli yksi opinnäytetyön keskeisimmistä käsitteistä. Lingvistin tutkimuksessa jatkotutkimusaiheiksi oli nostettu muun muassa perhehoitajien saaman tuen merkitys perhehoitotyön jatkamiselle ja asiakaslähtöisyyden toteutuminen ikääntyneen perhehoidossa. Tässä opinnäytetyössä saatiin vastauksia molempiin aiheisiin.

Perhehoitajan on kyettävä huomioimaan perhehoidossa olevan ikäihmisen tarpeista ja vastaamaan niihin. (Perhehoitolaki 2015/263 1 §). Hänen on kyettävä huolehtimaan ikäihmisen avun saannista sekä muista perhehoidossa olevista ikäihmisistä samanaikaisesti. Perhehoitajalle tarjottava tuki ja yhteistyö muiden Siun soten työntekijöiden kanssa ovat tukemassa kaikkia perhehoidossa olevia ikäihmisiä.

Perhehoito on inhimillisen ja turvallisen kodin sekä hoivan tarjoava asumisen vaihtoehto ikäihmiselle (Perhehoitoliitto 2019). Perhehoitajalla voi kuitenkin olla lähes mahdotonta lähteä kuljettamaan sairastunutta ikäihmistä lääkäriin. Tämä tarkoittaisi sitä, että hän tarvitsee sijaisen, joka huolehtisi muista ikäihmisistä. Sijaisen saaminen vie usein oman aikansa ja myös lääkäriajan saaminen voi siirtyä useamman päivän päähän. Ikäihmisen kunto voi romahtaa ja sairaus pahentua hyvinkin nopeasti. Ikäihmisen kuljettaminen lääkäriin joskus pitkänkin matkan takaa, voi olla sairaalle ikäihmiselle henkisesti ja fyysisesti rasittavaa sekä hämmentävää. Kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin tarjoaminen ikäihmisten perhehoitoon on tukemassa ikäihmistä, perhehoitajaa ja ikäihmisten omaisia.

Ikäihmisten perhehoidossa on tärkeää huomioida se, että kunnalla ja kuntayhtymällä on vastuu ikäihmisten hoidosta ja huolenpidosta sekä perhehoitajan toiminnan tukemisesta. Tämä tarkoittaa sitä, että myös ikäihmisten perhehoidossa olevalle ikäihmiselle on taattava turvallinen ja asiakaslähtöinen arki. Raatikaisen (2005, 88–90) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisella on vastuu asiakaslähtöisyyden toteutumisesta, asiakkaan hyvinvoinnin ja terveyden sekä elämäntilanteen tukemisesta. Siun soten toiminta- ja taloussuunnitelmassa on ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä vahvistettu muun muassa ikäihmisen hyvän elämänlaadun edistäminen, itsemääräämisoikeuden sekä arjen turvaaminen. (Siun sote 2018, 29.)

Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävät saavutettiin suunnitelmien mukaisesti. Hoidon tarpeen arvioinnin toimintaohjeita kehitettiin ideariihessä yhdessä ikäihmisten perhehoitajien ja ensihoidon kenttäjohtajien kanssa. Väliarvioinnilla ja palautteen keräämisellä pystyttiin uudelleen suuntaamaan kehittämistoimintaa. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta oli spiraalimallin mukainen pitkäjänteinen prosessi. Prosessi piti sisällään kehittämistoiminnan perusteluja, organisointia, toteutusta ja arviointia. Tämän prosessin aikana kehittämistoiminta tarkentui. Kehittämisen tuloksellisuus riippuu kehittämisprosessin aikana toteutuneiden kehien määrästä (Toikko & Rantanen 2009, 67).

Tutkimuksellisen kehittämistoiminnan spiraaliajattelun mukaisesti kehittämissyömme ensimmäinen spiraali piti sisällään ideariihen ja toimintaohjeen suunnittelun, toteutuksen, väliarvioinnin sekä toiminnan uudelleen suuntaamisen. Toinen spiraali perhehoitajien ja ensihoitajien kirjalliset palautteet ja kenttäjohtajien suulliset palautteet. Viimeinen sykli muodostui tulosten vertailusta, arvioinnista ja raportoinnista.

Kiireettömän hoidon tarpeen arvioinnin toteuttaminen ikäihmisten perhehoidossa lähti osittain perhehoitajien toiveesta ja hallituksen kärkihankkeessa (AVOT-hanke) tehdystä kehittämistyöstä ikäihmisten kotihoitoon sekä ikäihmisten perhehoitoon. AVOT-hankkeessa oli lisätty ikäihmisten perhehoitoa sekä kehitetty uusia toimintamalleja ja tuen muotoja ikäihmisten perhehoitoon. Lisäksi hankkeen aikana ikäihmisten kotihoidossa oli otettu käyttöön kiireetön hoidon tarpeen arviointi. AVOT-hanke jätti jälkeensä vision, johon oli muun muassa kirjattu uusien tuen muotojen sekä toimintamallien kehittäminen ikäihmisten perhehoitoon.

Tulosten käyttökelpoisuuden sanotaan määrittelevän kehittämistoiminnan luotettavuutta (Toikko & Rantanen 2009, 121). Saatua lopputulosta pitää voida käyttää kohteena olevassa organisaatiossa. Sen pitäisi olla mahdollisesti myös siirrettävissä toisiin toimintaympäristöihin. Tutkimuksen ja kehittämisen tulosten käyttökelpoisuutta voi arvioida kahdesta näkökulmasta. Ensimmäinen on prosessin onnistuminen ja toinen näkökulma on kehittämistoiminnan tulokset. (Toikko & Rantanen 2009, 125–126.) Kiireetön hoidon tarpeen arviointi ikäihmisten perhehoidossa nähdään tärkeäksi osaksi ikäihmisten perhehoitoa ja jää pysyväksi toimintamalliksi Siun soten ensihoidon ja ikäihmisten palveluita.

8.2 Tutkimuksellisten kysymysten arviointi

Kehittämistoiminnan arvioinnin tehtävänä on saada tietoa ja näyttöä kehitettävästä asiasta. Arvioinnin avulla saadaan tietoa muun muassa missä onnistuttiin ja missä taas ei. Lisäksi kehittämistoiminnan arvioinnilla pyritään saamaan vaikuttavuuden näkökulma esiin. (Toikko & Rantanen 2009, 82–83.)

Ensimmäisenä arviointitapana opinnäytetyössä käytettiin osallistavaa arviointia. Toikon & Rantasen (2009, 61–62) mukaan osallistava arviointi antaa äänen jokaiselle. Siinä ei etsitä ongelmia, vaan vahvuuksia ja tämän luonne voidaan kuvata arvostavaksi näkökulmaksi. Tässä kehittämistehtävässä osallistavalla arvioinnilla haluttiin saada esille lähtötilanne, kehittämiseen liittyvät odotukset, yhteisen ymmärryksen ja yhteiset tavoitteet. Arviointitavat vaihtelivat kehittämistehtävän etenemisen myötä. Tulokset eivät kuitenkaan sellaisenaan kerro kaikkea, vaan tuloksista on nostettava olennaiset seikat esiin. Tuloksissa on osoitettava merkitsevyydet ja rajoitukset sekä tehtävä niistä oikeat johtopäätökset. (Hirsjärvi ym. 2010, 264.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimuskysymykset oli jaettu kolmeen teemaan. Ensimmäinen teema oli prosessin sujuvuus. Tällä teemalla saatiin vastauksia prosessin toimivuudesta, yhteistyöstä ensihoidon ja perhehoidon välillä sekä syitä hoidon tarpeen arvioinnin pyytämistä. Toinen teema oli osallisuus ja asiakaslähtöisyys. Teeman alle saatiin vastauksia perhehoidossa olevan ikäihmisen näkemyksistä ja kokemuksista hoidon tarpeen arvioinnista sekä asiakaslähtöisyyden toteutumisesta. Lisäksi teema nosti esille ikäihmisten omaisten näkökulman aiheeseen osallisuus sekä asiakaslähtöisyys. Viimeinen teema oli perhehoitajan tuki. Tämän teeman alle nousi vastauksia perhehoitajien kokemuksista ja näkemyksistä, kuinka hoidon tarpeen arviointi vaikutti heidän työhönsä.

Tutkimuskysymyksillä prosessin sujuvuudesta saatiin vastauksia koko kehittämisprosessin ajan, jonka jälkeen prosessia uudelleen suunnattiin. Perhehoitajien lisäksi prosessin sujuvuuden osalta vastauksia saatiin myös ensihoitajilta sekä ensihoidon kenttäjohtajilta. Osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden osalta vastauksia saatiin myös ikäihmisiltä ja heidän omaisiltaan. Asiakaslähtöisyys oli pääteemana opinnäytetyössä ja saimme mielestämme hyvän tuloksen tällä tutkimuskysymyksellä. Lisäksi olimme tyytyväisiä siihen, että perhehoitajat vastasivat huolella ja monisanaisesti kaikkiin kysymyksiin.

8.3 Osallisuuden arviointi

Asiakkaiden osallistumista palveluun ja palveluiden kehittämiseen pidetään tärkeänä ja ennen kaikkea asiakaslähtöisenä. Tällä turvataan ja taataan oikein kohdistuvat palvelut, jotka ovat lähtöisin asiakkaiden tarpeista. Palveluiden kehittämisen tarve voi nousta itse asiakkailta. Pääasia palveluiden kehittämisessä on, että asiakkaan tarpeet ohjaavat kehittämistyötä. Kehittämismallit voidaan jakaa perinteisen kehittämismallin mukaan ja asiakasta osallistavan, asiakaslähtöisen kehittämismallin mukaan. Osallistavassa asiakaslähtöisessä kehittämistoiminnassa asiakas on mukana konkreettisesti kehittämistyössä. Tarve kehittämiselle nousee asiakkaalta, jonka jälkeen asiakas on suunnittelussa mukana. Tämän jälkeen valitaan yhdessä paras ratkaisu ja asiakas testaa sekä käyttää palvelua. Tämän seurauksena syntyy käyttäjäkokemus, joka syventää asiakasymmärrystä. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 35–36.)

Mikäli asiakas jää kehittämistoiminnan ulkopuolelle on mahdollista, että sosiaali- ja terveystyöpalvelut kehittävät palvelulähtöisesti uusia palvelumuotoja eikä asiakkaan tarve ja tieto tule näkyväksi kehittämistyössä. Tämän seurauksena asiakkaan tarpeet ja palvelut eivät kohtaa eikä asiakas ole tyytyväinen palveluihin. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 58.) Tässä opinnäytetyössä toteutettiin osallistavaa asiakaslähtöistä kehittämistoimintaa. Perhekohtaisessa asuvan ikäihmisen on tärkeää kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi. Turvallisuus merkitsee ennen muuta sitä, että iäkäs ikäihminen tietää saavansa tarvitsemaansa välttämätöntä apua kohtuullisessa ajassa. Asiakkaana olivat perhehoidossa olevat ikäihmiset sekä ikäihmisten perhehoitajat. Kehittämistehtävän tarve nousi asiakkaiden tarpeista. Ikäihmisten perhehoitajat olivat mukana suunnittelemassa, toteuttamassa sekä arvioimassa kehittämistoimintaa koko prosessin ajan. Tässä opinnäytetyössä osa ikäihmisistä ja heidän omaisista osallistui kehittämistoimintaan. Perhehoidossa on kuitenkin paljon huonokuntoisia ikäihmisiä, jotka eivät kykene enää osallistumaan itse kehittämistoimintaan muutoin kuin asiakkaana. Onkin tärkeää, että myös heidän äänensä tulee kuulluksi omaisen tai perhehoitajan kautta.

8.4 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Työelämälähtöisessä kehittämistoiminnassa on otettava huomioon sekä kehittämistyön toimintaympäristön ja tieteen tekemisen ja tutkimuksellisen kehittämistoiminnan eettiset säännöt. Kehittämistyö on tehtävä rehellisesti ja huolellisesti, noudattaen tarkkuutta tutkimuksen tekemisessä sekä tulosten esittämisessä ja arvioimisessa. Kehittämistehtävän tulosten odotetaan hyödyntävän käytäntöä. Kehittämistehtävän alkumetreillä on käytävä läpi, miksi tähän tehtävään ryhdytään ja kenen ehdoilla juuri tämä tehtävä valitaan. Lisäksi on eettisesti oikein pohdittava kuka päättää lopullisen aiheen kehittämistehtävälle. Kehittämistehtävän luonteeseen kuuluu myös huomioida työn yhteiskunnallinen merkitys. (Kuula 2011,34–35; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 48–49.)

Tämän opinnäytetyön ensimmäinen eettinen valinta tehtiin jo aihetta valittaessa. Ikäihmisten perhekodit sijaitsevat enimmäkseen harvaan asutulla alueella ja perhehoitajat työskentelevät usein yksin useamman ikäihmisen kanssa. Perhehoitajissa on entistä huonokuntoisempia ikäihmisiä, jotka tarvitsevat luonnollisesti myös enemmän sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Ikäihmisten perhehoitoa on lisätty ja kehitetty viimeisen hallituskauden aikana ja nykyinen hallitus jatkaa ikäihmisten perhehoidon kehittämisen tukemista.

Tutkimuksessa on hyvä heti alussa käydä läpi sen pelisäännöt, luotettavuus ja anonymiys. On myös hyvä kertoa, miten aineistoa käytetään ja säilytetään ja mainita, jos lomakkeet hävitetään tutkimuksen jälkeen. Tutkimusaineisto säilytetään ja käsitellään aina niin, ettei tutkimukseen osallistuneiden yksityisyys vaarannu missään tilanteessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 24–24; Kuula 2011, 122, 208.) Opinnäytetyöhön osallistujille kerrottiin henkilökohtaisesti tutkimuksellisen kehittämistehtävän pelisäännöt ja eettisyyden sekä luotettavuuden periaatteet. Käytiin läpi mitä tietoja kerätään, miksi ja miten sekä mihin tietoja käytetään. Lisäksi heille kerrottiin, kuinka tietoja säilytetään ja milloin ja miten nämä hävitetään. Opinnäytetyössä hyödynnettiin potilastietojärjestelmän (Saku) palauteosiota. Saku-ohjelmasta kerättiin anonymisti ensihoitajien hoidon tarpeen arvioinnin palautteet. Perhehoitajien ja perhehoidossa olevien ikäihmisten henkilötietoja ei kerätty eikä käytetty missään vaiheessa.

Tutkimukselliseen kehittämistoimintaan osallistuvien pitää voida luottaa siihen, että tutkimustiedot ovat luottamuksellisia eikä niitä käytetä mihinkään muuhun kuin sovittuun tarkoitukseen. Tietoja ei myöskään luovuteta ulkopuolisille. Osallistujilla on oikeus olettaa, että kehittämistoiminnasta vastaava on vastuuntuntoinen ja noudattaa sopimuksia. Kehittämistoimintaan osallistuvilla on tietty suoja tutkimukseen liittyen. Heidän oikeutensa ja hyvinvointinsa pitää turvata. Kaikki tutkimustiedot ovat luottamuksellisia, niitä ei saa luovuttaa kenellekään ulkopuoliselle tai käyttää mihinkään muuhun kuin kehittämistehtävässä sovittuun tarkoitukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 131,133.) Tutkimuksissa on tärkeää, ettei yksittäistä ihmistä voida tunnistaa, joten tutkimuksen tuloksia ei kirjata yksilötasolla. Eettisesti on merkittävää, miten tutkimuksessa kerrotaan tutkimukseen osallistuvista. Mitään epäkunnioittavaa tai kielteiseen sävyyn ilmaistua ei saa tuoda esiin, koska se tuo tutkimukseen osallistuneille pahaa mieltä. Tutkimus selvittää tutkimukseen valittua kohdetta eikä kohtele tai leimaa osallistujia negatiivisessa valossa. (Kuula 2011, 205–206.)

Tässä opinnäytetyössä luotettavuuden arviointi on ollut osa prossia. Osallistujien henkilötietoja ei kerätty ja kyselylomakkeet käsiteltiin anonyymisti sekä tulokset kirjattiin yleisellä tasolla. Opinnäytetyössä pyrittiin kuvaamaan tarkasti prosessin kaikki vaiheet ja kiinnitettiin huomiota opinnäytetyön raportin rakenteeseen ja sisältöön. Käytimme osin hyväksi tutkimusaineistoon ja -menetelmiin liittyvää triangulaatiota. Aineistoa kerättiin ikäihmisten perhehoitajilta, ikäihmisiltä, omaisilta sekä ensihoidon henkilöstöltä. Tieteelliselle tiedolle on asetettu vaatimuksia ja tämä opinnäytetyö suunniteltiin, toteutettiin ja raportoitiin näiden vaatimusten mukaisesti. Hyviä tutkimusperiaatteita noudatettiin ja huomioitiin sekä luotettavuus että eettinen näkökulma koko prosessin ajan. Tarvittavat luvat ja suostumukset selvitettiin tutkimuksen alkuvaiheessa. Opinnäytetyöhön osallistujat osallistuivat tutkimukselliseen kehittämistoimintaan vapaaehtoisesti.

Kehittämistyö on inhimillistä toimintaa ja tapahtuu vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Tämän vuoksi kehittämistyössä on kyse samoista eettisistä säännöistä kuin yleensäkin ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja yhteiskunnassa.

Kehittämistyössä on huomioitava, että toiminnassa mukana olevien ihmisten rajoitukset ja vajaavaisuudet ovat kehittämistyön rajoituksia ja vajavaisuuksia. Eettisyys kulkee mukana ja on sisäänkirjoitettu tiedon hankinnassa ja tutkimuksen suunnittelussa. Suunnittelu ja toteutus tehdään tieteellisen tiedon vaatimusten mukaisesti. (Kuula 2011,34–35; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 48.)

Halusimme kiinnittää huomiota moneen tärkeään asiaan. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tieteellisten kriteerien mukaiseen toimintakäyttöön sekä vaihtoehtoihin, jotka ovat myös eettisesti kestäviä. Huomioimme omat ja muiden osallistujien vajaavaisuudet osana kehittämisprosessia pyrkien mahdollisimman hyvään lopputulokseen.

Plagiointi tai tiedon väärentäminen eivät kuulu luotettavaan ja hyvään tutkimukseen eettisesti katsottuna (Kuula 2011, 29). Tekstin tuottaminen ja esittäminen pitää olla aina omaa tuottamista omissa nimissä. Mikäli käyttää toisen henkilön tekstiä, lähdeviite on aina merkittävä selkeästi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 26, 122.) Opinnäytetyössä ilmenee, että tutkimuksessa käytetty aineisto on itse kerätty. Saadut tutkimuksen tulokset kuvattiin totuudenmukaisesti. Koko tämän opinnäytetyöhön liittyvän prosessin aikana pyrittiin myös tarkkoihin ja asianmukaisiin lähdeviitteisiin sekä tiedostamaan, ettei esitä muiden tuottamaan tietoa omana.

8.5 Toimintamallin arviointi, juurruttaminen ja jatkokehitys

Toimintamalli on tarkoitus juurruttaa osaksi Siun soten ensihoitoa ja ikäihmisten perhehoitoa. Kiireetön hoidon tarpeen arviointi ikäihmisten perhekodeissa on toimiva ja sovellettavissa moneen muuhunkin asiakasryhmään. Ikäihmisten perhehoitoa on lisätty ja kehitetty valtakunnallisesti. Toimintamalli on hyvin myös sovellettavissa Siun soten ulkopuolella tapahtuvaan ikäihmisten perhehoitoon. Lisäksi toimintamalli on sovellettavissa muihin palveluihin, missä tarvitaan kiireetöntä hoidon tarpeen arviointia.

Opinnäytetyömme aihe on mielestämme ajankohtainen. Ikäihmisten perhekoteja tulee olemaan lähitulevaisuudessa enemmän ja toimintaa tulee kehittää luomalla uusia toimintamalleja. Opinnäytetyön aikana syntyi toimintamalli perhekoteihin ensihoidon toteuttamaan hoidon tarpeen arviointiin. Ikäihmisten perhehoitajan työtä tukemalla perhehoidossa oleva ikäihminen tulee myös huomioiduksi. Elämä perhekodissa on muutakin kuin välttämättömistä tarpeista huolehtimista. Perhehoidossa on iäkkäitä ihmisiä ja heillä on erityisesti muistamiseen liittyviä sairauksia. Arjen turvallisuuden ja asiakaslähtöisen toiminnan lisääminen perhekodeissa vahvistaa myös perhehoidon arvostusta.

Jatkokehittämisen aiheina voidaan tutkia hoidon tarpeen arvioinnin kustannusvaikuttavuutta ja sen seuranta Siun soten ikäihmisten perhehoidossa. Toisena jatkokehittämisen aiheena voisi olla perhehoidossa toteutuneiden hoidon tarpeen arviointitehtävien sisällöt ja näiden huomioiminen ikäihmisten perhehoidon kehittämisessä. Lisäksi jatkokehittämistä aiheesta perhehoidossa olevan ikäihmisen ja ikäihmisten perhehoitajan arjen turvallisuuden ja asiakastytyvyyden lisääminen ja näiden vaikutukset ikäihmisen hyvinvointiin.

Lähteet

- Ahonen, O, Blek-Vehkaluoto, M, Ekola, S, Partamies, S, Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. 1. – 2. painos. Helsinki: Pro Sanoma Oy.
- Arajärvi, P. 2014. Vanhuspalvelulaki – Mitä ja miksi? Teoksessa: Mäki-Petäjä, A & Nieminen, L. Vanhuus ja oikeus. Helsinki: Hansaprint Oy.
- Arnkil, T. E. & Seikkula, J. 2009. Dialoginen verkostotyö. Teema 2. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Esa Print Oy. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79883/93ae45f6-b7c4-403f-9dff-643b813972bf.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.11.12.2019
- Arola, A. & Suhonen, L. 2014. YAMK työelämää kehittämässä. Sosiaali- ja terveysalan näkökulmia työhyvinvointiin. Karelia ammattikorkeakoulun julkaisuja. B:25.
- Association of Ambulance Chief Executives. 2011. Taking Healthcare to the Patient 2: A review of 6 years' progress and recommendations for the future. https://www.nwas.nhs.uk/media/79145/taking_healthcare_to_the_patient_2.pdf. 26.9.2019.
- AVOT-hanke 2018. Loppuraportti. Teoksessa Jämsen, A. (toim.) Arvokasta vanhuutta, turvallista arkea. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 11-16. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161255/R_48_2018_AVOT_korj2.pdf. 11.9.2019
- Berchet C, Nader C. The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries. OECD Health Working Papers 2016.
- Brooks, N. & Callaghan, L. 2013. What next for Shared Lives? Family-based support as a potential option for older people. Journal of Care Services Management 7, 87-88. Personal social services research unit. University of Kent. 3.11.2019.
- Castren, M, Kinnunen, A, Paakkonen, H., Pousi, J, Seppälä, J. & Väisänen, O. 2002. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- College of paramedic 2015. Leading the development of the paramedic profession. https://www.collegeofparamedics.co.uk/downloads/Post-Reg_Career_Framework_3rd_Edition.pdf. 26.10.2019
- Cummins, N, Garavan, C, Dixon, M, Landymore, E, Mulligan, N. & O`Donnell, C. 2013. The Advanced Paramedic Clinical Activity Study (APCAS): an insight into the work of advanced paramedics in the mid-west of Ireland: Irish journal of medical science 182.3 (September 2013): 469–475.
- Eksote 2016. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. Liikkuva yhden hengen päivystysyksikkö - Esitys yksikön toimintamalleista, varustelusta, henkilöstön osaamisen hallinnasta ja toiminnan käynnistämisestä.
- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä. <http://www.eksote.fi/eksote/ajankohtaista/2016/Sivut/Yhden-hengen-liikkuva-p%C3%A4ivystysyksikk%C3%B6-aloittaa-Eksotessa.aspx>. 11.1.2020.
- Eskola, J & Suoranta, J. 2005. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Jyväskylä: Vastapaino.

- Haapamäki, E, Huhtala, H, Löfgren, T, Mylläri, E, Seinelä, L & Valvanne, J. 2014. Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Projektin julkaisu nro 3: läkkäät päivystyksen käyttäjinä. 27.10.2019.
- Hakkarainen, P, Kuukkanen, M, Leinonen, R & Sipilä L. 2017. Hyvää perhehoitoa. Toimeksiantosuhteisen perhehoidon tietopaketti. Jyväskylä: Grano.
- Helminen, P & Karisto, A. 2005. Vanhustyö muuttuvassa hyvinvointivaltiossa. Teoksessa: Noppari, E & Koistinen, P. Laatu vanhustyöhön. Tampere: Tammer Paino Oy.
- Heikkilä, A, Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Kehittämistyö, kehittäminen ja kehittyminen. Teoksessa Tutkiva kehittäminen - Avaimia tutkimus-kehittämishankeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heikkilä, K, Salminen, L, Tuomela, K. Turun yliopisto 2017. Uudistuvan sosiaali- ja terveydenhuollon lähtökohtia. Turun hoitotieteen laitoksen julkaisuja tutkimuksia ja raportteja sarja A 78.
- Heikkinen, H.L. T, Rovio, E, Syrjälä, L. 2010. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmä ja lähestymistavat. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Hirsijärvi, S, Remes, P & Sajavaara P. 2010. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kaariston Kirjapaino Oy.
- Hyvärinen, H. 2011. Asiakaslähtöisyyden moniulotteisuus ja toteutumisen haasteet asiantuntijoiden näkemänä. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110374/urn_nbn_fi_uef-20110374.pdf. 10.12.2019.
- Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Keuruu: Otava Oy.
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Väitöskirja Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 18. Helsinki <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-7664-0>. 10.12.2019.
- Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Werner Söderström osakeyhtiö.
- Jalava, U. & Virtanen, P. 1997. Moniammatillinen projektitoiminta. Avain hyvinvointipalvelujen tulevaisuuteen. Tampere: Kustannus Oy Tamara Press.
- Jyväskylän yliopisto 2015. Avoimen yliopiston kauppa. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum.1.9.2019>.
- Kalliomaa-Puha, L. & Kangas, O. 2015. Yhteistä ja yksityistä varautumista – vanhusten hoivan tulevaisuus. Kalevi Sorsa -säätiö. Tartunmaa: Ecoprint.
- Kane, Rosalie A, Kane, Robert L, Hixon Illston L, Nyman John A. & Finch Michael D. 1991. Adult Foster Care for the Elderly in Oregon: A Mainstream Alternative to Nursing Homes? American Journal of Public Health 81 ajph.aphapublications.org. 6.11.2019.
- Karila, K. & Nummenmaa, A. R. 2001. Matkalla moniammatillisuuteen. Kuvaus kohteena päiväkotina. WSOY. Juva: Bookwell Oy.
- Karvonen-Kälkjä, A. 2012. Unohtuuko vanhuus? Oikeustieteellinen tutkimus hallintosopimuksen asianosaissuhteista vanhuksen vaikuttamismahdollisuuden näkökulmasta. Sastamala: Vammalan kirjapaino.

- Kehusmaa, S. 2014. Hoidon menoja hillitsemässä Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/135650/Tutkimuksia131.pdf?sequence=4>. 5.11.2019.
- Kinnunen, A. & Silfvast, T. 2013. Ensihoitopalvelun rakenne. Teoksessa Castrèn, M., Helveranta, K., Korte, H., Laurila, K., Paakkonen, H., Pousi, J. & Väisänen, O.
- Kiteen Evankelinen Kansanopisto. 2019. Ikäihmisten perhehoitaja – valmennus. <http://www.kiteenkansanopisto.fi/koulutus/kurssit/perhehoitovalmennus/4>. 10.2019.
- Koskiahon, B. 2013. Avuton vanhus kaupan. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110782/koskiahon.pdf?sequence=1&isAllowed=y> 19.11.2019.
- Kotilainen, J. 2013. Työ elämäntapana – perhehoitajan henkinen jaksaminen. Terveystieteiden pro gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi>. 6.11.2019.
- Kuisma, A, Holmström, P, Nurmi, J, Porthan, K. & Taskinen, T. 2013. Ensihoito. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuukkanen, M. 2008. Vanhusten perhehoito. Teoksessa: Ketola, J. Sijoita perheeseen. Perhehoito inhimillisenä ja taloudellisena vaihtoehtona. Juva: WS Bookwell Oy.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 533/2019.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Lindqvist, H. 2017. Asiakaslähtöiset ikääntyneet perhehoidon prosessit ja niiden kehittäminen. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/130844/heidi_lindqvist.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 20.11.2019.
- Malinen, P. 2005. Asiakaslähtöisyys maahanmuuttajatyössä. Tampereen kaupungin strategioiden tarkastelua. Kandidaatin tutkielma. Tampereen yliopisto: Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityönlaitos.
- Määttä, T. & Länkimäki, S. 2017. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa: Kuisma, M. Holmström, P. Nurmi, J. Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.) Ensihoito. 6. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Määttä, T. 2013. Ensihoitopalvelun organisointi. Teoksessa Kuisma, M., Holmström, P, Nurmi, J, Porthan, K. & Taskinen, T. (toim.). Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy, 14–29.
- Möhkönen, K, Kekoni, T. & Pehkonen, A. 2019. Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus Oy.
- Nevalainen, E. 2007. Perhehoitajien kokemuksia toimeksiantosopimukseen perustuvasta vanhusten perhehoidosta. Pro gradu tutkielma. Kuopion yliopisto.
- Nolan, M, Hillier, T. & D'Ángelo C. 2012. Community paramedicine in Canada. Emergency medical chiefs of Canada. PDF-dokumentti. <https://www.nasemso.org/Projects/RuralEMS/documents/CommunityParamedicineCanada>.
- Norge regjering 2016. Trygghet och omsorg for barn i fosterhjem.

- <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/trygghet-og-omsorg-for-barn-i-foster-hjem/id2478076/>. 6.11.2019.
- Noro, A & Karppanen, S. 2019. Ikäihmisten kotihoidon ja kaikenikäisten omaishoidon uudistus 2016-2018. Julkaisu: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Nykänen, P. & Ruotsalainen, P. 2012. Kansalaisten luotettava terveyspalvelu ympäristö. Teoksessa: A. Anttonen, A. Haveri, J. Lehto & H. Palukka (toim.) Julkisen ja yksityisen rajalla. Tampere: Tampere university press, 281.
- Oikeusministeriö yhdenvertaisuus. <https://oikeusministerio.fi/yhdenvertaisuus> 2.11.2019.
- Ojasalo, K, Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Omais- ja perhehoidon kehitys vuosina 2015-2018. Päätelmät ja suositukset jat kotoimenpiteiksi. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161377/R_61_2018_OMPE_11022019.pdf. 25.10.2019.
- Outinen, M, Lempinen, K, Holma, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsemän laatupolku: Vaihtoehtoja laadun hallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Laatu ja asiakas. Laatu työskentely sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Pehkonen, A, Martikainen, K, Kinni, R-L, Mönkkönen. 2019. Asiakas moniammatillisessa kohtaamisessa. Teoksessa Mönkkönen K., Kekkonen, T., Pehkonen, A. Moniammatillinen yhteistyö. Vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus OY.
- Pellinen, S. 1996. Moniammatillisuus ja sosiaalityö sosiaalityön vuosikirja. Helsinki: Oy Edita ab.
- Perhehoitolaki 263/2015.
- Perhehoitoliitto 2019. Hyvää elämää ikäihmiselle. Toimintaohje.
- Pesonen, H. 2007. Laatu. Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Helsinki: Infor.
- Pirhonen, J. 2017. Yksilöllisyyttä ja yhteisöllisyyttä. Vanhustyö 1. Gerontologia: Tammi.
- Pohjois-Karjalan pelastuslaitos 2018. Ensihoidon palvelutasopäätös ajalle 1.1.2019–31.12.2019.
- Pohjola A, 2010. Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa Laitinen M & Pohjola A (toim.) Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudeamus Helsingin University Press Oy Yliopistokustannus, 75-137.
- Pärnä, K. 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Yliopistollinen väitöskirja. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisu: Sarja C:341, 48–225.
- Professional Paramedic Association of Ottawa 2019. <https://www.ottawaparamedics.ca/scope-of-practice/27.10.2019>.
- Raatikainen, E. 2015. Lujita luottamusta. Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Reponen, M. 2017. Yhteisöllisyyden kehittäminen ikäihmisten perhehoidossa. Toimintakalenteri asukkaille. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/129614/Reponen_Mira.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 19.11.2019.
- Rissanen, V. & Kansanen, M. 2003. Laadunhallinta terveydenhuollossa. Laatu- järjestelmien pääsuuntaviivat ja kokemuksia Kuopion yliopistollisen sairaalan laatu- järjestelmästä. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

- Salonen, K, Eloranta, S, Hautala, T & Kinos, S. 2017. Kehittämistoiminta ja kehittämisen menetelmiä ammatillisessa korkeakoulutuksessa. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja. Tampere: Suomen yliopistopaino Oy. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522166494.pdf>.
- Siun sote. 2017a. Pohjois-Karjala edelläkävijä ikäihmisten perhehoidossa. <http://www.siunsote.fi/-/pohjois-karjala-edellakavija-ikaihminen-perhehoidossa.10.9.2019>.
- Siun sote. 2017b. Perhehoidon toimintaohje. Ikäihmisten perhehoito 2018-2019. https://www.siunsote.fi/documents/393252/4967711/siunsote_ikaihminen_perhehoito_myontamisperusteet2017.pdf/2542100a-4d3f-4331-a4aa-ae4e7c8c24f3. 22.9.2019.
- Siun sote. 2018. Toiminta ja taloussuunnitelma. https://www.siunsote.fi/documents/393252/6561109/Siunsote_toiminta-ja-taloussuunnitelma.pdf/1f12aeb6-5161-4c53-aff5-14176372f3b8. 11.11.2019.
- Siun sote Strategia 2019–2020. <https://www.siunsote.fi/strategia>. 2.10.2020.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
- Steffansson, M, Pulliainen, M, Lappi, R. 2015. Ikäihmisten hyvinvointia rakentamassa. Hyvinvointipalvelujen järjestämisen uudet mahdollisuudet -hanke. Tampere: Juvenes Print Oy.
- Summa, T. & Tuominen, K. 2009. Fasilitaattorintyökirja. Menetelmiä sujuvaan tyhmätyöskentelyyn. Kehitysyhteistyön palvelukeskus Kepa ry. https://www.gloaalikasvatus.fi/tiedostot/Fasilitaattorin_tyokirja.pdf. 3.10.2019.
- Surakka, L. & Törrönen, K. 2018. Ensihoito osana palveluketjua Teoksessa: Pöyhiä, R. Guldogan, E & Vanhanen, A. (toim.) Kotisairaala Helsinki: Duodekim.
- Soinu, A. 2015. Yhteiskunnallinen palvelutuote ja tuotekehitysprosessi. Pro gradu tutkielma. Turun yliopisto. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2015111016574>. 2.11.2019.
- Sorsa, M. 2002. Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto: Hoitotieteen laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 585/2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta 340/2011.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Ensihoidon palvelutaso. Ohje ensihoitopalvelun palvelutasopäätöksen laatimiseksi sairaanhoitopiireille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:11. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010. Ensihoito. <https://stm.fi/ensihoido> 3.11.2019.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2. muuttumaton painos. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Palvelut asiakaslähtöisiksi. <https://stm.fi/hankkeet/asiakslahtoisuus>. 3.11.2019
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Perhehoito. <https://www.stm.fi/perhehoito>. 3.11.2019.
- Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2017. Sosiaali- ja terveyshuollon valtakunnallinen ohjelma vuosille 2016-2019. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. <https://www.valvira.fi/-/sosiaali-ja-terveydenhuollon-paivystystoiminnan-suunnitelmallinen-valvonta-vuosina-2016-20-1>. 4.11.2019.

- Syväoja, Pirjo & Äijälä, Outi 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tammelin, M. & Ilmarinen K. 2013. Vanhusten perhehoidon jännitteet. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201602237167>. 3.11.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2018. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalouden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136061/URN_ISBN_978-952-343-067-9.pdf?sequence=1. 10.12.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. 2019. Muuttuvat asumispalvelut. läkäs ihminen on oman elämänsä paras asiantuntija. <https://thl.fi/fi/web/ikaantymisen/muuttuvat-vanhuspalvelut>. 19.11.2019
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampere University press.
- Toikko, T. 2016. Toimijalähtöinen kehittäminen. <https://docplayer.fi/21850676-Timo-toikko-toimijalahtoinen-kehittaminen.html>. 9.10.2019.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. EU: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuulensola, K. 2018. Perhehoidon määrä kasvaa ja laatu vahvistuu. Teoksessa Jämsen, A. (toim.) Arvokasta vanhuutta, turvallista arkea. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 11-16. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161255/R_48_2018_AVOT_korj2.pdf. 11.9.2019.
- Valokivi, H. 2008. Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lain rikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7181-0>. 28.10.2019.
- Vanhuspalvelulaki 2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta 980/2012.
- Varis, M. 2019. Ikäihmisten palveluiden palvelupäällikkö. Haastattelu 2.11.2019.
- Vataja, K. Kehittämistyön seuraaminen. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R., Vataja, K. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Vataja, K, Seppänen-Järvelä, R. 2009. Prosessiarviointi- mahdollisuus lujittaa kehittämissuunnitelmia. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R., Karjalainen, V. Kehittämistyön risteyskohtia. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino OY.
- Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Virtanen, P, Suonheimo, M, Lamminmäki, S, Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalouden kehittämiseen. Helsinki: Tammi.
- Yhdenvertaisuuslaki 2014. Laki yhdenvertaisuudesta 1325/2014.

Hoidon tarpeen arviointi osana asiakaslähtöistä perhehoitoa - kokeilu

Olemme Karelia-ammattikorkeakoulun ikäosaamisen kehittämisen ja johtamisen YAMK:n opiskelijoita. Teemme opinnäytetyön tutkivan kehittämiss tehtävän Siun soten ikäihmisten perhehoitoon. Opinnäytetyön tavoitteena on luoda malli, joka mahdollistaa ensihoidon toteuttaman 24/7 hoidon tarpeen arvion ikäihmisten perhehoidossa.

Toimintamallin tavoitteena on muun muassa tukea ikäihmisten perhehoitajaa työssään, turvata perhehoidossa olevien ikäihmisten perhekodissa pärjäämistä ja vähentää päivystyskäyntejä. Mallin avulla pyritään myös tukemaan perhekodin asiakaslähtöisyyttä sekä vahvistamaan ikäihmisten osallisuutta omaan hoitoonsa liittyvien päätösten tekoon.

Siun sote on myöntänyt tutkimusluvan kokeilun toteuttamiseksi. Kokeilu ja tulosten raportointi ovat luottamuksellisia. Tiedot tulevat ainoastaan kokeiluun osallistuvien Siun soten työntekijöiden tietoon. Kokeilun tulokset julkaistaan siten, ettei yksittäistä henkilöä tai perhekotia voida tunnistaa.

Kokeilun toteuttaminen

Opinnäytetyö toteutetaan kokeiluna, jossa ensihoidon hoidon tarpeen arviointia laajennetaan koskemaan ikäihmisten perhehoitoa. Kokeiluun otetaan mukaan noin kymmenen kokeilusta kiinnostunutta ikäihmisten perhekotia. Kokeiluun osallistuminen ei aiheuta kustannuksia perhekodeille.

Kokeilu aloitetaan ensihoidon kenttäjohtajien ja ikäihmisten perhehoitajien yhteisellä tapaamisella (ideariihi), jossa sovitaan käytännön toteutuksesta. Vaihtoehtoisesti aloitus voi tapahtua myös henkilökohtaisella tapaamisella.

Toiminnan aikana olemme sovitusti yhteydessä kokeiluun osallistuviin perhekoteihin ja kehitämme toimintaa saamamme palautteen pohjalta.

Kokeilun päättyessä keräämme palautetta ja tietoa perhehoitajilta sekä ensihoidon kenttäjohtajilta. Saatujen kokemusten ja palautteen pohjalta arvioidaan hoidon tarpeen arvioinnin hyödynnettävyyttä ikäihmisten perhehoidossa ja luodaan toimintamalli hoidon tarpeen arvioinnin toteuttamiselle osana ikäihmisten perhehoitoa.

Lisätietoja/ilmoittautuminen osallistumisesta

Katri Tuulensola, Sosionomi AMK

Ikäosaamisen kehittämisen ja johtamisen YAMK opiskelija
katri.tuulensola@siunsote.fi, puh. [REDACTED]

Kari Törrönen, Sairaanhoitaja AMK

Ikäosaamisen kehittämisen ja johtamisen YAMK opiskelija
kari.torronen@pkpelastuslaitos.fi, puh. [REDACTED]

Ensihoidon toteuttama hoidon tarpeen arviointi ikäihmisten perhehoidossa

Ideariihä 3.6.2019 klo 12.00

Paikka: Joensuun pelastuslaitos, Noljakantie 4, (Kokoustila Kipinä)

Ideariihen aikataulu ja ohjelma:

12.00–12.15	Esittelykierrös/tervetulotoivotus
12.15–12.30	Alustus. Mitä tarkoittaa hoidon tarpeen arviointi perhekoteissa? (Kari Törrönen) Hoidon tarpeen arviointi ikäihmisten perhekoteihin (Katri Tuulensola)
12.30–13.30	Ideariihä. Tutustutaan toisemme toimintaan ja tehdään yhdessä hoidon tarpeen arvioinnin toimintaohjeet ensihoitoon ja perhehoitoon.
13.30–14.00	Palaute/arviointi
14.00–14.30	Ideariihen yhteenveto ja lopetus

Päivän tavoite:

- Tehdään yhdessä toimintaohjeet perhehoitoon ja ensihoitoon. Hoidon tarpeen arviointi ikäihmisten perhekoteissa alkaa kesäkuussa 2019

TOIMINTAOHJE IKÄIHMISTEN PERHEHOITAJALLE ENSIHOIDON SUORITTAMAN HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN PYYTÄMISEEN

Ensihoidon suorittama hoidon tarpeen arviointi on matala kynnyksinen kiireetön palvelu perhekodin asukkaille. Hoidon tarpeen arvioinnilla pyritään turvaamaan asiakkaan kotona selviämistä ja arjen turvallisuutta. Vähentämään turhia päivystyskäyntejä ja tukea perhehoitajaa epäselvissä hoidollisissa tilanteissa sekä perhehoitajan tehtävässä.

Ensihoidon yksiköllä on mahdollisuus ottaa tiettyjä verikokeita ja pääsy ikäihmisen potilastietoihin. Ensihoitajat tekevät hoidon tarpeen arviointi käynneistään kirjauksen potilaskertomukseen.

MILLOIN PYYTÄÄ HOIDON TARPEEN ARVIOINTI

- Hitaasti heikentynyt yleistila, väsymys
- Kuumeilu
- Kroonisen kivun paheneminen (esim. sydämen vajaatoiminta)
- Huoli asiakkaan selviytymisestä perhekodissa
- Huoli asiakkaan voinnista, jonkun muun syyn takia
- Muut päivystyksellistä hoitoa tarvitsevat vammat tai sairaudet

MITEN JA MISTÄ PYYDETÄÄN?

SOITA ENSIHOIDON KENTTÄJOHTAJALLE PUH. [REDACTED] (SALAINEN NUMERO, EI SAA ANTAA ETEENPÄIN).

Kenttäjohtajalle kerrotaan:

- Kuka soittaa ja miksi soitetaan
- Mikä vaiva tai miksi halutaan hoidon tarpeen arviointi
- Ikäihmisen nimi ja perhekodin osoite
- Ikäihmisen perussairaudet / lääkitys, jotka mahdollisesti vaikuttavat hoidon tarpeen arviointiin oleellisesti

Ikäihmisen voinnin tulee olla sellainen, että hän pystyy tarvittaessa odottamaan ensihoidon saapumista. Mikäli tämä arveluttaa, tulee soittaa 112. Ensihoito hoitaa tehäviä kiireellisyysjärjestyksessä. Hoidon tarpeen arviointitehtävät ovat kiireettömiä.

→ Kiireellisissä tilanteissa tulee aina soittaa hätäkeskukseen 112!



Ensihoito

OHJE

1 (1)

Vastuuhenkilö: Kari Törrönen ja Katri Tuulensola

Tekijät: Ensihoidon kenttäjohtajat

Hyväksyjä: Petri Ronkainen

Tarkistettu: 3.6.2019

Voimassa: Toistaiseksi

TOIMINTAOHJE HOIDON TARPEEN ARVIOINTI - IKÄIHMISTEN PERHEKOTI

Hoidon tarpeen arviointi on matalakynnyksinen kiireetön palvelu epäselkeissä tilanteissa perhekodissa asuville ikäihmisille. Perhehoitaja pyytää tarvittaessa hoidon tarpeen arvioinnin. Hoidon tarpeen arvioinnilla pyritään turvaamaan asiakkaan kotona selviämistä ja turvallisuutta, vähentämään turhia päivystyskäyntejä sekä tukea perhehoitajaa tehtävässä.

HOIDON TARPEEN ARVIOINNIN KULKU

- **Perhehoitaja soittaa ensihoidon kenttäjohtajalle ja pyytää hoidon tarpeen arviointia.**
 - Kenttäjohtaja tekee puhelimesta alustavan tilannearvion ja ohjeistaa perhehoitajaa tilanteen niin vaatiessa soittamaan 112. (Perhehoitaja luokitellaan maallikoksi)
 - Puhelussa selvitetään:
 - Syy miksi hoidon tarpeen arviointia pyydetään
 - Asiakkaan nimi, osoite ja puhelinnumero
 - Asiakkaan perussairaudet/lääkitys, jotka mahdollisesti vaikuttavat oleellisesti tilanteeseen
 - Tehtäväkoodi on H48-hoidon tarpeen arviointi. Kiireellisyysluokka on D.
 - Tehtävä suoritetaan TAUKO/EI HÄLYTETTÄVISSÄ -tilassa, kenttäjohtaja ilmoittaa suoritustilan.
- **Ensihoidon kenttäjohtaja antaa tehtävän ensihoitoyksikölle, kertoo kirjaamiskoodin (H48) Tehtävä suoritetaan samalla tavalla kuin hätäkeskuksen antama tehtävä. Kohteessa suoritetaan ensiarvio, tarkennettu tilannearvio, mahdollinen lääkärin konsultaatio ja hoitotoimenpiteet. Tilanteesta riippuen ikäihminen voi jäädä kotiin tai valitaan tilanteeseen sopiva kuljetusmuoto ja hoitopaikka.**
- **Mikäli ikäihminen kuljetetaan, tehdään siitä hätäkeskuksen kautta tehtävä soittamalla 112.**
- **Kirjaaminen tehdään SV210 kaavakkeelle.**
 - SV210 kaavakkeen päällimmäinen osa jätetään perhehoitajalle tai hoitolaitokseen, jos hänet kuljetetaan.
 - Asemalla ensihoitaja kirjaa tehtävän SAKU-ohjelmaan luomalla uusi kuljetus, tehtäväkoodina käytetään annettua H48—hoidon tarpeen arviointi perhekodille. Muuten kirjaaminen tapahtuu normaalien käytäntöjen mukaisesti.

**Palaute/arviointi. Ensihoidon toteuttama hoidon tarpeen arviointi ikäih-
misten perhekoti**

Täytetään jokaisen yhteydenoton tai hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen.

ASIAKASMÄÄRÄ JA PERHEHOITAJIEN MÄÄRÄ

PROSESSIN SUJUVUUS		HUOMIOT
Päivämäärä ja kellonaika (Milloin pyysitte hoidon tarpeen arvioinnin)		
Minkä syyn takia pyysitte ensihoidon hoidon tarpeen arvioinnin?		
Miten prosessi mielestänne toimi? (yhteydenotot jne.) jos ei toiminut, miksi? Mitä mielestänne olisi pitä- nyt tehdä toisin?		
Millaisena koitte yhteis- työn ensihoidon kanssa? Toimiko? jos ei toiminut, Kertokaa miksi? Mitä muuttaisitte?		
OSALLISUUS JA ASIAKASLÄHTÖISYYS		

Mitä hyötyä mielestänne perhehoidossa olevalle ikäihmiselle oli hoidon tarpeen arvioinnista?		
Koetko/kokiko ikäihminen saavan hyötyä ensihoidon hoidontarpeen arvioinnista? Toteutuuko mielestäsi asiakaslähtöisyys?		
Mitä ikäihmiselle olisi tapahtunut, mikäli ei olisi ollut mahdollista saada ensihoidon toteuttamaa hoidon tarpeen arviointia?		
Hyötyikö ja onko ikäihmisten omaiset mielestänne hyötäneet hoidon tarpeen arvioinnista?		
PERHEHOITAJAN TUKI		
Millaista hyötyä teille perhehoitajana on ollut ensihoidon hoidon tarpeen arvioinnista?		
Tukeeko toimintamalli mielestäsi perhehoitajaa tehtävässään? jos tukee, Miten? Jos ei, Miksi ja Mitä muuttaisitte?		
Miten olisitte toiminnut, mikäli ei olisi ollut mahdollisuutta ensihoidon toteuttamaan hoidon tarpeen arviointiin?		
Mitä haasteita mielestänne oli hoidontarpeen arvioinnissa? Mitä muuttaisitte? ja Miksi?		