

Kati Kujala

**”KÄTTÄ PIREMPÄÄ”**

Vastuuhoitaja vastuullisena hoito- ja palvelu-  
suunnitelmasta Petäjäveden kotihoidossa

Opinnäytetyö

Syksy 2013

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Vanhustyön koulutusohjelma

**Seinäjoen ammattikorkeakoulu**  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Koulutusohjelma: Vanhustyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Geronomi AMK

Tekijä: Kati Kujala

Työn nimi: ”KÄTTÄ PIREMPÄÄ” Vastuuhoitaja vastuullisena hoito- ja palvelusuunnitelmasta Petäjaveden kotihoidossa.

Ohjaajat: Elina Hietaniemi, Anna-Kaarina Koivula

Vuosi: 2013

Sivumäärä: 48

Liitteiden lukumäärä: 6

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää yhdessä Petäjaveden kotihoidon työntekijöiden (21 hoitotyöntekijän) kanssa sähköinen hoito- ja palvelusuunnitelma päivittäiseksi työvälineeksi kotihoidon työntekijöille niin, että vastuu hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisesta ja päivittämisestä on asiakkaalle nimetyllä vastuuhoidtajalla. Asiakslähtöisyyttä pyrittiin lisäämään ottamalla inhimillisen toiminnan malli osaksi hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista.

Teoreettisena viitekehyksenä tässä työssä on kuvattu hoito- ja palvelusuunnitelman merkitys kotihoidon asiakastyötä ohjaavana asiakirjana. Lisäksi työssä on kuvattu vastuuhoidtajuuutta yksilövastuun hoitotyön filosofian avulla.

Hoitotyöntekijöiden kanssa työskentelyssä käytettiin yhteistoiminnallisia menetelmiä (demokraattinen dialogi ja seinätekniikka,) selvitettiin työntekijöiden näkemyksiä vastuuhoidajuudesta sekä tuotettiin uusi hoito- ja palvelusuunnitelmalomake, joka on yhteensopiva Effic - asiakastietojärjestelmän kanssa. Kotihoitosovelluksesta löytyvä voimavarakartoitusosio on pohja hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseksi. Jotta hoito- ja palvelusuunnitelman sähköinen kirjaaminen tulisi tutuksi, järjestettiin ohjaustuokioita, joiden tarkoituksena oli ohjata työntekijöitä hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä Effic - asiakastietojärjestelmään.

Ohjaustuokioiden jälkeen toteutettu arviointikysely osoitti, että Effic - asiakastietojärjestelmä koetaan vaikeaksi käyttää. Tarvitaan lisää koulutusta ja ohjausta järjestelmän monipuolisen käytön lisäämiseksi. Asiakkaiden voimavarojen hyödyntäminen päivittäisessä työssä ei ole itsestään selvyyttä, vaikka kuntouttavasta työtteestä on keskusteltu jo vuosia.

Avainsanat: hoito- ja palvelusuunnitelma, vastuuhoidtaja, sähköinen kirjaaminen, inhimillisen toiminnan malli

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCE

## **Thesis abstract**

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree Programme in Elderly Care

Specialisation: Bachelor of Elderly Care

Author/s: Kati Kujala

Title of thesis: "Longer than your hand" – named nurse in charge of care and service plan at homecare in Petäjavesi.

Supervisor(s): Elina Hietaniemi, Anna-Kaarina Koivula

Year: 2013

Number of pages: 48

Number of appendices: 6

---

The object of this thesis was to develop an electronic care and service plan to be a daily tool for homecare employees (21) in Petäjavesi municipality. Making and updating the care and service plan is one of the missions that a nurse in charge should do in homecare. At the same time, the idea was to take the human activity model to be part of the plan on how customer orientation should increase.

The meaning of care and service plan as a guiding document in homecare is described in the theoretical framework of this thesis. I have also described charge nursing through the philosophy of primary nursing.

By using cooperative methods (democratic dialog and wall technic) I tried to figure out homecare workers' point of view about charge nursing and then to create a new form for care and service plan, which would be dialogic with the Effica – client system. Outlining the care and service plan as an electronic document was considered difficult in the research environment. To make things easier, there were organised guidance moments. The aim of those moments was to guide the homecare workers do these care and service plans to the Effica - electronic client system.

The homecare workers completed the assessment enquiry after those guidance moments and the results showed that Effica – client system was perceived difficult to use, especially the homecare – application. To use the system in a multifunctional way, the home care workers answered that they need more education and guidance of using the Effica – client system. It is not self-evident that someone uses all the potential in daily living that the client has, although there has been discussion about the rehabilitative way of work for so many years.

Keywords: care and service plan, named nursing, documentation, a model of human occupation

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO.....	6
2 HOITO – JA PALVELUSUUNNITELMA KOTIHOIDOSSA.....	8
2.1 Kotihoito.....	8
2.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma.....	9
2.3 Inhimillisen toiminnan malli asiakkaan toimintakyvyn tukena.....	9
2.4 Sähköinen kirjaaminen.....	12
2.5 Hoitotyön prosessi ohjaamassa kirjaamista.....	13
3 VASTUUHOITAJUUS.....	16
3.1 Yksilövastuinen hoitotyö.....	16
3.2 Vastuuhoitaja hoito- ja palvelusuunnitelmasta vastuullisena.....	18
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....	20
5 MUUTOSPAJA KEHITTÄMISEN MENETELMÄNÄ.....	21
6 MUUTOSPROSESSIN ETENEMINEN JA MENETELMÄT.....	23
6.1 Toimintaympäristön kuvaus.....	23
6.2 Muutospajassa käytetyt menetelmät.....	24
6.2.1 Demokraattinen dialogi.....	25
6.2.2 Seinätekniikka.....	25
6.2.3 Ohjaus oppimismenetelmänä.....	26
6.2.4 Arviointikysely.....	26
6.3 Muutosprosessin eteneminen vaiheittain.....	26
7 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	29
7.1 Ohjaustilanteiden arviointi.....	29
7.2 Muutospajatyöskentelyprosessin arviointi.....	31
7.3 Johtopäätökset.....	34
8 POHDINTA.....	40
8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	41

8.2 Oman työskentelyn pohdinta.....	42
LÄHTEET .....	43
LIITTEET.....	48

# 1 JOHDANTO

Hoito- ja palvelusuunnitelma on keskeinen työkalu hoitotyössä. Sen laatimiselle on juridiset perusteet, sillä useat lait ja asetukset velvoittavat hoitotyöntekijää suunnitelman laatimiseen ja antavat viitteitä hoito- ja palvelusuunnitelman sisällöstä (Voutilainen, Vaarama, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri, 2002, 91). Esimerkkeinä mainittakoon laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 2000/812), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 1992/785) sekä 1.7.2013 voimaan tullut laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (L 2012/980, jäljempänä vanhuspalvelulaki).

Omahoitaja vai vastuuhoitaja? Tässä työssä käytän termiä vastuuhoitaja, koska mielestäni omahoitaja – termin käyttäminen ei tuo esiin sitä vastuuta, mikä omahoitajalla tulee olla asiakkaan tarpeiden mukaisesta, laadukkaasta hoidosta ja hoi- vasta sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta. Vastuuhoitaja – termin käyt- täminen tuo selkeästi esiin sen, että kenellä kotihoidossa on kokonaisvastuu asi- akkaan yksilöllisestä, kokonaisvaltaisesta hoitamisesta.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (2013, 30) mukaan palvelusuunnitelma on työväline, joka on tarkoitettu päivittäin käytettäväksi. Siksi sen laatiminen on syytä vastuuttaa jollekin ja tässä työssä vas- tuu hoito- ja palvelusuunnitelmasta esitetään olevan vastuuhoitajalla.

Petäjaveden kotihoidossa käydyn ”Toimintakyvyn ylläpitäminen Petäjaveden koti- hoidon hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällöksi ja käytännön toiminnaksi” – koulu- tuksen (liite 1)-myötä syntyi aihe tälle kehittämistutkimukselle.

Tässä työssä käsitellään hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöä sekä vastuuhoi- tajan vastuuta hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaajana ja päivittäjänä. Peilaan käsi- teltäviä aiheita 1.7.2013 voimaantulleeseen vanhuspalvelulakiin (L 2012/980) ja 17.7.2013 julkaistuun hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantami-

seksi annettuun laatusuositukseen (Laatusuositus, 2013, 41). Perehdyn myös yksilövastuisen hoitotyön ja vastuuhoidajuuden määritelmiin kirjallisuudessa.

*”Kysykää neuvoa vanhuksilta, sillä heidän silmänsä*

*ovat nähneet vuosien kasvot ja heidän korvansa ovat*

*kuulleet elämän äänet.*

*Ja vaikka heidän neuvonsa eivät miellyttäisi teitä, ottakaa niistä vaarin.”*

*Kahil Gibran*

## 2 HOITO – JA PALVELUSUUNNITELMA KOTIHOIDOSSA

### 2.1 Kotihoito

Kotihoidolla tarkoitetaan kotipalveluja, kotisairaanhoidoa ja erilaisia tukipalveluja. Koti- ja tukipalveluista säädetään sosiaalihuoltolaissa (710/1982) ja – asetuksessa (607/1983). Kotisairaanhoido perustuu terveydenhuoltolakiin (1326/2010, 25§), jonka mukaan kunnan tulee järjestää asukkaiden kotisairaanhoido. Koska huomattava osa säännöllisen palvelun piirissä olevista asiakkaista käyttää sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa, on useissa kunnissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistetty kotihoidoksi. Tämän on mahdollistanut kokeilu vanhusten palvelujen uudelleen organisoimiseksi, johon liittyen valtioneuvosto antoi ehdotuksensa vuonna 2004, että sosiaalihuoltolakiin (710/1982) ja kansanterveyslakiin (66/1972) tehdään väliaikaiset muutokset (L 1428/2004 ja L 1429/2004). Tehtyjen muutosten myötä oli mahdollista, että kunnat saivat organisoida eräitä sosiaalihuollon ja kansanterveystyön tehtäviä pysyvästä lainsäädännöstä poiketen (Kuntainfo, 2004). Kotihoitokokeilu kestää koko maassa vuoden 2014 loppuun asti.

Kotihoidon asiakkaaksi hakeutuminen voi tapahtua kirjallisesti tai suullisesti. Kotihoidon asiakkaaksi tullessa kotihoidon palvelut myöntävä viranomainen tekee päätöksen kotihoidon palvelujen aloittamisesta. Kotihoidon myöntämisestä tai myöntämättä jättämisestä tehdään kirjallinen viranhaltijapäätös, myös silloin, jos hakemus on esitetty suullisesti (L 812/2000, § 6 ja L434/2003, § 43 1 mom.). Hylkäämisperusteet on esitettävä päätöksessä (L 434/2003, § 45). Viranhaltijapäätös on asiakkaan oikeusturvan kannalta tärkeä, koska vain tehtyyn päätökseen voi hakea muutosta. (Heinola, 2007, 26.) Annetusta myönteisestä kotihoidon päätöksestä tulee käydä ilmi, mitä palveluja asiakkaalle on myönnetty, kuinka paljon (ajallisesti esim. kuukausittain), mistä alkaen palvelut on myönnetty ja mihin saakka ne jatkuvat. Kotihoidon asiakasmaksut perustuvat tehtyyn hoito- ja palvelusuunnitelmaan, jossa on arvioitu palveluihin käytettävä aika. Myös asiakasmaksusta on annettava päätös. Jokainen kunta voi määrittää asiakasmaksujen määrityksen perusteet säännösten sallimissa rajoissa (L 734/1992 ja A912/1992).



## 2.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) ja laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (980/2012) velvoittaa laatimaan kaikille asiakkaille palvelu-, hoito- tai kuntou- tussuunnitelman, jollei kyse ole tilapäisestä neuvonnasta ja/tai ohjauksesta tai jos suunnitelman laatiminen on muutoin ilmeisen tarpeetonta. Suunnitelma on laadit- tava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa (L 980/2012,16 §).

Hoito- ja palvelusuunnitelma on hoitotyöntekijän työväline; se toimii työtä ohjaava- na ohjenuorana, jota iäkkään henkilön suostumuksella toteuttavat kaikki hänen hoitoonsa osallistuvat tahot ja johon iäkäs itse myös sitoutuu (Laaksonen, ym., 2011,43). Hoito- ja palvelusuunnitelmasta tulee löytyä ne hyvinvoinnin ja avuntar- peen kannalta tarpeelliset toimet, joita iäkäs ihminen tarvitsee selviytyäkseen. Päi- värinnan ja Haverisen (2002, 13) mukaan suunnitelmasta löytyy tiivistetysti tietoa asiakkaan tilanteesta ja hänen tarvitsemistaan palveluista, olivatpa ne terveystalvveluita, kunnan järjestämistä vastuulla olevia sosiaalihuollon palveluita tai mahdollisia muita palveluita esim. kolmannen sektorin tai yksityisen toimijan järjestäminä. Suunnitelmassa on hyvä kertoa myös muita hyvinvointia edistäviä toimia, joita iä- käs itse, hänen omaisensa ja/tai läheisensä omaehtoisesti järjestävät (Laatusuosi- tus, 29–30).

## 2.3 Inhimillisen toiminnan malli asiakkaan toimintakyvyn tukena

Asiakkaan toimintakykyä tukevan hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen on pro- sessi, josta vastuuhoitaja vastaa. Sen tekeminen on haastava tehtävä ja siihen tulee varata aikaa. Lähtökohtana koko prosessille on asiakkaan toimintakyvyn ko- konaisvaltainen arviointi sekä asiakkaan elämäntarinan tunteminen (Lähdesmäki & Vornanen, 2009). Asiakas on nähtävä toimintakykyisenä, voimavaraisena koko- naisuutena, ei pelkkänä ”ongelmien vyyhtinä”.

**Inhimillisen toiminnan malli** on Gary Kielhofnerin kehittämä teoria, jota erityisesti toimintaterapiassa käytetään. Mallissa ihminen nähdään järjestelmänä, jonka toimintaan vaikuttaa neljä eri osa-alueetta. Osa-alueet ovat **tahto**, **tottumus**, **toimintakyky** ja **ympäristö**. (Kielhofner, 1980, 778–779 [Viitattu 29.3.13]) Samankaltaista teoriapohjaa löytyy myös berliiniläisen Max Planck – instituutin tutkijoiden kehittämästä SOC-mallista (selection-optimization-compensation) eli valikointi, optimointi ja kompensointi (Heikkinen, 2002, 25). Kuten Kielhofnerin teoriassa, myös SOC-mallissa keskitytään ikääntymiseen liittyvän toimintakyvyn alenemisen tai sen uhan haittavaikutusten vähentämiseen. Teoria käytännössä näkyy esim. tilanteessa, jossa asiakkaan harrastuksena on ollut puutarhanhoito ja tätä harrastusta hän haluaisi vielä jatkaa, vaikka toimintakyky onkin oleellisesti huonompi. Näkyvillä ovat asiakkaan tottumus ja tahto, toimintakyvystä tiedetään että se on heikentynyt. Vaikka pihalla sijaitsevaan puutarhaan asiakkaan ei ole enää mahdollista päästä, on kuitenkin aina mahdollista tuoda puutarha sisälle, pienimuotoisempaan; ruukuviljelyä ikkunalaudalla, parvekelaatikoita mahdollisella parvekkeella. Näin asiakas saa toteuttaa rakasta harrastustaan ja hoitajat kannustavat ja motivoivat asiakasta harrastuksen jatkamisessa. Koska malli on kokonaisuutena monipuolinen, ei ole yhtä ainoaa tapaa käyttää sitä, toteaa Kielhofner (1980, 781).

**Tahtoa** Kielhofner (1980, 779) kuvaa korkeimmaksi tasoksi osa-alueista. Sen tarkoituksena on säädellä ihmisen käyttäytymistä. Tahto voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen; henkilökohtaiseen vaikuttamiseen, arvoihin sekä mielenkiinnon kohteisiin. Näiden mukaisesti ihminen muodostaa ajatukset, tunteet ja tekee päätökset. Ihminen, olkoon minkä ikäinen hyvänsä, kokee itsemääräämisoikeuden säilymisen tärkeänä. Tahto ja sen kunnioittaminen on samalla itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. On tärkeää kuunnella herkästi ikäihmisten toiveita ja näkemyksiä omasta olostaan ja elosta, näin saadaan selville heidän tahtonsa, eikä esimerkiksi läheisten mielipide tule määrääväksi tekijäksi hoitoa ja palveluita suunniteltaessa. (Järnström, 2011, 49.) Jokainen ihminen tulee kohdata yksilönä, ainutlaatuisena kokonaisuutena. Asiakkaan tilasta riippumatta on varmistettava, että hänen perusoikeutensa säilyvät, eli hoito ja hoiva on järjestettävä asiakkaan tahtoa kunnioittaen (Jääskeläinen, 2006, 89).

**Tottumus** on Kielhofnerin mukaan (1980, 779) inhimillisen toiminnan mallin toinen osa-alue. Se pitää sisällään ihmisen tavat ja sisäistetyt roolit. Tavat ovat rutiininomaista käyttäytymistä; ne kertovat, millä tyylillä ihminen toiminnoistaan suoriutuu ja kuinka hän käyttää toimintoihin aikaansa. Tavoista rutiininomaisia tekee nimenomaan se, että toimija ei välttämättä kiinnitä edes huomiota siihen mitä on tekevässä. Ihmiselle kehittyä elämän aikana erilaisia rooleja, joiden mukaan hän käyttäytyy ja joiden mukaan ympäristö ehkä myös odottaa yksilön käyttäytyvän. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa kirjattaessa on pyrittävä kunnioittamaan asiakkaan tapoja ja tottumuksia. Erilaiset elämänvaiheiden mukanaan tuomat roolit ovat asiakkaan voimavaroja. Tavat ja tottumukset pitävät kiinni arjessa – esim. asiakkaan päivän kulkua ei ole syytä käydä muuttamaan järjestelmän mukaiseksi, vaan järjestelmän on mukauduttava asiakkaan tarpeisiin vastaavaksi.

**Toimintakyky** voidaan määrittää monella tavalla. Yleisesti toimintakyvyn osa-alueiksi luetaan fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja hengellinen osa-alue. Kaikki osa-alueet ovat vuorovaikutuksessa keskenään, vahvasti kytköksissä toisiinsa. Toimintakyky mahdollistaa arjesta suoriutumisen. Jyrkämän (2008) mukaan toimintakyvystä puhuttaessa voidaan puhua toimijuudesta. Se viittaa asiakkaan pysyvyyteen ja sen hetkisen toimintakyvyn käytön mahdollisuuksiin arkielämässä, mahdollisuuteen tehdä omaa elämää koskevia päätöksiä ja tätä kautta elää omien tarpeiden ja tavoitteiden mukaista elämää, toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta (Jyrkämä, 2008).

Vanhustyön kaikissa vaiheissa on erityisen tärkeää tunnistaa asiakkaan voimavarat ja toimintakyky. Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä, ikäihmisten kotona asumista edistävää työtä. (Päivärinta & Haverinen 2002, 5.) Kun hoito- ja palvelusuunnitelmaa lähdetään työstämään inhimillisen toiminnan mallin mukaiseksi, on erityinen huomio kiinnitettävä asiakkaan olemassa oleviin voimavaroihin, hänen omaan kokemukseen toimintakyvystä ja selviytymisestä. Erittäin tärkeää on kirjata ylös ne asiat, mitä ikääntynyt haluaa, osaa, pystyy ja voi tehdä itse.

Kielhofnerin (1980, 779) mukaan fyysiset ja sosiaaliset ulottuvuudet muodostavat **ympäristön**. Vanhukselle koti on enemmän kuin seinät ja katto, paikka jossa olla. Koti on tuttuutta, turvallisuuden tunnetta ja toiminnallista vapautta (Lähdesmäki & Vornanen, 2009, 37).

Arvokkaaseen vanhuuteen kuuluu oikeus osallistua ja vaikuttaa täysivaltaisesti elinympäristön kehittämiseen (Kivelä & Vaapio, 2011, 21). 1.7.2013 voimaan tulleessa vanhuspalvelulain 11 §:ssä säädetään, että *”vanhusneuvostolle on annettava mahdollisuus vaikuttaa kunnan eri toimialojen toiminnan suunnitteluun, valmisteluun ja seurantaan asioissa, joilla on merkitystä mm. ikääntyneen väestön osallisuuden, elinympäristön ja liikkumisen kannalta”*.

Tavoitteita voidaan asettaa yhdessä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja onnistuneen vanhenemisen näkökulmasta, jolloin on tärkeää, että asiakas säilyttää aktiivisen elämäntään. (Raitanen & Ruuskanen, 2010.)

## 2.4 Sähköinen kirjaaminen

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L159/2007) astui voimaan 1.7.2007. Em. laki velvoittaa kaikki terveydenhuollon julkiset toimijat liittymään kansalliseen sähköiseen potilasasiakirjojen arkistopalveluun syyskuuhun 2014 mennessä (STM, 2011). Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjaan sen käyttötarkoituksen kannalta tarpeelliset tiedot, riippumatta siitä, työskenteleekö hän terveydenhuollon vai sosiaalihuollon toimialan alaisessa yksikössä. Asianmukaisesti laaditut potilas- ja asiakasasiakirjat ovat keskeisessä roolissa potilaan/asiakkaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan näkökulmasta sekä myös henkilökunnan oikeusturvan kannalta (Nykänen & Junttila, 2012, 16), joka tarkoittaa, että asiakkaan oikeus hyvään kohteluun ja hoitoon koskee myös kirjaamista. Hoitajalla on oikeus dokumentoida työnsä asiakkaan asiakirjoihin ja näin osoittaa osaamisensa. (Haho, 2009 [Viitattu 17.11.2013].)

Erilaisten sähköisten asiakastietojärjestelmien myötä on siirrytty rakenteiseen kirjaamiseen, joka käytännössä tarkoittaa sitä, että kirjaaminen tapahtuu hoitotyön prosessin mukaisesti huomioiden asiakkaan hoidon tarve/ongelmat, asetetut tavoitteet, valitut hoitotyön toiminnot/auttamismenetelmät, toteutuneet hoitotyön toiminnot/auttamismenetelmät sekä hoidon tulokset (Iivanainen & Syväoja, 2008, 651 – 657). Hoitotyön prosessista lisää jäljempänä kappaleessa 2.5.

Kirjaamisen perusohje THL:n raportin 40/2012 mukaan on, että *kirjataan ajantasaisesti, vain oleellinen, tarpeellinen tieto ja vain sellainen tieto, mikä ei ole saatavissa muista järjestelmistä.*

## **2.5 Hoitotyön prosessi ohjaamassa kirjaamista**

Hoitotyön kirjaamisesta on säädetty laissa (785/1992, 653/2000) potilaan asemasta ja oikeuksista, sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (298/2009) potilasasiakirjoista, joihin voivat tehdä merkintöjä terveydenhuollon ammattilaiset tai muu heidän ohjeidensa mukaan hoitoon osallistuva henkilökunta. Potilasasiakirjoissa tulee näkyä kirjaajan koko nimi, ammattinimike ja kirjauspäivämäärä. (Hallila 2005,22.)

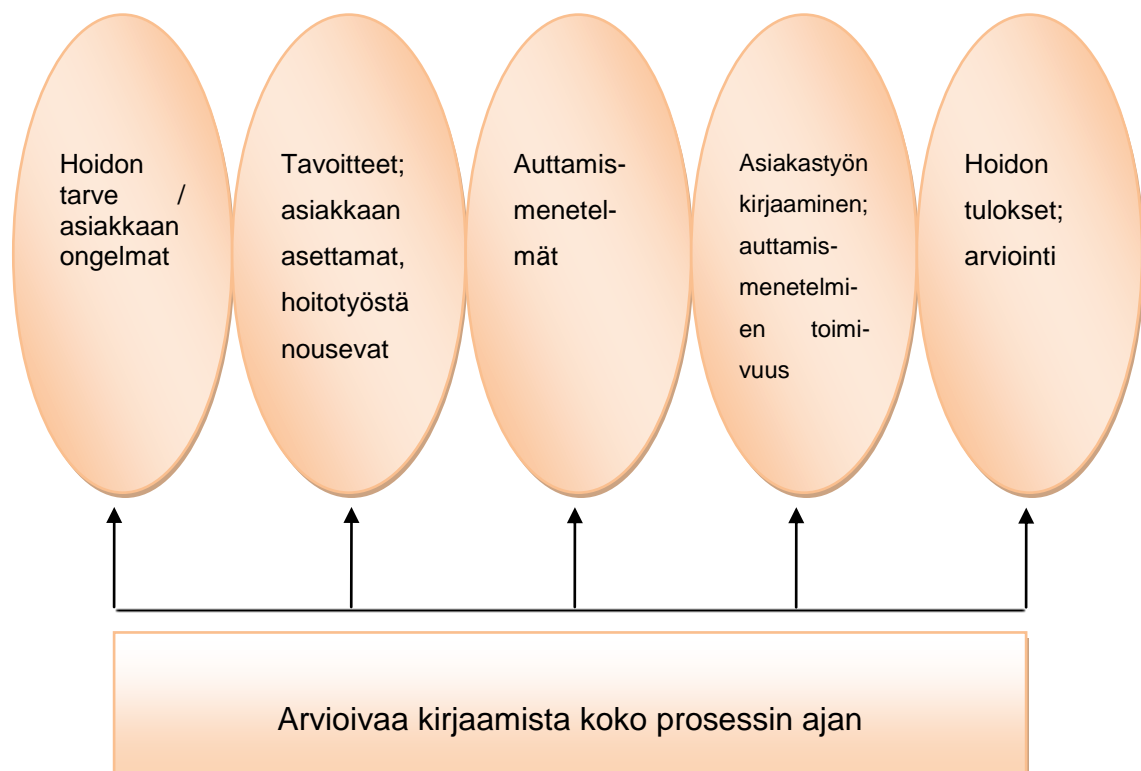
Hoitotyön kirjaamista koskevat potilasvahinkolaki (585/1986), erikoissairaanhoidolaki (1062/1989), mielenterveyslaki (1116/1990), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, uudistettu 653/2000), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), henkilötietolaki (523/1999), laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999) sekä hallintolaki (434/2003). (Hallila & Graeffe, 2005, 19.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on kirjaamisen perusta. Se ohjaa ja velvoittaa kaikkia tiimin tai työyhteisön jäseniä jokaisessa työvuorossa. Jokaisen työntekijän on toteutettava säännöllistä kirjaamista omassa työvuorossaan ja kotikäyntejä tehtäessä. Vastuuhoitaja huolehtii hoito- ja palvelusuunnitelman päivityksestä. (Päivärinta & Haverinen, 2002, 44.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmassa esitetään hoitotyön prosessin mukaan hoidon tarve, tavoitteet ja auttamismenetelmät. Toteutuneet hoitotyön toiminnot kirjataan ja niiden pohjalta arvioidaan tavoitteiden toteutumista ja hoidon tuloksia (Iivanainen & Syväoja, 2008, 651). Kuvio 1.

Hoidon tarvetta selvitettyä käydään läpi asiakkaan esittämä palvelutarve, hänen toimintakykynsä sekä voimavaransa ja kodin esteettömyys; tämä kaikki sekä asiakkaan itsensä ja tarpeen niin vaatiessa asiakkaan läheisen ja asiantuntijan arvioimana. Näiden jälkeen laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, johon kirjataan yksilölliset, asiakkaan kanssa yhdessä laaditut tavoitteet hänen sairautensa hoidolle, fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn ylläpitämiselle sekä sosiaalisen osallisuuden tukemiseksi. Em. tavoitteiden kautta muotoutuvat myös tavoitteet elämänlaadun tukemiseksi. (Heinola, 2007, Voutilainen, Vaarama, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri, 2002.) Kuvio 1.

Jotta tavoitteet saavutettaisiin, täytyy suunnitelmaan kirjata myös menetelmät, joilla tavoitteet pyritään saavuttamaan. Näistä tiedoista muodostuu myös kotihoidossa hoitotyön prosessi. Kuvio 1.



Kuvio 1. Hoitotyön prosessi kotihoidossa (Iivanainen & Syväoja, 2008, mukaan).

Merkillepantavaa kuitenkin on, että kotihoito määritellään sosiaalihuollon toimintayksiköksi jos se toimii sosiaalihuollon toimeenpanosta vastaavan toimielimen alaisena tai terveydenhuollon toimintayksikkönä, jos sen toimeenpanosta vastaa kansanterveystyön alainen toimielin (1428/2004, § 12d). Näin ollen myös kirjaamista koskevat säännökset ovat erilaisia, riippuen siitä, koskevatko kotihoidon asiakkaan asiakirjat terveyden- ja sairaanhoitoa vai asiakkaan muuta kotihoitoa. Terveyden- ja sairaanhoitoa koskevia asiakirjoja käsitellään niin kuin potilasasiakirjoja, muihin asiakkaan kotihoitoa koskevien asiakirjojen käsittelyyn sovelletaan sosiaalihuollon asiakirjasäännöksiä (1428/2004, § 12f).

Tällä hetkellä sosiaalihuoltolaista ei löydy määräävää merkintää kirjaamisen tarpeesta eikä tiheydestä. Mielestäni on syytä nostaa keskusteluun kuitenkin ajatus siitä, että jokainen lähihoitajatutkinnon suorittanut on terveydenhuollon ammattihenkilö, ja silloin heidän toimintaansa ohjaa laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994), työskentelevät he sitten sosiaali- tai terveydenhuollon toimintayksikössä. Työnantajan päätösten ja linjausten esim. kirjaamisesta tulee olla yhdensuuntaiset ammattihenkilöstön eettisten periaatteiden kanssa (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta, 2011,7 [Viitattu 1.11.13]). Työntekijää ei tule saattaa sellaiseen tilanteeseen, jossa hänen täytyy toimia omien eettisten periaatteidensa vastaisesti, jotta hän toimisi organisaation ohjeiden mukaan.

## 3 VASTUUHOITAJUUS

### 3.1 Yksilövastuinen hoitotyö

Omahoitajuuden käsite nousee yksilövastuisesta hoitotyöstä (Virtanen, 2002). Tässä työssä käytän kuitenkin vastuuhoidajuuden käsitettä omahoitajuuden sijaan, johdannossa kerrotuin perustein.

Yksilövastuinen hoitotyö on hoitotyön työnjakomalli ja toisaalta myös hoitofilosofia, jossa korostuu hoidon laatuvaatimukset ja periaatteet. Virtanen (2002) tuo artikkelissaan esiin yksilövastuisesta hoitotyöstä kirjallisuuden perusteella tehtyjä määritelmiä, joita ovat mm. yksilöllinen vastuu päätöksenteossa, hoitotyön kohdistaminen tiettyihin asiakkaisiin, yksilöllinen vastuullisuus ja hoitotyön itsenäisyys, jatkuvuus, toteuttamisen kokonaisvaltaisuus sekä hoidon ja hoitotyön koordinointi. (Virtanen, 2002, 9-30.)

Etelä-Suomen ikäihmisten palveluiden kehittämisohjelma ”Kotona kokonainen elämä” keskittyy mm. Kotkan kotihoidon kehittämiseen erityisesti vastuuhoidajuuden näkökulmasta (Haimi-Liikkanen, 2013). Tässä ohjelmassa vastuuhoidajuus nähdään osana kotihoidon toimintaa ja sen tavoitteena on vahvistaa asiakkaan palvelutarpeesta ja omista voimavaroista lähtevää yksilöllistä hoito- ja hoivatyötä.

Pahimmillaan yksilövastuinen hoitotyö voi olla toisen ihmisen esineellistämistä, pelkästään teknisesti orientoitunutta työskentelyä. Parhaimmillaan yksilövastuinen hoitotyö on vastuuhoidajan ja asiakkaan yhteistä työskentelyä asiakkaan senhetkisen tilanteen edistämiseksi, oli sitten kyse terveydentilasta, sairaudenhoidosta tai toimintakyvyn heikkenemisestä. Tärkeintä on kohtaaminen. Hoitaja tuo kohtaamiseen oman asiantuntemuksensa ja asiakas senhetkisen elämäntilanteensa. Ja tämän kohtaamisen tavoitteena pitää aina olla asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia edistävien tekijöiden lisääntyminen ja hyvinvointia uhkaavien tekijöiden vähentyminen (Virtanen, 2002, 9 – 30).



Virtanen (2002, 27) määrittelee yksilövastuista hoitotyötä työn organisointimalliksi sekä hoitofilosofiaksi. Jotta yksilövastuinen hoitotyö eli asiakaskeskeinen, yksilöllinen ja kokonaisvaltainen hoitotyö voi toteutua, tarvitaan yksilövastuisen hoitotyön toteuttaja eli vastuuhoitaja. Vastuuhoitajalla on **vastuu** hoidon koordinoinnista, suunnittelusta ja toteutuksesta siten, että asiakkaan oikeus saada hoito- ja palvelusuunnitelman mukaiset palvelut ja hoiva toteutuu niin kuin niistä on yhteisesti sovittu (Päivärinta & Haverinen, 2002, 18).

Hjerppen (2008) mukaan vastuullisuuden lisäksi yksilövastuisen hoitotyön perusteisiin kuuluvat autonomia, koordinointi ja kattavuus.

**Autonomia.** Asiakkaan vastuuhoitajalla on valtuuksia tehdä hoitotyöhön kuuluvia päätöksiä ja toimia niiden mukaan. Vuorovaikutus ja yhteistyö hoitavan tiimin kesken mahdollistuvat, kun vastuuhoitajalla on *autonomia* yksittäisissä päätöksissä.

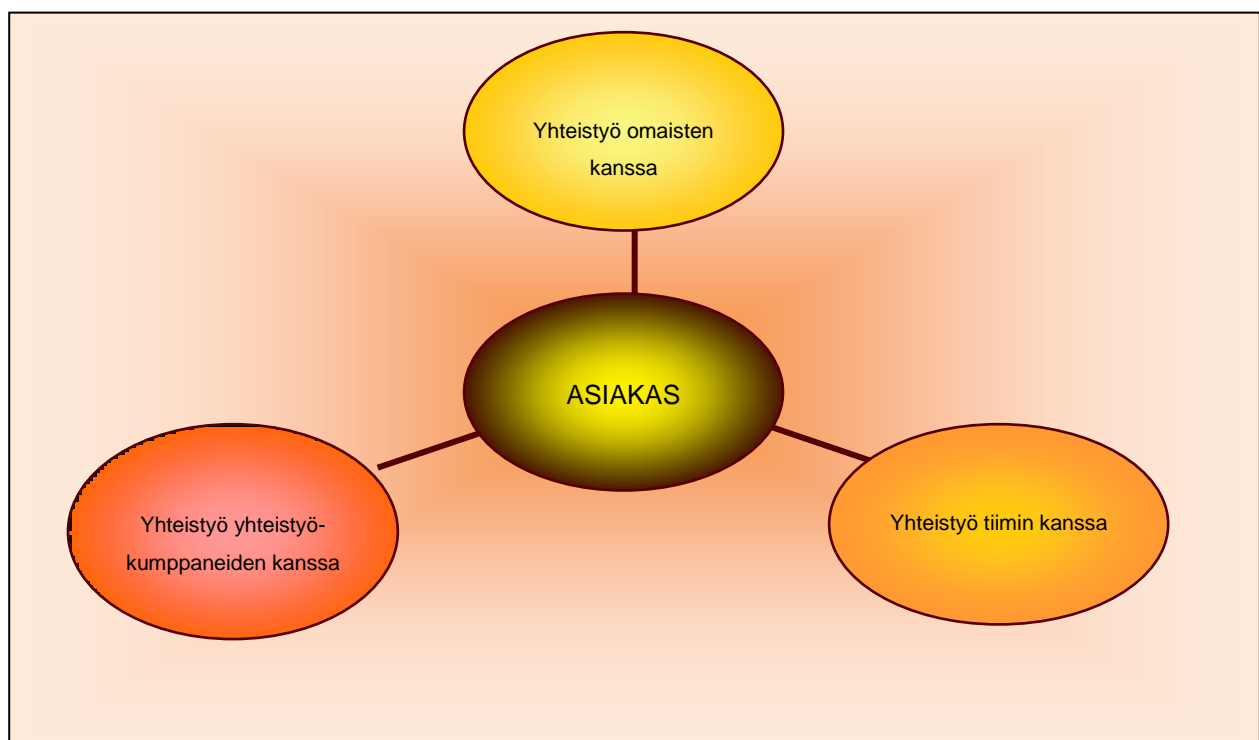
**Koordinointi.** Hoitotyön toiminnot pyritään järjestämään järkevästi ja yhdenmukaisesti. Koordinoinnilla varmistetaan, että asiakkaita hoitavilla ja heidän perheitään tukevilla hoitajilla on yhteiset tiedot, suunnitelmat ja käsitykset asiakkaiden hoidosta. Järjestäminen sinänsä on jokaisen työntekijän velvollisuus, mutta korkein vastuu on kuitenkin vastuuhoitajalla. Hänellä tulee olla kokonaisuus hallussa.

**Kattavuus.** Asiakkaan kokonaishoito on kattavuuden kriteeri. Huolimatta siitä, että asiakkaalle on nimetty vastuuhoitaja, on jokainen hoitotyöntekijä vastuussa asiakkaan tarvitsemasta avusta ja hoitotoimista tietyn ajanjakson verran, esim. työvuoron ajan. (Hjerppe, 2008.)

Viimeksi kuluneiden kahden vuosikymmenen aikana on eri tavoin pyritty tehostamaan hoito- ja palvelujärjestelmän eri organisaatioiden ja asiantuntijoiden töiden yhteenliittämistä niin, että asiakkaalle syntyy mielekäs, yksilöllinen kokonaisuus. Tavoitetta on pyritty saavuttamaan kehittämällä omahoitajuutta/vastuuhoitajuutta, yksilövastuista hoitotyötä ja ottamalla käyttöön väestövastuu- ja omalääkärijärjestelmiä. (Helin, 2010.)

### 3.2 Vastuuhoitaja hoito- ja palvelusuunnitelmasta vastuullisena

Vastuuhoitaja on vastuussa asiakkaan tarpeiden mukaisesta, laadukkaasta hoidosta ja hoivasta ja toteuttaa sitä asiakkaan toimintakykyä edistävällä työotteella. Hän koordinoi asiakkaan kokonaisuhoitoa yhteistyössä omaisten, lääkärin ja muiden asiakkaan hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Voidaan puhua moniammatillisesta työryhmästä. Vastuuhoitajan tehtäväkenttää ja hoito- ja palvelusuunnitelman vaikutuksia tehtäviin voidaan selkiyttää seuraavan kuvion avulla. Kuvio 2.



Kuvio 2. Vastuuhoitajan tehtävät (mukaillen Haimi-Liikkasta, 2013).

**Asiakas** on aina kaiken keskiössä. Hän on yksilö, joka tuntee parhaiten oman elämänsä. Hän saattaa kuulua perheeseen tai muuhun lähiyhteisöön. Hän kuuluu alueelliseen väestöön ja näin ollen osaksi yhteiskuntaa. Asiakkuus näkyy kaikilla näillä tasoilla – jolloin on vaara, että asiakkaalle tarjotaan ”palvelupakettia”, johon hänen tulisi mahtua; yksilöllisyys unohtuu. Hoitotyön keskipisteenä on aina asiakas, hoitotyön toiminnot ja muut palvelut järjestetään aina asiakkaan tarpeiden pohjalta. (Hyttinen, 2009.) Kuvio 2.

**Yhteistyössä omaisten** kanssa toteutetaan palvelutarpeen arviointikäynti. Omaisiin pidetään säännöllisesti yhteyttä asiakkaan asioista ja sovitaan yhteistyöstä. Heitä tuetaan, ohjataan ja neuvotaan asiakkaan hoitoon liittyen. Muutosten ilmoittaminen ja yhteydenpito on molemmin puolista. Omaiset osallistuvat myös hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämiseen. Kuvio 2.

**Tiimin kanssa tehtävään yhteistyöhön** kuuluu vastuuhoidajuudesta ja yhteistyöstä sopiminen. Asioiden tiedottaminen ja raportointi, hoito- ja palvelusuunnitelmaan tehtävistä muutoksista kertominen, yleisesti tietojen ajan tasalla pitäminen kuuluu vastuuhoidajan ja tiimin väliseen yhteistyöhön. Moniammatillinen työskentely antaa mahdollisuuden pohtia asiakkaan asioita useasta näkökulmasta. Yhteistyö tiimin kanssa on vastuunkantamista. Kuvio 2.

**Vastuuhoidajan ja yhteistyökumppaneiden kanssa tehtävä yhteistyö** pitää sisällään molemminpuolista tiedottamista, asioiden sopimista sekä palveluiden suunnittelua huomioiden asiakkaan tasaisen viikko-ohjelman sekä hoito- ja palvelusuunnitelman. (Haimi-Liikkanen, 2013) Kuvio 2.

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää yhdessä työntekijöiden kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma vahvemmaksi työvälineeksi kotihoidon työntekijöille sekä samalla ottaa inhimillisen toiminnan malli osaksi hoito- ja palvelusuunnitelman laadintaa. Tavoitteena työllä oli yhdessä henkilöstön kanssa kehittää toimintaa uuden teorian mukaiseksi. Asiakslähtöisyyttä lisättiin inhimillisen toiminnan mallin teorian kautta, jossa merkittävinä asioina nähtiin asiakkaan tahto, tottumukset, toimintakyky; eli asiakkaan voimavarat, sekä asiakkaan lähiympäristö.

Tavoitteena oli myös, että hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen nähdään yhtenä kotihoidon hoitotyöntekijän tehtävistä, jolloin myös vastuuhoidajuus vahvistuu.

## 5 MUUTOSPAJA KEHITTÄMISEN MENETELMÄNÄ

Kehittämistyö on toteutettu muutospajatyypillisesti kehittämistutkimuksena. Muutospaja rakentuu erillisistä tapaamisista, joissa käydään läpi tehtyjä työvaiheita, suunnitellaan toimintaa uudella tavalla ja kokeillaan käytännössä uusia toimintamalleja (Launis, Schaupp, Koli & Rauas – Huuhtanen, 2010, 63 -64). Vaiheet jaetaan vielä orientointi-, eli perehtymisvaiheeseen, analyysi- eli aineiston keräämisen vaiheeseen, tulkinta- eli toiminnan kiteytysvaiheeseen sekä kokeilu- ja kehittämisvaiheeseen. Kokeilu- ja kehittämisvaiheessa uusia toimintatapoja testataan sekä arvioidaan. Arviointi koskee sekä pajaproessia että kokeilujen sisältöä (Launis, ym. 2010, 66 – 73).

Kun pyritään muuttamaan totuttua toimintatapaa, kohdataan usein se ajatus erityisesti organisaation johdon osalta, että onnistunut muutos edellyttää aina työntekijöiden asenteiden ja vanhan työnteon mallin muutosta ja muutosvastarinnan poistamista (Launis, ym. 2010,7). Edellytyksenä uudelle toimintakonseptille on toki tekijän uudenlainen orientaatio ja uudenlainen työskentelyn malli, mutta on myös muistettava, että kaikki ”vanha” ei ole pelkästään työntekijän ongelma, opitut tavat ovat yleensä syvällä myös koko organisaation tavassa toimia. Muutos toimintakonseptissa ei ole siis pelkästään henkilöstön kouluttamista vaan vaatii toimenpiteitä usein koko organisaatiossa (Launis, ym., 2010,8).

Launin ym. mukaan (2010, 61) muutospajassa on erilaisia oppimisen vaiheita. Puhutaan ekspansiivisen, eli laajenevan kehityksen periaatteesta. Muutospajassa tapahtuvasta oppimiseen johtavasta toiminnasta puhuttaessa tarkoitetaan sitä, että tuotetaan tietoisesti uusia toiminnan rakenteita, esim. välineitä ja työkäytänteitä, joiden kautta toivotaan löytyvän ratkaisuja mahdollisiin ongelma- ja ristiriitatilanteisiin, joita työyhteisössä esiintyy. Ei pyritä pelkästään siihen, että ratkaistaan ongelmat ja mahdolliset häiriöt nykyisen toiminnan sisällä; muutospajan oppimisvai-

heiden edetessä tähdätään siihen, että yhteinen työ nähdään laajempänä kokonaisuutena ja ekspansiivisuus siirtyy käytäntöön niin, että uskalletaan kokeilla uusia työ- ja toimintatapoja. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Oppimisen vaiheet muutospajassa, Launisen mukaan (2010, 63).

Oppimisvaiheet eivät ole itsenäisiä, toisistaan erillään olevia kokonaisuuksia. Kyseenalaistamista, arviointia ja analysointia tapahtuu monissa muutospajan vaiheissa sekä käytännössä jokaisessa oppimissyklissä. Edeltävät vaiheet on oltava opittuina, toiminta ja sen muutos analysoituna ja selkiytettynä, jotta voidaan siirtyä seuraavaan oppimisvaiheeseen (Launis, 2010,63).

## 6 MUUTOSPROSESSIN ETENEMINEN JA MENETELMÄT

Tässä kappaleessa esitellään kehittämistyön toimintaympäristö, menetelmät, joita muutosprosessissa käytettiin ja kerrotaan muutosprosessin vaiheista.

### 6.1 Toimintaympäristön kuvaus

Petäjävesi on vireä kasvukunta, joka kuuluu Keski-Suomen maakuntaan. Petäjävesi sijaitsee kahden valtatie risteyskohdassa, 25 minuutin ajomatkan päässä Jyväskylästä. Kirkonkylää halkoo rautatie ja vesistöt ympäröivät kuntakeskusta. Petäjäveden kunta rakentuu taajamasta ja viidestä sivukylästä. Maapinta-alaa Petäjävedellä on 456,6 km<sup>2</sup>, vesistö-pinta-alaa 38,8 km<sup>2</sup> ja asukkaita maaneliökilomet-rille 8,9 (Petäjäveden kuntainfo [Viitattu 1.11.13]).

Asukasluku oli vuoden 2012 lopussa Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKAnet:n mukaan 4095 asukasta, joista 65 vuotta täyttäneiden osuus oli 20,3 %. Alle 15 – vuotiaita kunnassa oli 2012 vuoden lopussa 19,7 % (805 alle 15 – vuotiasta). Huoltosuhde vuonna 2012 oli 66,7 %. Huoltosuhde kertoo alle 15-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden määrän suhteessa sataa työkäistä (15–64 –vuotiasta) koh-ti.(SOTKAnet.)

Petäjäveden kotihoidon vakituisen henkilöstön määrä oli opinnäytetyön aloitushet-kellä 18. Lisäksi pitkäaikaisia sijaisia oli 3. Henkilöstön ammattinimikkeet jakautui-vat seuraavasti; sairaanhoitajia 3, joista yksi kotihoidon vastaava sh, joka toimii lähiesimiehenä, lähihoitajia tai vastaavan koulutuksen omaavia 14, lähihoitajiksi oppisopimuksella opiskelevia 3, kodinhoitajia 1.

Säännöllisen kotihoidon piirissä oli 30.11.2012 94 yli 65 vuotiasta asiakasta (Ka-nerva, 2013).

Hoito- ja palvelusuunnitelmien laatiminen on Petäjäveden kunnassa aiemmin näh-ty lähinnä esimiehen tehtävänä, vaikka se todellisuudessa kuuluu jokaiselle koti-

hoidon työntekijälle. Vastuu hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä kuuluu olla asiakkaalle nimetyllä vastuuhoidtajalla. Käyty koulutus nähtiin tarpeellisena, koska kunnassa on valmisteilla uusi vanhuspalvelustrategia ja sitä varten tehty valmistelutyö on palvelujohtaja Anu Tuikkasen mukaan tuonut esiin seikkoja, jotka kertovat hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisen haasteista. Toiminta on koettu organisoimattomaksi, hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat osittain puutteellisia; niistä saattaa puuttua esim. suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus. Tämän hetkiset hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat lähinnä lista hoitajille kuuluvista, asiakkaan luona tehtävistä töistä (Tuikkanen, 2013). Efficat – asiakastietojärjestelmästä hoito- ja palvelusuunnitelmia ei juuri löydy, paperiversioina kylläkin.

## 6.2 Muutospajassa käytetyt menetelmät

Oppiminen ei tarkoita pelkästään tiedon lisäämistä vaan myös ajattelun kehittymistä. Oppiva ihminen alkaa käsitellä oppimiaan asioita, hän reflektoi oppimaansa ja soveltaa opittuja asioita käytäntöön. Sama ajatus kiteytyy Launin, ym. (2010, 61) Muutospajaohjaajan oppaaseen.

Muutospajaprosessissa toteutettavia pajatyöskentelyn välineitä ja menetelmiä on paljon. Riippuen siitä, mikä on oppimisprosessin tavoiteltava vaihe, määrittyy myös oppimiseen käytettävä väline tai menetelmä (Launis, ym. 2010, 77).

Tämän kehittämistehtävän muutospajassa käytettyjä menetelmiä olivat:

- demokraattinen dialogi (liite 3)
- seinätekniikka (liite 3)
- ohjauksen kautta oppiminen
- ohjaustilanteen jälkeinen haastattelu ja
- arviointikysely (liite 5)



### 6.2.1 Demokraattinen dialogi

Demokraattinen dialogi on tasavertaista keskustelua. Keskustelu on vastavuoroista niin, että kaikkien on mahdollista ja heillä on jopa velvollisuus osallistua keskusteluun. Keskusteluun osallistuminen ei näin ollen ole kiinni osallistujan koulustausta tai asemasta organisaatiossa. Tärkeää on, että demokraattinen dialogi käydään ”ihmisten omalla kielellä”, ei kikkailla vierailta käsitteillä ja ”ammattislangilla” vaan puhutaan ”selvällä suomen kielellä”. (Kivimäki, Karttunen, Yrjänheikki & Hintikka, 2006, 17 [Viitattu 2.11.13].) Demokraattisella dialogilla hiljainenkin tieto saadaan työyhteisön tietoon ja keskustelun kohteeksi (Vataja, 2009, 55).

Demokraattinen dialogi toteutettiin kehittämistyössä niin, että vetämäni kehittämistyön palaveriin osallistunut työntekijä sai tuoda omat mielipiteensä keskustelun aiheesta esiin. Korostin palaverin alussa, että on äärimmäisen tärkeää, että jokainen uskaltaa tuoda omat ajatuksensa esiin. Demokraattisuus toteutui niin, että jokainen vuorollaan kertoi vastuuhoidajuudesta omat ajatuksensa, kun oli ensin saanut niitä hetken itsekseen miettiä ja kirjoittaa ylös. Inhimillisen toiminnan mallista käyty keskustelu toteutettiin samalla tavalla (liite 3).

### 6.2.2 Seinätekniikka

Seinätekniikassa käytetään nimensä mukaisesti apuna seinää. Seinälle havainnollistetaan prosessin kulkua esim. erivärisin tai - kokoisin paperiarkein, joille on kirjoitettu prosessin etenemiseksi tuotettua tietoa (Saastamoinen, 2002 [Viitattu 2.11.13]). On tärkeää, että paperit ovat liikuteltavia, jotta niitä voidaan tarpeen mukaan siirtää paikasta toiseen, tässä tapauksessa otsakkeen alta toisen alle.

### **6.2.3 Ohjaus oppimismenetelmänä**

Ohjaustilanteessa oppija saa toimia itsenäisesti ja pyytää ongelmatilanteissa apua ohjaajalta. Ohjaajan tulee pyrkiä joustavaan vuorovaikutukseen oppijan kanssa, jotta oppimistilanne on luonteva ja tuottaa toivotun tuloksen (Kauppila, 2011, 59).

Ohjaustuokioita varten annoin kotihoidon esimiehelle tiedoksi päivät, jolloin tulen ohjaustuokiota vetämään. Osallistumisen varmistamiseksi ehdotin, että kyseiset iltapäiväajat olisi huomioitu työvuorotaulukoissa niin, että jokaiselle työntekijälle olisi sopivan päivän tullen ollut koulutusiltapäivä. Tällä olisi varmistettu kaikkien osallistuminen ohjaustuokioon.

Ohjaustilanteen jälkeen haastattelin ohjattavaa ja kävimme läpi ohjauksen kohteena olleeseen asiaan liittyneitä tuntemuksia, haasteita ja kehittämissuhteita.

### **6.2.4 Arviointikysely**

Arviointikyselyllä selvitettiin, millä tavalla muutospaja ja valitut menetelmät olivat juurruttaneet uutta toimintamallia käytäntöön. Kyselyllä selvitettiin mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta, työntekijän omaa aktiivisuutta oppijana ja vastuunottajana sovitusta työtehtävistä. Oman työskentelyn arviointi palvelee koko organisaatiota (Vataja, 2009, 60).

Arviointikysely toteutettiin lomakekyselynä. Liite 8.

## **6.3 Muutosprosessin eteneminen vaiheittain**

Muutospajaan lähdetessä on arjen käytänteissä törmätty yleensä johonkin haasteelliseen tai ongelmalliseen tilanteeseen, joka vaatii reagoimista ja ratkaisua. Tilan-

teeseen ei aina välttämättä löydy ratkaisua valmiina, tai aiemmin käytetyt menetelmät voivat sellaisinaan osoittautua toimimattomiksi. Näin ollen on mahdollista kehittää työtä pilkkomalla sitä pienempiin osiin muutospajassa ja miettimällä ongelmaan tai haastavaan tilanteeseen ratkaisua muutosprosessin tavoin työyhteisössä (Launis, ym. 2010, 45). Taulukossa 1. kuvaan muutosprosessin etenemistä vaiheittain. Käyn läpi vaiheisiin sisältyneitä konkreettisia toimia, joiden mukaan prosessi eteni. Taulukossa käytän hoito- ja palvelusuunnitelmasta lyhennettä HPS (taulukko 1).

Taulukko 1 Muutosprosessin eteneminen (mukaillen Launista ym., 2010, 65).

Muutospajan vaihe	Konkreettiset sisällöt keskeisille vaiheille
<b>Neuvotteluvaihe; - toimintaympäristöstä löytyneet kehittämiskohteet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HPS:t puutteellisia, niiden laatiminen sähköisesti kangertelee ja tekeminen mielletään esimiehen työksi</li> <li>- HPS-lomake uudistettava, vanha lomake sairauskeskeinen, listaa lähinnä hoitajan töitä</li> </ul>
<b>Orientointivaihe; - organisaation järjestämä koulutus, ulkopuolinen kouluttaja</b>	”Toimintakyvyn ylläpitäminen Petäjaveden kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällöksi ja käytännön toiminnaksi” – koulutus (liite 1) toteutettiin ajalla 9.1. – 7.3.2013.
<b>Välitehtävä 1</b>	Esimiesten tuottama muutossuunnitelma (liite 2) koulutuksen tuotosten tuloksena
<b>Analyysivaihe; - muutossuunnitelman pohjalta kehittämissuunnitelma</b>	Priorisoitiin muutossuunnitelman (liite 2) pohjalta, missä järjestyksessä asioihin tartuttiin: <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Omahoitajuus</li> <li>2 HPS – lomake</li> <li>3 HPS:n – sisältö</li> <li>4 HPS:n sähköinen kirjaaminen</li> </ol>
<b>Orientointivaihe</b>	Kehittämistehtävä ja opinnäytetyön aihe esitellään henkilöstölle; ensimmäinen kehittämistehtävää koskeva palaveri 13.3.13 (liite 3)

<b>Välitehtävä 2</b>	<p>Omahoitajuus; mitä se on?</p> <p>Inhimillisen toiminnan malli; mitä jäi koulutuksesta käteen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- palaverin keskusteluaiheita 19.3.2013 (liite 3; menetelmänä demokraattinen dialogi)</li> </ul>
<b>Tulkintavaihe</b>	Kehittämistyöntekijänä pohdin työntekijöiden välitehtävässä 1 tuottamia vastauksia suhteessa muutossuunnitelmasta nousseisiin kehittämiskohteisiin.
<b>Välitehtävä 3</b>	Voimavarakartoituksesta HPS-lomakkeeksi; aiheena palaverissa 26.3.13 (liite 3; HPS-lomake liitteessä 4; menetelmänä seinäteknikka)
<b>Kokeilu- ja kehittämisvaihe</b>	HPS-lomakkeen testausta 27.3. – 17.4.13
<b>Tulkintavaihe</b>	Kommentointia, tarpeelliset muutokset HPS-lomakkeeseen muutosehdotusten pohjalta, aiheena palaverissa 18.4.13 (liite 3)
<b>Orientointivaihe</b>	Opinnäytetyön aihe esiteltiin tarkemmin tiimipalaverissa, annettiin seuraava välitehtävä ohjaustuokiota ajatellen 23.4.13 (ei muistiota käytettävissä)
<b>Välitehtävä 4</b>	Tarkoituksena oli, että asiakas ja vastuuhoitaja päivittävät yhdessä paperiversiona HPS:n (liite 4)
<b>Analyysivaihe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ohjaustuokio HPS:n tekemiseksi asiakastietojärjestelmään paperisen version pohjalta.</li> <li>- Ohjaustuokion jälkeen kysymykset HPS:n laatimiseen liittyen (vastaukset käsitellään kohdassa 7.1 Ohjaustuokion haastatteluvastaukset)</li> </ul> <p>Ohjaustuokioita järjestettiin 13.5. – 28.8.13 välisenä aikana keskimäärin kerran viikossa</p>
<b>Analyysivaihe</b>	Arviointikysely (liite 5) ohjaustuokion jälkeiseen työskentelyyn liittyen toteutettiin 31.10 -1.11.13

Launiksen ym. mukaan (2010, 64) on tyypillistä, että muutospajan alkuvaiheessa työyhteisössä voidaan havaita erilaisia ongelmia jaksamisen suhteen.

## 7 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä osiossa käyn läpi kehittämistyön kannalta keskeiset tulokset sekä tuon esiin omat johtopäätökset. Tulokset ovat johdettavissa ohjaustuokioiden haastattelukysymysten vastauksista sekä arviointikyselyn vastauksista.

Tämän kehittämistyön tavoitteena on ollut vahvistaa hoito- ja palvelusuunnitelman merkitystä työvälineenä Petäjaveden kotihoidossa. Asiakastietojärjestelmä (Effica) hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamispaikkana on ollut vieras, sähköistä kirjaamista on ”kartettu”. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) ja vanhuspalvelulaki (980/2012) kuitenkin edellyttävät hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista kaikille asiakkaille, ellei kyseessä ole tilapäistä ohjausta ja neuvontaa tarvitseva asiakas.

Muutossuunnitelman (liite 2) pohjalta lähdettiin kehittämistyössä etenemään. Tarkoituksena oli tarttua vastuuhoidajuuteen, hoito- ja palvelusuunnitelmalomakkeen uudistamiseen, hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöön ja sen sähköiseen kirjaamiseen Effica – asiakastietojärjestelmään. Kehittämistehtävänä tuotettu uudistettu hoito- ja palvelusuunnitelmalomake (liite 4) valmistui toukokuussa 2013 ja otettiin saman tien käyttöön.

Touko - elokuussa 2013 järjestettyihin ohjaustuokioihin osallistui sekä kotihoidon avokentän työntekijöitä, mielenterveyskuntoutujien tukiasuntojen työntekijöitä että Petäjäkodin tehostetun palveluasumisen työntekijöitä. Esimiehet halusivat, että jokaiselle vanhuspalveluiden sektorilla työskentelevälle tarjotaan mahdollisuus osallistua ohjaustuokioon, jonka tarkoituksena oli auttaa vastuuhoitajaa kirjaamaan hoito- ja palvelusuunnitelma sähköisesti Effica - asiakastietojärjestelmään.

### 7.1 Ohjaustilanteiden arviointi

Arviointi toteutettiin kotihoidon avokentältä ohjaustuokioon osallistuneiden työntekijöiden kanssa. Heidän ajatuksia vastuuhoitajan vastuullisuudesta hoito- ja palve-

lusuunnitelman (jäljempänä HPS) päivittämisestä selvitin haastatteleamalla heitä sen jälkeen, kun tuokio oli ohitse. Kysymykset olivat:

- 1) Mitä pidät tärkeänä HPS:n teossa?
- 2) Mitä haasteita kohtasit HPS - keskustelussa?
- 3) Tuntemukset ohjelman (Effic) käyttämisestä HPS:a tehdessä?

**Tärkeäksi** koettiin, että HPS auttaa uutta työntekijää tai sijaista, erityisesti jos HPS löytyisi myös tulostettuna versiona. Asiakkaan ja vastuuhoidajan välisen suhteen koettiin syventyvän. Laadittaessa HPS asiakastietojärjestelmään koettiin, että asiakkaan asiat ovat sen jälkeen helposti saatavilla. Tärkeänä nähtiin asiakkaan kuunteleminen ja tunteminen; haastattelu ja tiedon kerääminen on helpompaa tuesta asiakkaasta. Omaisten läsnäolo koettiin tärkeäksi. Tärkeänä nähtiin myös se, että HPS:n tekemiseen saa riittävän perehdytyksen ja käytännön tukea.

*”Kun olis vaan enempi aikaa, niin oppis tunteman asiakkaan paremmin.”*

*”Luottamus tulee molemminpuoliseksi.”*

*”Poika kerto äitin puhuneen semmosistaki asioista, joista ees lapset ei tienny.”*

**Haasteena** HPS – keskustelussa koettiin se, kuinka saada aikaiseksi luottamuksellinen suhde vastuuhoidajan ja asiakkaan välille, erityisesti jos kyseessä on uusi asiakas. Tavoitteiden asettaminen koettiin haastavana, erityisesti se, että asiakas itse asettaisi tavoitteita.

*”Asiakas oli ”otettu”, kun joku oli oikeasti kiinnostunu hänen asioista.”*

*”Haastavaa tehdä tavoitteita, jos ei yhtään tunne asiakasta etukäteen”*

**Effica** – asiakastietojärjestelmän käyttökokemukset olivat osin sekavia, osa koki ohjelman käytön helpoksi. Useimmat kuitenkin kaipasivat kirjallisia ohjeita HPS:n laatimiseksi. Erityisesti niin, että asiakastietojärjestelmän käytöstä laaditaan ”polku”, jota käyttäen pääsee siihen pisteeseen, jolloin voi alkaa kirjaamaan HPS:a.

*”Kyllä kirjalliset ohjeet tarvitaan”*

*”Apu ekalla kerralla on tarpeen”*

## 7.2 Muutospajatyöskentelyprosessin arviointi

Arviointi toteutettiin lomakekyselynä (liite 5). Kyselyssä esitettiin kahdeksan (8) kysymystä liittyen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen ohjaustuokioon ja kolme erillistä kysymystä jotka liittyivät vastuuhoitajuuteen, kirjaamiseen ja kotihoitokäyntien tilastointiin.

Kyselyyn vastasi 11 kotihoidon ja 9 tehostetun palveluasumisen hoitotyöntekijää yhteensä 20 vastaajaa. Tulokset esitetään seuraavassa taulukossa 2 yhtenä kokonaisuutena.

Taulukko 2. Arvioinnin tulokset esitettynä hoito- ja palvelusuunnitelman osalta, taulukossa käytän lyhennettä HPS (hoito- ja palvelusuunnitelma).

<b>1. Osallistuitko HPS – opastukseen?</b>	<b>Kyllä: 13</b> <b>En: 7</b>
<b>2. Jos osallistuit, oletko tehnyt koulutuksen jälkeen HPS:ia?</b>	Kyllä: 7 En: 12 ”Olen tehnyt vaikka en osallistunutkaan. En yksin mutta toisen kanssa.”
<b>3. Onko kaikilla omahoidettavillasi/vastuuhoidettavillasi HPS:t ajan- tasaisina asiakastietojärjestelmässä</b>	Kyllä: 7 Ei: 11

<b>(Effic)</b>	En tiedä/tyhjä vastaus: 2
<b>4. Jos vastasit edelliseen kysymykseen ei, niin valitse seuraavista/kerro syyt miksi HPS:t eivät ole ajantasaisina asiakastietojärjestelmässä:</b>	<p>En osaa/en tiedä, miten ko. asiakirja tehdään: 2 vastaajaa</p> <p>En tiedä, minne ko. asiakirja Efficassa tehdään: 2 vastaajaa</p> <p>Tarvitsen apua ohjelman (Efficakotihoito) käytössä: 5 vastaajaa</p> <p>Tarvitsen apua HPS:n sisällön tuottamiseen: 3 vastaajaa</p> <p>Muut syyt, mitä: 8 vastaajaa kertoo, että aikapulan vuoksi HPS:ia ei ole tehty.</p>
<b>5. Millaista koulutusta/opastusta/tukea haluaisit HPS:n laatimiseen, jos koet sitä vielä tarvitsevasi?</b>	”Pienryhmäopastusta, henkilökohtaista vierihoitoa, muistin virkistystä, aikaa tekemiselle – perustyö vie kaiken ajan.” (suoria lainauksia vastauksista)
<b>6. Oletko saanut apua työtoverilta/esimieheltä HPS:n laatimiseen, jos olet pyytänyt?</b>	<p>Kyllä: 13 vastaajaa</p> <p>En: 2 vastaajaa</p> <p>En ole pyytänyt, uskoisin että saan jos kysyn: 4 vastaajaa</p>
<b>7. Millaista tukea/kannustusta odotat työtoverilta HPS:n laatimiseen?</b>	”Yhdessä tekemistä, parityöskentelyä, hopasuun liittyvää keskustelua, kannustusta, vedetään yhtä köyttä, yhteiset hoitolinjaukset, opastusta” (suoria lainauksia vastauksista)
<b>8. Millaista tukea/kannustusta odotat esimieheltä HPS:n laatimiseen?</b>	7 vastaajaa toivoi aikaa HPS:n tekemiseen, opastusta ja neuvontaa toivottiin myös. Esimieheltä oli saatu tukea ja kannustusta.

Yhdeksäs (9) kysymys käsitteli vastuuhoidajuuksi; mitä mielestäsi kuuluu vastuuhoidajan tehtäviin? Pyysin luettelemaan vastuuhoidajan tehtäviä. Neljä vastaajaa oli jättänyt vastaamatta. Seuraavassa lueteltuja tehtäviä:



- huolehtia, että asiat omahoidettavalla hyvin; ravitseminen, apuvälineet
- lääkärikäynnit, hammaslääkärikäynnit
- yhteydenpito omaisiin/edunvalvojaan
- lääkityksen ajantasaisuudesta huolehtiminen
- fyysinen ja henkinen hyvinvointi
- vaatetuksesta huolehtiminen
- asioiden hoito, tärkeät hankinnat
- hoito- ja palvelusuunnitelman pitäminen ajan tasalla, tekeminen ja seuranta, vastuu
- voinnin seuranta ja raportointi
- asukkaan/asiakkaan elämänkaaren tunteminen, kokonaisvaltainen käsitys asukkaasta/asiakkaasta
- viriketoiminta (mm. ulkoilu)

Esiin nostettiin, että vastuuhoitaja on asiakkaan läheisin hoitaja, joka perehtyy asiakkaan asioihin, huolehtii niiden hoidosta, ellei esim. omainen sitä tee. Koettiin myös, että omahoitajuus ei toimi hyvin, koska työpiste vaihtelee viikoittain. Vastuuhoitajuudesta ajatellaan myös niin, että *"kaikki tekee kaikkea"*.

Kymmenes (10) kysymys käsitteli kirjaamista; mitä kirjaat asiakkaan kertomukselle ja kuinka usein kirjaat? Pääsääntöisesti pyritään kirjaamaan pistokset, haavanhoi-dot, ylimääräiset lääkkeiden annot, lääkejaot, voinnin muutokset, kaikki seuranta-asiat asiaan kuluville seurantalehdille ja päivittäisistä toiminnoista. Kirjaamista tapahtui vähintään kerran viikossa, useimmat vastanneista pyrkivät kuitenkin työajan puitteissa kirjaamaan asiakkaan asioista jokaisessa työvuorossa. Kirjaaminen koetaan vastausten perusteella selkeästi tärkeäksi tehtäväksi.

*”Kirjaan joka työvuoron jälkeen tärkeimmät asiat ylös”*

*”Joka päivä pa voinnista, muutoksista”*

*”Yritän joka päivä KHTOT:sille voinnin muutokset, insuliinit ja lääkejaot, aika ei riitä tarkkaan (enempään) kirjaamiseen”*

*”Asiakkaan tilannetta ja vointia – asioita joita on seuraavan tai jonkun muun hyvä tietää. Pysin kirjaamaan päivitt. pistokset ym mutta jos pitkä väli edell. niin ainakin 1 x vk”*

*”Pistokset ja aikaisemmat tapahtumat. En ylitöinä. Yleensä aina kun kone toimii”*

*”Jos jotain poikkeavaa asiakkaan voinnissa on tapahtunut ja tarvitsee seuranta > tarvittaessa joka pv tai muutaman kerran viikossa jos ei erityistä”*

Tilastointia toteutettiin kotihoidossa joko tarkoilla asiakkaan luokse saapumis- ja lähtökellonajoilla, tai yhteenlasketulla minuuttimäärällä ja yhteenlasketulla käyntimäärällä ilmoitettuna. Tehostetussa palveluasumisessa tilastointia ei tehty, mutta palveluasumisessa asiakkaat ovat säännöllisen kotihoidon piirissä, jolloin heille tehdyt käynnit myös tilastoidaan.

*”Perustuu täysin arvioituun aikaan ja käyntikerrat suunnilleen ainakin Pihliksellä, koska käynnejä on niin paljon. Avolla tilastointi on totuudenmukaisempaa”*

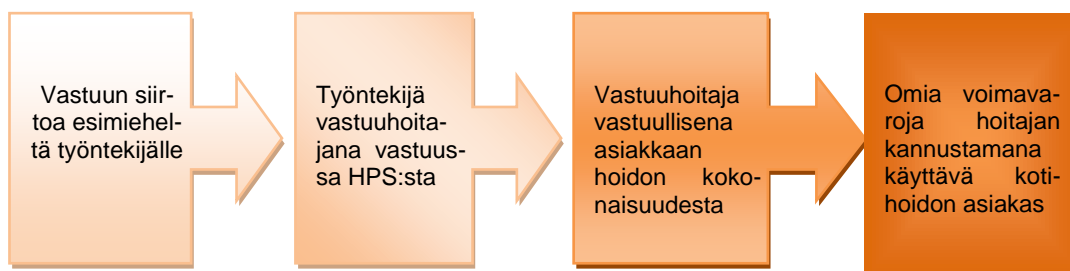
### **7.3 Johtopäätökset**

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää yhdessä työntekijöiden kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma (jäljempänä HPS) vahvemmaksi työvälineeksi kotihoidon työntekijöille sekä samalla ottaa inhimillisen toiminnan malli osaksi HPS:n laadintaa. Tavoitteena työllä oli yhdessä henkilöstön kanssa kehittää toimintaa uuden teorian mukaiseksi. Asiakslähtöisyyttä pyrittiin lisäämään inhimillisen toiminnan mallin teorian kautta, jossa merkittävänä asioina nähtiin asiakkaan tahto, tottumukset, toimintakyky; eli asiakkaan voimavarat, sekä asiakkaan lähiympäristö.

Tavoitteena oli myös, että HPS:n tekeminen nähdään yhtenä kotihoidon hoitotyöntekijän tehtävistä, jolloin myös vastuuhoidajuus vahvistuu.

Kehittämistyön toimintaympäristössä on viimeisten kahden vuoden aikana tapahtunut muutoksia vanhustyön sektorilla, työntekijöiden on pitänyt sisäistää uusia toimintatapoja pienellä aikavälillä. Aiemmin kotihoidon esimies on laatinut HPS:t, kenttätöntekijän vastuulle on jäänyt ”ainoastaan” hoidon toteutus. Muutosten myötä kenttätöntekijän työnkuva on muuttunut laajemmaksi, mutta uuden työnkuvan läpikäymiseen ei ehkä ole käytetty tarpeeksi aikaa. Tämä on varmasti osaltaan johtanut tietynlaiseen epävarmuuteen siitä, mitä kaikkea kotihoidon hoitajan työtehtäviin kuuluu suhteessa perustehtävän kokonaisuuteen.

Tästä syystä on ollut tarpeellista selvittää työntekijöiden ajatuksia vastuuhoidajuudesta ja pyrkiä siihen, että esimiehen vastuuta jaetaan myös työntekijöille, nimenomaan HPS:n laatimisesta. Nyt on otettava vastaan se vastuu, mitä esimiehet siirtävät hoitotyöntekijälle (kuvio 3). Epävarmuutta aiheuttaneiden tekijöiden esiin nostaminen ja perustehtävän kokonaisuuden ”kirkastaminen”, eli kotihoidon hoitajan työnkuvan selkiyttäminen auttaisi myös muutospajatoiminnan ja sitä kautta uuden toimintamallin juurruttamisessa käytännön toiminnaksi.



Kuvio 3. Vahvistetaan vastuuhoidajuutta.

Pidetyt ohjaustuokiot ja niiden jälkeen käydyt haastattelut olivat ajatuksia herättäviä. Ohjaustuokioihin osallistuneet työntekijät olivat hyvin eri tavoin valmistautuneita ohjaushetkeen. Vain murto-osa oli käynyt vastuuhoidettavan kanssa, loput toteuttivat HPS – lomakkeen pohjalta vastuuhoidettavan kanssa, loput toteuttivat HPS:n kirjaamisen asiakastietojärjestelmään aiemman paperiversiona löytyneen

HPS:n pohjalta tai ”mutu”-tuntumalla. Niin vanhuspalvelulaki (980/2012) kuin 17.7.13 annettu uusi laatusuosituskin ohjaavat, että palvelusuunnitelman on oltava ajantasainen ja yhdessä iäkkään itsensä kanssa laadittu (Laatusuositus, 2013). Ajan- vai tahtotilan puutteestako lienee johtunut se, että valmistautumatta ohjaustuokioon tultiin, mutta ohjaajana tuntee itsensä varsin voimattomaksi näissä tilanteissa.

Jokaisella hoitotyöntekijällä ei ollut mahdollisuutta osallistua HPS:n ohjaustuokioon, koska niiden toteutus tapahtui kesälomakauden aikana. Ehkä liiankin hiljaisena toiveena oli, että ohjaustuokioon osallistuneet olisivat jakaneet rohkeasti osaamistaan työtovereille, mutta näin ei selkeästikään ole käynyt, koska hoito – ja palvelusuunnitelmia on edelleen tekemättä. Ohjaustuokioon osallistuneista 6 kertoo, että ei ole koulutuksen jälkeen tehnyt hoito- ja palvelusuunnitelmia, merkittävimmiksi syiksi kerrotaan aikapula ja avun tarve joko ohjelman käytössä tai HPS:n sisällön tuottamisessa.

Arviointikyselyn (liite 5) tulosten pohjalta voidaan todeta, että kirjaamisen tärkeys on hyvin ymmärretty asia. Niin haastavaa kuin se usein on työvuoron loppupuolella löytää aikaa kirjaamiselle, mutta äärimmäisen tärkeästä työvaiheesta on kuitenkin kyse, kun ajatellaan sekä asiakkaan (812/2000, 785/1992), että työntekijän (559/1994) oikeusturvan toteutumista. Kirjaamisen merkitys mielestäni korostuu erityisesti kotihoidossa tilanteissa, joissa esim. asiakkaan vointi heikkenee niin, että ehkä naapuri tai omainen hälyttää apua ja ensihoito vie asiakkaan päivystykseen, ilman että kotihoidon hoitotyöntekijä edes tietää asiasta.

Vastuuhoitajan tehtävänkuva näytti selkeältä vastaajien mukaan. Vastuuhoitajan tehtäviä lueteltiin monipuolisesti sekä arviointikyselyssä (liite 5) että jo aikaisemmin muutospajan yhteydessä käydyssä keskustelussa, jossa mietittiin tuolloin omahoitajan tehtäviä (liite 6). Kuitenkaan yksilövastuinen hoitotyö ei kaikilta osin kotihoidossa toteudu. Vanhuspalvelulain (980/2012) ja uuden laatusuosituksen toteuttamisessa on tartuttava aktiivisemmin kiinni vastuuhoitajamallin käyttöönottoon kotihoidossa.

Hjerppen (2008) tekemästä tutkimuksesta käy ilmi, että vastuuhoidajan nimeäminen koetaan tärkeäksi huolimatta siitä, että toimitaan vuorotyötä tekevässä yksikössä. Vastuuhoidajalistat ajantasaisesti prosessin alkuvaiheessa. Vastuuhoidajan nimeäminen koettiin haastavana kotihoidossa; koettiin, että yksilövastuisen hoitotyön filosofia ei kotihoidossa toteudu, koska hoitajat käyvät eri asiakkaiden luona viikoittain, jatkuvuutta hoidolle ei tule. Tähän tilanteeseen ehdotin ratkaisuna vastuuhoidajaparin käyttöönottamista niin, että vastuuhoidajat toimisivat ”ykkös- ja kakkos-” vastuuhoidajina ristiin ”vanhojen tiimirajojen” yli.

Arviointikyselyssä (liite 5) nousi selkeästi esiin se, että Effica – asiakastietojärjestelmän monipuolisen käytön takaamiseksi on järjestettävä koulutusta. Vastaaajista 5 ilmoitti tarvitsevansa koulutusta Effica – kotihoitosovelluksen käytössä, 2 vastaajaa kertoi, etteivät tiedä minne hoito- ja palvelusuunnitelma tulee asiakastietojärjestelmässä laatia. Tuki- ja ohjausmuodoiksi ehdotettiin pienryhmäohjausta ja henkilökohtaista vierihoidoa. Ohjaustuokioita pidettäessä esiin nousi myös se, että hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta olisi hyvä olla kirjallinen ohje, joka sisältää ”polun”, jota käyttämällä löytää oikean sivun hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiselle. Ohjaajana laadin ohjeen, jolla ohjaustuokiota käymättömänkin hoitajan on mahdollista löytää paikka asiakastietojärjestelmästä, johon HPS laaditaan (liite 6). Samaisesta ohjeesta löytyy myös vinkkejä itse HPS:n kirjaamiseen. Ohjeistus ei kuitenkaan ole yleispätevä, vaan palvelee tällä hetkellä pelkästään tutkimuksen toimintaympäristössä ja kaipaa varmasti päivitystä erityisesti siinä vaiheessa, kun valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta käsittelevät päätökset on tehty.

Aikapula nostettiin arviointikyselyssä (liite 5) merkittävimpana tekijänä esiin, kun selvitettiin syitä siihen, miksi HPS:t eivät ole ajantasaisina asiakastietojärjestelmässä. Johtuuko aikapula työn organisoimattomuudesta, selkeästä resurssipulasta vai mistä? Vaikea tietää.

Vanhuspalvelulakiin (980/2012) ei tullut henkilöstömitoitusta kotihoidon osalle. Sitä ei myöskään varsinaisesti löydy uudesta laatusuosituksesta, mutta toisaalta laatusuosituksessa puhutaan välittömästä ja välillisestä työajasta. Välittömän asiakasajan suunnitteluohje useissa kunnissa on 60 – 70 %:a. Näissä kunnissa on

yleensä käytössä seuranta- tai toiminnanohjausjärjestelmät. Käsitykseni on, että nykyisillä käytössä olevilla ohjelmilla on mahdollisuus seurata suunnitteluohjeen mukaisen välittömän työajan toteutumista.

Laatusuositus (2013) myös määrittää nyt valtakunnallisesti, mitä työtehtäviä katsotaan kuuluvaksi välittömään ja mitä välilliseen työaikaan. Jotta voitaisiin jollakin tapaa selvittää kotihoidossa tarvittavia henkilöstöresursseja, olisi säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat oltava aikaperusteisesti oikein mitoitettuja niin, että asiakkaan luona käytettävään aikaan on laskettu mukaan seuraavia työtehtäviä:

- asiakkaan toimintakyvyn ja tarpeiden arviointi sekä HPS:n laatiminen ja päivittäminen
- hoitotoimenpiteiden ja lääkehoidon toteuttaminen (myös lääketilaukset, reseptien uusinnat, apteekkiasioinnit)
- asiakkaan tukeminen kuntouttavaa työtettä käyttäen, myös kodin ulkopuolelle suuntautuviissa toiminnoissa, esim. ulkoilu, kaupassa käynti ja asiointi
- asiakkaan asioiden hoito kodin ulkopuolella (ilman, että asiakas on mukana)
- asiakkaan läheisen/omaisen tukeminen
- asiakastietoihin kirjaaminen, kun kirjaaminen tapahtuu yhdessä asiakkaan kanssa (käytännössä käytössä mobiililaitteet)
- yhteydenpito asiakkaan kanssa puhelimitse. (Laatusuositus, 2013, 45.)

Arviointikyselyssä (liite 5) nostettiin esiin, että tuki ja kannustus työtovereilta HPS:n laatimisen suhteen oli lähinnä toivetta siitä, että työtä tehtäisiin yhdessä, käytäisiin ”hopasuun” liittyvää keskustelua, pidettäisiin yhtenäiset hoitolinjat ja vedettäisiin yhtä köyttä. Esimieheltä odotettiin lisää aikaa HPS:n tekemiseen, sekä opastusta

ja neuvontaa. Esimieheltä kerrottiin myös saadun kannustusta ja tukea HPS:n laa-  
timiseen.

Vastuuhoitajuuden vahvistamiseksi on tehtävä vielä paljon töitä erityisesti kotihoi-  
don avokentällä. Ajattelutapaa on muutettava vahvemmin kohti yksilövastuista hoi-  
totyötä. Tilannetta on syytä tarkastella tulevaisuudessa myös työnorganisoinnin ja  
-jakamisen näkökulmasta.

## 8 POHDINTA

Tässä kehittämistutkimuksessa pyrittiin kehittämään hoito- ja palvelusuunnitelmas-  
ta (jäljempänä HPS) vahvempi työväline Petäjaveden kotihoidossa ja samalla  
muokkaamaan sisällöllisesti hoito- ja palvelusuunnitelmaa asiakkaan voimavaroja  
hyödyntäväksi.

Jotta HPS koettaisiin ylipäättään työvälineenä, on sen laatiminen vastuutettava  
jollekin taholle. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelmaa käsittelevässä oppaassa  
Päivärinta & Haverinen (2002, 18) toteavat, että hoito- ja palvelusuunnitelman laa-  
timisesta **vastaava** työntekijä pitää huolen, että asiakkaan osallistuminen ja vaikut-  
taminen omien palveluidensa suunnitteluun ja arviointiin mahdollistuu. Näin ollen  
on aivan perusteltua jopa vaihtaa termiä ja alkaa puhekielessäkin käyttää omahoi-  
tajasta nimitystä vastuuhoitaja.

Vastuuhoitajan vastuulla on niin HPS:n laatiminen yhdessä asiakkaan ja tämän  
läheisten kanssa, hoidon toteutukseen liittyvien asioiden organisointi sekä hoidon,  
hoivan ja palveluiden toteutumisen seuranta, raportointi ja arviointi (Päivärinta &  
Haverinen, 2002, 18). Kirjaamisen tasolla toteutusta helpottamaan laadittiin Effic-  
a – asiakastietojärjestelmän kanssa ”keskusteleva” lomake (liite 4), jota käyttämällä  
haastattelutilanteissa saadaan asiakkaalta ne tiedot, jotka yhdessä asiakkaan  
kanssa arvioidaan merkitseviksi HPS:n kannalta.

Koko prosessi oli pitkä ja osin kivinenkin, siihen liittyi niin turhautumista kuin onnis-  
tumisen hetkiä.

Vastuuhoitajan tehtävät näyttävät prosessin myötä selkiytyneen hoitotyöntekijöille.  
Tätä voidaan pitää hyvänä tuloksena, koska prosessin alkaessa vastuuhoitajaksi  
oli nimetty jopa asiakas itse. Hoito- ja palvelusuunnitelmien laatiminen ei kuiten-  
kaan saanut sellaista nostetta prosessin edetessä, kuin olin ajatellut. Tähän asi-  
aan on syytä organisaatiossa kiinnittää tulevaisuudessakin huomiota. Itse haluai-  
sin jopa unohtaa koulutuksen inhimillisen toiminnan mallista ja puhua mieluummin  
asiakkaan voimavarat huomioivasta toimijuudesta.



Arviointikyselystä (liite 5) saadut vastaukset kertovat, että ohjelmien käytön opeteluun ja ohjaukseen on löydyttävä aikaa ja ”laitettava paukkuja”. Jos käytössä on sovelluksia, joiden olemassaolosta ei työntekijällä ole käsitystä, ei ole syytä olettaa, että pelkkä tahtotilan puuttuminen ja ajanpuute olisi syynä kirjallisten töiden tekemättömyyteen. Hoitotyöntekijät tarvitsevat ATK-koulutusta, lisää koulutusta kirjaamisesta sekä lisää koulutusta asiakastietojärjestelmän käytöstä.

### **8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys**

Mielestäni tutkimus on toteutettu luotettavasti ja eettisesti. Alkutilanne on kartoitettu tilaajan toimesta ja tilaajan ostaman koulutuksen jälkeinen muutossuunnitelma on ollut koko kehittämistutkimuksen suunnannäyttäjänä.

Pidettävistä ohjaustuokioista laadin listan, jonka toimitin yksikön esimiehelle. Yhden työntekijän kanssa sovimme yhdessä ohjaustuokiopäivän, jotta osallistuminen varmistuisi, eikä ohjaustuokio jäisi käymättä pitkän kesäloman vuoksi. Muita työntekijöitä varten oli lista päivistä, jolloin ohjaustuokioon olisi mahdollisuus osallistua. Käytännössä tilanteet toteutuivat niin, että esimies oli pyrkinyt määräämään osallistujat ko. päiviin. Sille tosiasialle en ohjaustuokion vetäjänä voinut mitään, että osallistuviksi määrätyt työntekijät eivät joko ilmaantuneet paikalle tai olivat sairaana. Korvaavia päiviä oli tarjolla, mutta niihinkään eivät kaikki työntekijät osallistuneet.

Ohjaustilanteista pyrin tekemään rauhallisia. Aina tämä ei ollut mahdollista. Tilat joissa tuokiot pidettiin, olivat yleisiä kotihoidon toimistotiloja, joissa ei erillistä kirjaamistilaa ollut mahdollista käyttää.

## 8.2 Oman työskentelyn pohdinta

Inhimillisen toiminnan malli – koulutus (liite 1) herätti paljon keskustelua. Kun hoito- ja palvelusuunnitelma on tarkoitus laatia uuden mallin pohjalta, tuntui, että olisi ”heitettävä romukoppaan” vanha opittu malli; malli jossa ihminen on opetettu kyllä näkemään kokonaisuutena, mutta siltä kannalta, että hänellä on vajavuuksia ja ongelmia, joihin hoito- ja palvelusuunnitelman avulla haetaan hoitajalähtöiset ratkaisut. Uuden mallin pohjalta on opittava löytämään asiakkaan voimavarat, ne asiat, joihin hän vielä itsenäisesti tai autettuna pystyy. Näinhän ei tosiasiallisesti ole. Inhimillisen toiminnan malli perustuu siihen, että asiakas nähdään toimijana omassa ympäristössään, omine tapoineen ja tottumuksineen. Asiakkaan voimavarat kartoitetaan kaikilta osa-alueilta ja näitä hyödyntäen suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa hänen tarpeistaan lähtevä ja hänen voimavaransa huomioiva, toimintakykyä ylläpitävä hoito- ja palvelusuunnitelma.

Koen suoriutuneeni tehtävästä hyvin. Täysin tyytyväinen en ole, koska tehdyt toiminnot ja pidetyt ohjaustuokit eivät näytä vaikuttaneen siinä määrin kotihoidon työntekijöihin, että he olisivat innostuneet laatimaan hoito- ja palvelusuunnitelmia sähköisinä. Näin siitä huolimatta, että nämä asiat ovat olleet lakisääteisiä jo useamman vuoden ajan. Jos prosessia olisi ollut ajallisesti mahdollista jatkaa pidempään, tulokset olisivat olleet positiivisemmat – hoito- ja palvelusuunnitelmat löytyisivät jokaiselta asiakkaalta sähköisessä muodossa.

On tekijöitä, joihin ei opiskelijana pysty vaikuttamaan. Jo kehittämistehtävän aikana koin auktoriteetin puutetta, koska opiskelijajohtoisesti työskenteleminen ja ”pakkotavien” määräysten antaminen sellaisista lähtökohdista käsin ei sovi luonteeseeni. On aivan eri asia antaa määräyksiä oikeana esimiehenä, kuin ”pelkkänä opiskelijana”.

Tehtävän aikana käyttämäni erilaiset menetelmät tukivat kuitenkin omaa oppimistani ja koen, että näiden valittujen menetelmien käyttö ohjasi myös työyhteisöä miettimään omaa työtään erilaisista näkökulmista.

## LÄHTEET

- A 9.10.1992/912. Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- A 30.3.2009/298. Sosiaali- ja terveys ministeriö asetus potilasasiakirjoista. [Viitattu 30.11.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- Haho, A. 2009. Hoitotietojen kirjaamisen etiikka. [Verkkolehtiartikkeli]. Sairaanhoidajalehti (12). [Viitattu 17.11.2013]. Saatavana: [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12\\_2009/etiikka/hoitotietojen\\_kirjaamisen\\_etiikk/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12_2009/etiikka/hoitotietojen_kirjaamisen_etiikk/)
- Haimi-Liikkanen, S. 9.10.2013. Kotkan kotihoidon kehittäminen: vastuuhoidajuudella lisäarvoa asiakkaalle. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 1.11.13] Saatavana: [http://kotonakokonainenelama.files.wordpress.com/2013/10/fcg\\_kotkan-kotihoidon-kehittc3a4minen\\_lappeenranta\\_jakelu.pdf](http://kotonakokonainenelama.files.wordpress.com/2013/10/fcg_kotkan-kotihoidon-kehittc3a4minen_lappeenranta_jakelu.pdf)
- Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.
- Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön kirjaamista sääntelevät lait, asetukset ja ohjeet. Teoksessa: L. Hallila (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 16 – 22.
- Heikkinen, E. 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa: E. Heikkinen & M. Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 13 – 33.
- Helin, S. 2010. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa: E. Heikkinen & T. Rantanen (toim.) Gerontologia. 2. – 3. painos. Helsinki: Duodecim, 418 – 435.
- Heinola, R. 2007. Palvelujen dokumentointi. Teoksessa: R. Heinola (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito: opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. STAKES: Otpaita 70, 26 – 29.
- Hjerppe, M. 2008. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma. [Viitattu 3.11.2013]. Saatavana: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80430/gradu03423.pdf?sequence=1>
- Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa: P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, (42 – 56)

- livanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Jyrkämä, J. 2008. Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä: hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehikseksi. Gerontologia (4). 190 – 203.
- Järnström, S. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”: etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. [Verkojulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja. [Viitattu 20.10.2013]. Saatavana: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1>
- Jääskeläinen, A. 2006. Viekö vanhuus yksilön arvon? Teoksessa: H. Kankare & H. Lintula (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi, 82 – 93
- Kanerva, N. [xxx.xxx@xxx.fi](mailto:xxx.xxx@xxx.fi) 2.11.2013. Vastauksena kyselyyn. [Henkilökohtainen sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: Kati Kujala. [Viitattu 2.11.13].
- Kauppila, R.A. 2011. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot: vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille. 3. painos. Jyväskylä: PS-KUSTANNUS
- Kielhofner, G. 1980. A model of human occupation, part 4: assessment and intervention. The American journal of occupational therapy 34 (12), 777 – 788. [Viitattu 29.3.2013]. Saatavana: <http://ajot.aotapress.net/content/34/12/777.full.pdf+html>
- Kivelä, S-L., Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Helsinki.
- Kivimäki, R., Karttunen, A., Yrjänheikki, L., Hintikka, S. 2006. Hyvinvointia sairaalatyöhön: terveydenhuollon kehittämishanke 2004 – 2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 2.11.13] Saatavana: <http://pre20090115.stm.fi/el1169206080598/passthru.pdf>
- Kuntainfo 14/2004. Kokeilu vanhusten palvelujen organisoimiseksi KT 14/2004. STM. 31.12.2004.[Viitattu 31.10.13] Saatavana: <http://www.stm.fi/tiedotteet/kuntainfot/kuntainfo/-/view/1215623>
- L 25.7.1986/585. Potilasvahinkolaki. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- L 1.12.1989/1062. Erikoissairaanhoidolaki. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)

- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- L 3.8.1992/734. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- L 28.6.1994/559. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- L 22.4.1999/523. Henkilötietolaki. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- L 21.5.1999/621. Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- L 30.6.2000/653. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- L 6.6.2003/434. Hallintolaki. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- L 30.12.2004/1428 Laki sosiaalilain väliaikaisesta muuttamisesta
- L 30.12.2004/1429 Laki kansanterveyslain väliaikaisesta muuttamisesta. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- L 28.12.2012/980 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi)
- Laaksonen, M., Kääriäinen, A., Penttilä, M., Tapola-Haapala, M., Sahala, H., Kärki, J., Jäppinen, A. 2011. Asiakastyön dokumentointi sosiaalihuollossa: opastusta asiakastiedon käyttöön ja kirjaamiseen. Sosiaalialan tietoteknologiahanke. [Verkkajulkaisu] STM. 14.2.2011. [Viitattu 31.10.2013] Saatavana: <http://www.sosiaaliportti.fi/File/fbf710a0-e1cd-4799-a05e-3913e8754992/Asiakasty%C3%B6n+dokumentointi+sosiaalihuollossa.pdf>
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.
- Launis, K., Schaupp, M., Koli, A., Rauas – Huuhtanen, S. 2010. Muutospajaohjajan opas. [Verkkajulkaisu] Tekes. 23.3.2010. [Viitattu 29.3.2013] Saatavana: [www.tekes.fi/Julkaisut/355452-mpaja\\_web.pdf](http://www.tekes.fi/Julkaisut/355452-mpaja_web.pdf)

Lähdesmäki, L., Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi: hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.

Nykänen, P. & Junttila, K. (toim.) 2012. Hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 40/2012. [Viitattu 10.11.13]. Saatavana: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/e63ed18f-68ca-4cfd-ac0a-fe8187528ffa>

Petäjäveden kuntainfo. [Viitattu 1.11.13] Saatavana: <http://www.petajavesi.fi/kuntainfo/kunnanjohtajan-tervehdys>

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma: opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Raitanen, M. & Ruuskanen, P. 2010. Opas asiakaspalautekeskusteluun: hoito- ja palvelusuunnitelman päivittäminen asiakaspalautekeskustelun avulla. [Verkkojulkaisu] Kouvola: Kaakkois-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen julkaisuja B.12:2010. [Viitattu 31.10.13] Saatavana: [http://www.socom.fi/dokumentit/Julkaisut/asiakaspalautekeskustelu\\_29\\_09\\_2010\\_www.pdf](http://www.socom.fi/dokumentit/Julkaisut/asiakaspalautekeskustelu_29_09_2010_www.pdf)

Saastamoinen, I. 2002. Prosessien mallintaminen. [Viitattu 2.11.13] Saatavana: [http://www.cs.joensuu.fi/tSoft/dokumentit/tSoft20021113\\_Prosessien\\_mallintaminen.pps](http://www.cs.joensuu.fi/tSoft/dokumentit/tSoft20021113_Prosessien_mallintaminen.pps)

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. [Verkkosivusto]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 1.11.13] Saatavana: [http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf)

SOTKANet. 2013. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005 - 2013. [Verkkosivusto]. THL. [Viitattu 1.11.13]. Saatavana: <http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/wB2/113/3/3A/0/127/>

SOTKANet. 2013. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005 – 2013. [Verkkosivusto]. THL. [Viitattu 1.11.13]. Saatavana: <http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/yB2/113/3/3A/0/>

STM. 19.4.2011. Sosiaali- ja terveystietopalvelut: lainsäädäntö ohjaa asiakas ja potilastietojen hallintaa. [Verkkosivu]. [Viitattu 10.11.13]. Saatavana: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveystietopalvelut/tietohallinto/lainsaadanto](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveystietopalvelut/tietohallinto/lainsaadanto)

Tuikkanen, A. [xxx.xxx@xxx.fi](mailto:xxx.xxx@xxx.fi)12.3.2013. Kyselyä ONT:hen liittyen. [Henkilökohtainen sähköpostiviesti]. Vastaanottaja: Kati Kujala. [Viitattu 12.3.13].

Vataja, K. 2009. Arvioiva työote – kehittämisen peruslähtökohta. Teoksessa: R. Seppänen – Järvelä & K. Vataja (toim.) 2009. Työyhteisö uusille urille: kehittäminen osaksi arjen työtä. Jyväskylä: PS-KUSTANNUS.

Virtanen, M. 2002. Yksilövastuun hoitotyön ihmiskäsitys. Teoksessa: T. Munnukka & P. Aalto (toim.) 2002. Minun hoitajani: näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi, 9 – 29.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, U.H. 2002. Konaistilanteen selvittämisellä hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Teoksessa: P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava & U.H. Finne-Soveri (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu: opas laatuun. Helsinki: Stakes. Oppaita 49, 91 – 95.

# LIITTEET



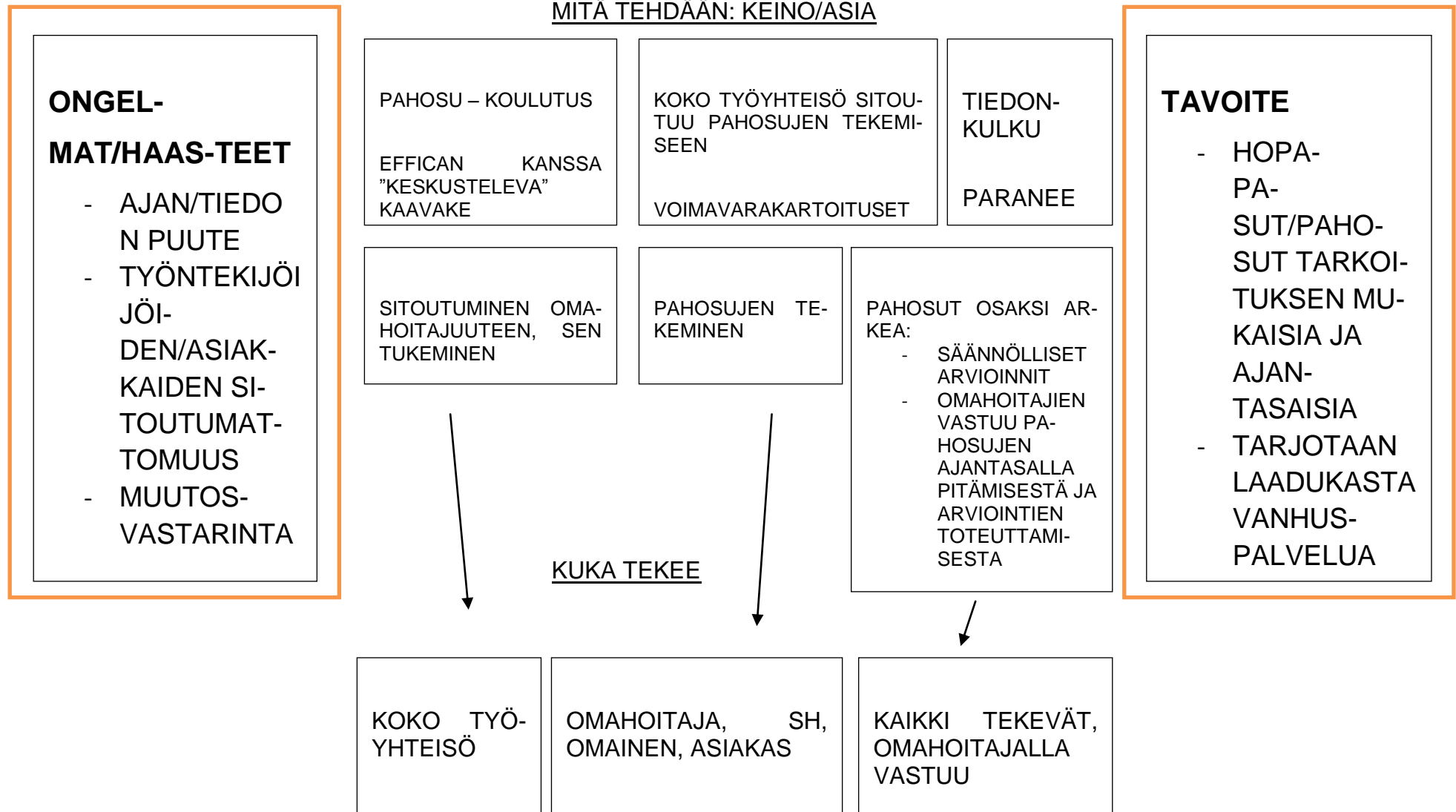
## Liite 1 Koulutuspäivät ja koulutuksen sisältö

Toimintakyvyn ylläpitäminen Petäjaveden kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmien sisällöksi ja käytännön toiminnaksi

### Koulutuspäivät ja sisältö

1.päivä 9. ja 10.1.13	Koulutuksen tavoitteet ja tausta
2.päivä 23. ja 24.1.13	Inhimillisen toiminnan malli palvelu- ja hoitosuunnitelmien tavoitteiden viitekehyksenä
3.päivä 13. ja 14.2.13	Tavoitteiden määrittelyn harjoittelu
4.päivä 20. ja 21.2.13	Aikakriittiset käynnit, yhteistyö omaisten kanssa
5.päivä 6. ja 7.3.13	Toimintatavasta tiedottaminen ja koulutuksen yhteenveto

## Liite 2. Muutossuunnitelma



Liite 3 Kehittämistehtävän muistioista poimittua

## **KEHITTÄMISTEHTÄVÄN MUISTIOISTA POIMITUT OPINNÄYTETYÖN PROSESSIN KANNALTA MERKITTÄVÄT ASIAT**

### **13.3.13, läsnä 9 hoitotyöntekijää**

- ONT –aihe varmistunut, aiheena tulee olemaan hoito- ja palvelusuunnitelmien sähköinen kirjaaminen omahoitajan vastuualueena; virallinen nimi varmistuu myöhemmin.

- hallinnon harjoittelujaksolla toteutettavan kehittämistehtävän aiheena on hoito- ja palvelusuunnitelmalomakkeen uudistaminen

### **19.3.13, läsnä 7 hoitotyöntekijää**

Demokraattisen dialogin tavoin keskustelimme

- omahoitajuudesta ja omahoitajan tehtävistä
- käsitelimme asiaa myös 1.7.13 voimaantulevan vanhuspalvelulain kautta, joka määrittää vastuutyöntekijän ja hänen tehtävänsä ja totesimme, että omahoitaja on vastuuhuoltaja ja aloimme käyttää ko. nimitystä
- avasimme inhimillisen toiminnan mallia; mitä tarkoittavat tahto, tottumus, toimintakyky ja ympäristö

### **26.3.13, läsnä 9 hoitotyöntekijää**

Seinätekniikkaa käyttäen kävimme läpi

- minkälaisilla kysymyksillä/asioilla voimavarakartoituksen otsikoiden mukaisia asioita saataisiin selville asiakkaan ja läheisten kanssa keskusteltaessa; ohessa otsakkeet ja asioita/kysymyksiä, joita nousi esiin menetelmän kautta
  - *PSYKOSOSIAALISET VOIMAVARAT*
    - asuuko yksin, lapsia – missä asuvat, ketä säännöllisesti tapaat, tärkeimmät harrastukset
    - onko sinulla ystäviä, onko oman perheen välit ok, millaista sosiaalista kanssakäymistä kaipaavat
    - harrastukset
    - perhesuhteet, sosiaalinen verkosto
    - ketä lähipiiriin kuuluu, päivittäiset/viikoittaiset yhteydenotot
    - kuka on tärkeä henkilö elämässäsi/kenet koet läheisimmäksi henkilöksi
    - kenelle soitat apua tarvitessasi

- voiko sukulaiset, naapurit, lapset olla kuinka paljon hoidossa mukana
- *ASUMINEN JA YMPÄRISTÖ*
  - asumisen taso, onko pesumahdollisuuksia, onko palvelut lähellä (kauppa, tk, apteekki)
  - oletko tyytyväinen nykyiseen asumiseesi
  - tunnetko pystyväsi asumaan nykyisessä asunnossa edelleen, tulevaisuuden asuminen – oletko pohtinut
  - missä asuu, kenen kanssa, kauanko asunut tässä, mistä kotoisin
  - pystytkö liikkumaan kotonasi, pihallasi yksin, apuvälineen avulla
  - kuka hoitaa kodin työt
- *TERVEYDENTILA JA ELÄMÄNTAVAT*
  - koetko itsesi terveeksi, elätkö terveellisesti
  - mikä on terveys omasta mielestä tällä hetkellä, mitä palveluja omasta mielestään tarvitsisi kotona pärjäämisen turvaamiseksi
  - sairaudet, hoidot
  - kaipaatko läheisyyttä
  - ruokailu
- *SOSIOEKONOMINEN ASEMA*
  - minkälaista työtä olet tehnyt, nautitko tekemästäsi työstä
  - koetko pärjääväsi taloudellisesti hyvin
  - ammatti ennen eläkkeelle jäämistä, nykyinen tulotilanne, taloudellinen pärjääminen
  - pidätkö yhteyttä entisiin työtovereihin tai harrastuksen parissa tapaamiisi ihmisiin
- *TOIVEET JA TULEVAISUUDEN SUUNNITELMAT*
  - mielenkiinnon kohteet
  - mistä haaveilet, mitä odotat tulevalta
  - minkälaisia toiveita ja odotuksia teillä on vanhenemistanne ajatellen
  - toiveet ja tulevaisuuden suunnitelmat asumisen, perheen, oman itsensä suhteen – mitä loppuelämäältä haluaa
  - mitä tekisit jos olisit terve/nuorempi – miksi et tee sitä nyt
- *ELÄMÄNHISTORIA*

- elämänkaari, merkittävät asiat, minkä koet merkityksellisimmäksi asiaksi menneisyydestäsi
  - ammatti, koulutus
  - tärkeät virstanpylväät
  - millainen oli lapsuudenkotisi, muistosi sieltä
  - omat vanhemmat
  - perhe
  - mistä olet joutunut luopumaan
  - ystäviä/sukulaisia, joihin ei tule pidettyä yhteyttä – onko aika
- pohdimme myös inhimillisen toiminnan mallia suhteessa voimavarakartoituksen otsakkeisiin
    - Psykososiaaliset voimavarat kertovat asiakkaan tottumuksista; henkilön toimintatapaa säätelevät tavat ja roolit
    - Tottumus kertoo myös tavoista, siitä kuinka asiakas tekee rutiininomaisesti toimintoja, kuinka hän käyttää aikaa ja millä tyylillä hän toiminnan tekee, siksi myös arkiaskareet ja harrastukset psykososiaalisten voimavarojen alla.
    - Inhimillisen toiminnan mallin ympäristö nähdään myös psykososiaalisena voimavarana
    - Asuminen ja elämänympäristö kertovat asiakkaan lähiympäristöstä, erityisesti fyysisestä, luonnonmukaisesta tai rakennetusta tilasta, ja siinä olevista esineistä, joita asiakas käyttää toimiessaan
    - Terveystila ja elämäntavat kertovat asiakkaan tahdosta, tottumuksista ja toimintakyvystä
    - Toiveet ja tulevaisuuden suunnitelmat kertovat asiakkaan tahdosta ja erityisesti arvoista

#### **18.4.13, läsnä 3 työntekijää**

Keskustellen kävimme läpi kokemuksia hoito- ja palvelusuunnitelmalomakkeen käytöstä

- lomaketta kokeilleita oli neljä
- heistä kolme paikalla ja he toivoivat konkreettisia kohtia avuntarpeen määrittämiseksi

## Liite 4. Hoito- ja palvelusuunnitelmalomake



**Petäjaveden kunta**  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

**VOIMAVARAKARTOITUS**

Pvm: \_\_\_\_\_

Nimi: \_\_\_\_\_ Syntymäaika: \_\_\_\_\_  
Osoite: \_\_\_\_\_ Puhelinno: \_\_\_\_\_  
Postinro: \_\_\_\_\_ Postitoimipaikka: \_\_\_\_\_  
Siviilisäätty: \_\_\_\_\_

Vastuutyöntekijä: \_\_\_\_\_ 2. Vastuutyöntekijä \_\_\_\_\_

**PSYKOSOSIAALISET VOIMAVARAT**

- 1. Ketä kuuluu lähipiiriinne?** (perhesuhteet, roolit esim. vanhemmuus, isovanhemmuus)

- puoliso  
 lapset/ lastenlapset  
 sukulaiset  
 ystäviä

huomioitavaa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 2. Yhteydenpito läheisiin/ystäviin?**

- lähes päivittäin  
 viikoittain  
 kuukausittain

**Yhteydenpidon väline?**

- kyläily / käynti  
 puhelin  
 posti  
 internet

- 3. Harrastukset / Mielipuuhat / Arjen askareet**

Asiat/tekemiset, jotka ilahduttavat ja auttavat jaksamaan

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mitä olette aiemmin tehneet/harrastaneet?** (jatkokysymyksenä vastauksen jälkeen, jos et enää tee, niin miksi et tee?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Petäjäveden kunta  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

## VOIMAVARAKARTOITUS

Pvm: \_\_\_\_\_

### 4. Tunneteko itsenne usein yksinäiseksi?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

GDS-15 depressioseula liitteenä. Tehty \_\_\_\_/\_\_\_\_, pisteitä \_\_\_\_\_

### 5. Muisti; minkälaiseksi koette muistinne?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. MMSE. Tehty \_\_\_\_/\_\_\_\_, pisteet \_\_\_\_/30

Kellotesti. Tehty \_\_\_\_/\_\_\_\_, pisteet \_\_\_\_\_

## ASUMINEN JA ELÄMÄNYMPÄRISTÖ:

1. Asunnon sijainti taajama  haja-asutusalue

2. Asumismuoto omakotitalo  rivitalo   
muu  kerrostalo

### 3. Liittyykö portaiden käyttöön ongelmia?

- Ei
- Kyllä, millaisia? \_\_\_\_\_

### 4. Varustetaso

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> WC   | <input type="checkbox"/> Riittävä valaistus    |
| <input type="checkbox"/> Suihku tai amme (alleiviivaa käytössä oleva) | <input type="checkbox"/> Sähköliesi            |
| <input type="checkbox"/> Sauna  | <input type="checkbox"/> Mikroaaltouuni        |
| <input type="checkbox"/> Keskuslämmitys                               | <input type="checkbox"/> Tukevat taloustikkaat |



Petäjäveden kunta  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

## VOIMAVARAKARTOITUS

Pvm: \_\_\_\_\_

### 5. Oletteko tyytyväinen nykyiseen asuntoonne ja asuinympäristöön?

- Kyllä  
 En, miksi? \_\_\_\_\_

### 6. Onko asunnossanne palovaroitin?

- Ei  Kyllä

### 7. Mitä muutostöitä tai korjauksia asuntoonne tai pihaympäristöönne tarvitaan, jotta voisitte jatkossakin asua täällä?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kynnysten poisto          | <input type="checkbox"/> Liukesteet pesutiloissa/pesutiloihin |
| <input type="checkbox"/> Tukikaiteiden asennus     | <input type="checkbox"/> Ammeen poisto                        |
| <input type="checkbox"/> Valaistuksen parantaminen | <input type="checkbox"/> Luiska portaiden tilalle/viereen     |
| <input type="checkbox"/> Lieden turvakatkaisin     | <input type="checkbox"/> Ovien levennys ja lukitus            |
| <input type="checkbox"/> Pihan hoito ja lumityöt   | <input type="checkbox"/> Pihan valaistus                      |
| <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____          | <input type="checkbox"/> En kaipaa muutoksia asuntooni        |

Kenen toimesta mahdolliset muutokset toteutetaan:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 8. Matka tarvitsemiinne palveluihin (kauppa, apteekki, posti, pankki jne.) \_\_\_\_\_

km

### 9. Miten liikutte kauppamatkat?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> jalkaisin          | <input type="checkbox"/> polkupyörällä               |
| <input type="checkbox"/> henkilöautolla     | <input type="checkbox"/> traktorilla                 |
| <input type="checkbox"/> joukkoliikenteellä | <input type="checkbox"/> muulla tavoin, miten? _____ |





Petäjäveden kunta  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

## VOIMAVARAKARTOITUS

Pvm: \_\_\_\_\_

### 10. Selviydyttekö itse seuraavista toiminnoista:

	itse	autettuna	joku muu tekee, kuka
ruuanlaitto (tiskaus ym.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
siivous (imurointi, lattian pesu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
mattojen puistelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
pyykinpesu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
pienet korjaustyöt (esim. lampunvaihto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
kulkuväylien talvikunnossapito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
kauppa-asiointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
pankkiasiointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

### TERVEYDENTILA JA ELÄMÄNTAVAT

#### 1. Millaisena koette oman terveyttenne tällä hetkellä?

Mitä hyvää:

---

Mitä huonoa:

---

#### 2. Ruokailutottumukset

Syöttekö lämpimän aterian päivittäin:

---

Syöttekö päivittäin: kasviksia

hedelmiä

marjoja

Kuinka paljon juotte nesteitä päivittäin (vesi, maito, piimä, mehut, kahvi/tee) \_\_\_\_\_



Petäjäveden kunta  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

VOIMAVARAKARTOITUS

Pvm: \_\_\_\_\_

### 3. Liikuntatottumukset ja ulkoilu

Kuinka paljon liikutte päivän aikana? \_\_\_\_\_

Hengästyttkö liikkuessanne? \_\_\_\_\_

Mieluisin tapa liikkua? \_\_\_\_\_

Ulkoiletteko päivittäin? \_\_\_\_\_

Jos vastaus ei, niin

miksi? \_\_\_\_\_

Aikaisempi aktiivisuus, mikä muuttunut?

4. Tupakoitteko? \_\_\_\_\_ savuketta/pvä

5. Käytättekö alkoholia? \_\_\_\_\_ Montako annosta / vko, kun yksi annos on  
0,33l keskiolutta/siideriä tai lasi viiniä \_\_\_\_\_

6. Nukkuminen: keskimäärin \_\_\_\_\_ h / yö

Heräättekö virkeänä? \_\_\_\_\_

Oletteko  illan torkku  aamun virkku

Unilääke  ei käytössä

käytössä satunnaisesti

käytössä jatkuvasti

7. Montaako lääkärin määräämää **lääkettä** käytätte: \_\_\_\_\_

8. Efficia – lääkelista vastaa kotona käytössä olevaa lääkitystä

Kyllä  Ei

Dosetti  käytössä  ei käytössä



**Petäjäveden kunta**  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

**VOIMAVARAKARTOITUS**

Pvm: \_\_\_\_\_

**9. Näettekö lukea sanomalehtitekstiä?**

- Sujuvasti ilman silmälaseja/silmälasiäns kanssa
- Suurennuslasia tai muuta apuvälinettä käyttäen
- Vain isot otsikot
- En pysty lukemaan sanomalehtiä ollenkaan heikentyneen näön vuoksi

Onko heikentynyt näkö haitannut päivittäistä elämäännne muuten?

- Ei
- Kyllä, miten? \_\_\_\_\_

**10. Millainen kuulonne on?**

- Hyvä
- Heikentynyt
- Ei kuulolaitetta
- Käytän kuulolaitetta

Kuuletteko seuraavat äänet?

	Kyllä	En
Ovikello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puhelimen soiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puhelinkeskustelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palovaroitin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV, radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normaali puhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Päivärytmi.** Kuvaillkaa päivärytminne.

Nousen aamulla n. klo \_\_\_\_\_

Ruokailut: \_\_\_\_\_

Aktiviteetit päivän

aikana: \_\_\_\_\_

Nukkumaan käyn n. klo \_\_\_\_\_



Petäjäveden kunta  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

## VOIMAVARAKARTOITUS

Pvm: \_\_\_\_\_

### 12. Selviydettekö itsenäisesti seuraavista toiminnoista

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> pukeutuminen | <input type="checkbox"/> varpaiden kynsien leikkaaminen |
| <input type="checkbox"/> peseytyminen | <input type="checkbox"/> lääkkeiden annostelu           |
| <input type="checkbox"/> wc-toiminnot | <input type="checkbox"/> vuoteeseen meno ja poistulo    |

Jos ongelmia selviytymisessä, kuka auttaa niissä tilanteissa joissa vaikeutta?

Luettele

### SOSIOEKONOMINEN ASEMA

#### 1. Ammattinne ennen eläkkeelle jäämistä (työura):

---



---

#### 2. Nykyinen tulotilanne, riittävätkö tulonne elämiseen, kun otatte huomioon kaikki saamanne tulot ja tuet?

- hyvin  
 kohtalaisesti  
 huonosti

### TOIVEET JA TULEVAISUUDEN SUUNNITELMAT

#### 1. Mielenkiinnon kohteet (seuraako aktiivisesti jotakin, osallistuuko kodin ulkopuolisiin aktiviteetteihin tms.)

---



---



---



Petäjäveden kunta  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

## VOIMAVARAKARTOITUS

Pvm: \_\_\_\_\_

---

### 2. Mitä odotatte tulevaisuudelta? Mistä haaveillette?

---

---

---

### 3. Mitä haluaisitte vielä tehdä? (Miksi ette tee sitä nyt?)

---

---

---

## ELÄMÄNHISTORIA

### 1. Lapsuus:

- syntymäpaikka \_\_\_\_\_
- muistot lapsuudenkodista, vanhemmista, isovanhemmista

---

---

- millaisen kasvatuksen olette saanut

---

---

### 2. Tärkeät tapahtumat elämänpolulla:

- koulut \_\_\_\_\_

- ammattiin valmistuminen, työelämä

---

---

- perhesuhteet, avioliitto, lasten syntymät, juhlahetket

---

---

---

---



Petäjäveden kunta  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

**VOIMAVARAKARTOITUS**

Pvm: \_\_\_\_\_

- 
- surut, murheet, menetykset ja miten niistä selvitettiin

---

---

---

- elämä tänä päivänä; miltä nyt tuntuu?

---

---

---



Petäjäveden kunta  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

## VOIMAVARAKARTOITUS

Pvm: \_\_\_\_\_

### SUOSTUMUS

Suostun siihen, että tietojani saa käyttää hoito- ja palvelusuunnitelman toteuttamiseksi sosiaali- ja terveydenhuollossa. Haastattelukäynnistä tehdään merkintä Effica-potilastietojärjestelmään.

Aika ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus

Tuet ja etuudet	hakemus tehty	muutos- hakemus	myönnetty
Eläkkeen saajan hoitotuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asumistuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omaishoidontuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palveluseteli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Tuloselvitys

- lomake jätetty täytettäväksi  
 lomake täytettynä ohessa

**E-reseptiin** liittyvä kolmikantasopimus tehty



Petäjaveden kunta  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

## HOITO – JA PALVELUSUUNNITELMA

Pvm: \_\_\_\_\_

### TAVOITTEET:

Tahdon

---



---



---

### KEINOT TAVOITTEIDEN SAAVUTTAMISEKSI:

Pystyn itse tekemään seuraavia asioita

---



---



---

Tarvitsen apua seuraavissa asioissa

---



---



---

Omainen/ystävä/naapuri auttaa seuraavissa asioissa

---



---



---

Kotihoito auttaa seuraavissa asioissa

---



---



---

Aika ja paikka \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

asiakas

\_\_\_\_\_

omainen

\_\_\_\_\_

kotihoidon edustaja





Petäjäveden kunta  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

## HOITO – JA PALVELUSUUNNITELMA

Pvm: \_\_\_\_\_

Kotihoito  
Laatijan nimi

ARJESSA SELVIYTYMISEN PROFIILI

1

Päivämäärä

Asiakkaan nimi	Henkilötunnus
----------------	---------------

### Arjessa selviytymistä kartoittavat tekijät:

Pisteet	1. Ruokahuolto
<input type="checkbox"/> 2	Käy itse kaupassa, pystyy itse laittamaan ruokaa ja syömään.
<input type="checkbox"/> 1	Tarvitsee apua kaupassa käynnissä. Pystyy itse laittamaan ruokaa tai lämmittämään valmiin ruoan ja syömään.
<input type="checkbox"/> -1	Pystyy itse syömään, kun ruoka tuodaan ja laitetaan tarjolle
<input type="checkbox"/> -2	Ei pysty itse syömään tai huolehtimaan syömisestään huonon muistin tai psyykkisen sairauden takia tai kärsii esimerkiksi aliravitsemustilasta.

Pisteet	2. Henkilökohtainen hygienia ja kodinhoito
<input type="checkbox"/> 2	Huolehtii itse henkilökohtaisesta hygieniasta, pyykinpesusta, vuoteensijauksesta ja siivouksesta.
<input type="checkbox"/> 1	Selviytyy itse henkilökohtaisesta hygieniasta, mutta tarvitsee apua esimerkiksi pyykinpesuun ja/tai siivoukseen.
<input type="checkbox"/> -1	Tarvitsee säännöllisesti apua pesuissa, mutta selviytyy yleensä itsenäisesti WC-käynneistä.
<input type="checkbox"/> -2	Ei selviä pesuista eikä WC-käynneistä tai tuhrii usein tai tarvitsee apua usein myös öisin.

Pisteet	3. Asumisolosuhteet
<input type="checkbox"/> 2	Asuinympäristö toimiva ja pääsee halutessaan itsenäisesti ulos.
<input type="checkbox"/> 1	Asuinympäristö kohtuullinen ja/tai hissittömyys vaikeuttaa, muttei estä täysin liikkumista.
<input type="checkbox"/> -1	Asuinympäristö ei ole toimiva. Esimerkiksi pääsee vain autettuna asunnosta ulos tai pesu ja/tai WC-tilat hankalat, mutta mahdollisesti asunnon muutostöillä korjattavissa.
<input type="checkbox"/> -2	Pesu ja/tai WC-tilojen puutteet tekevät kotihoidon mahdottomaksi eikä korjausmahdollisuutta ole. Asunnossa ei voi asua tai uhkana on asunnon menetys.

Pisteet	4. Taloudellinen tilanne
<input type="checkbox"/> 2	Selviää omilla tuloillaan. Taloudellisessa tilanteessa ei näytä olevan ongelmia.
<input type="checkbox"/> 1	Selviää omilla tuloillaan, kun etuudet, kuten asumistuki tai eläkkeensaajan hoitotuki haettu.
<input type="checkbox"/> -1	Taloudellisia vaikeuksia, kun suuria menoja, esimerkiksi sairauskuluja.
<input type="checkbox"/> -2	Toimeentulotuen tarvetta. Mahdollisesti velkaantunut tai rahat eivät tunnu riittävän edes ruokaan.

Pisteet	5. Turvallisuuden tunteen kokeminen
<input type="checkbox"/> 2	Elämänsä tyytyväinen, positiivinen elämään suhtautuminen.
<input type="checkbox"/> 1	Kokee olonsa turvalliseksi, koska luottaa saavansa apua tarvittaessa, esimerkiksi turvapuhelimella.
<input type="checkbox"/> -1	Ajoittaista turvattomuutta, ahdistusta, levottomuutta tai alakuloa. Voi hakea turvaa, esimerkiksi soittamalla ja/tai päivystyspalveluja käyttämällä tms.
<input type="checkbox"/> -2	Pelko, ahdistus tai masennus haittaavat jokapäiväistä elämää. Esimerkiksi voi takertua muihin ihmisiin, on itsemurhariski tms.



Petäjäveden kunta  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

## HOITO – JA PALVELUSUUNNITELMA

Pvm: \_\_\_\_\_

Pisteet	6. Ulkoinen elämäntilanne
<input type="checkbox"/> 2	Aktiivinen elämäntilanteessaan, esimerkiksi harrastuksia, sosiaalisia suhteita.
<input type="checkbox"/> 1	Passiivisen oloinen, muttei erityisiä ongelmiakaan.
<input type="checkbox"/> -1	Ajoittain ongelmia, esimerkiksi huonon muistin, päihteidenkäytön, masentuneisuuden tai muiden psyykkisten oireiden takia.
<input type="checkbox"/> -2	Vaaraksi itselleen tai ympäristölleen: esimerkiksi eksynyt toistuvasti lähiympäristössä tai aiheuttanut tulipalovaaran tai päihteidenkäyttö tai lääkkeiden käyttämättömyys vaarantaa voimakkaasti selviytymistä tai ei pysty itse tarvittaessa hälyttämään apua.

Pisteet	7. Käytännön asioiden hoito
<input type="checkbox"/> 2	Selviää itsenäisesti, huolehtii itse raha-asioiden hoidosta ja asioinneista.
<input type="checkbox"/> 1	Selviytyy itse asioiden hoidosta, esimerkiksi kuljetustuen turvin tai omaisten tai muiden tuttavien auttamana.
<input type="checkbox"/> -1	Ei selviä itsenäisesti, tarvitsee viranomaisten tukea asiointiin. Pystyy antamaan valtakirjan.
<input type="checkbox"/> -2	Ei selviä itsenäisesti eikä ymmärrä asioiden hoidon merkitystä. Voi olla hyväksikäyttöä tai sen vaara auttamistilanteissa. Tarvitsee mahdollisesti edunvalvojan.

Pisteet	8. Ihmissuhteet
<input type="checkbox"/> 2	Sosiaalinen verkosto toimii: läheinen tai läheisiä, joihin hyvät suhteet ja joilta saa tukea.
<input type="checkbox"/> 1	Sosiaalinen verkosto on. Tyytyväinen elämäntilanteeseensa, vaikka olisi paljon yksinkin.
<input type="checkbox"/> -1	Sosiaalinen verkosto on heikko. Esimerkiksi hoitava läheinen on väsynyt, läheiset esittävät hyvin ristiriitaisia näkökantoja keskenään tai asiakkaan kanssa tämän hoidosta. Asiakas kokee itsensä ajoittain yksinäiseksi.
<input type="checkbox"/> -2	Sosiaalista verkostoa ei ole tai se on lakannut. Voi olla esimerkiksi kaltoin kohtelua tai epäilyä siitä tai jonkinlainen kriisitilanne.

	9. Sairaanhoidollinen tarve
Pisteet	Sairaanhoidollinen tarve
<input type="checkbox"/> 2	Selviytyy itse sairaanhoidollisista tarpeistaan
<input type="checkbox"/> 1	Selviytyy itse sairaanhoidollisista tarpeistaan, mutta tarvitsee jonkin verran apua ja ohjausta selviytyäkseen hoidosta
<input type="checkbox"/> -1	Tarvitsee säännöllisesti apua esim. kerran viikossa sairaanhoidollisista tarpeistaan selviytyäkseen
<input type="checkbox"/> -2	Tarvitsee päivittäin apua sairaanhoidollisista tarpeistaan selviytyäkseen



Petäjäveden kunta  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

## HOITO – JA PALVELUSUUNNITELMA

Pvm: \_\_\_\_\_

### Arjessa selviytymisen profiili:

Merkitse ensin rastit niihin ruutuihin, jotka vastaavat edellä valitsemiasi vaihtoehtoja. Voit piirtää profiilin laittamalla viivat rastittamiesi ruutujen välille. Mikäli piirät viivat tietokoneella, sinun on poistettava lomaketiedoston suojaus ja valittava Wordin piirto-ominaisuus komennolla Työkalut – Mukauta - Piirto

2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2 = Voimavaroja – selviytyy itsenäisesti.
- 1 = Selviytyy itsenäisesti tai tukipalvelujen tai yksityisten palveluntuottajien tai etuuskien turvin
- 1 = Tarvitsee apua. Tehdään tilanteen arviointi ja tarvittaessa hoito- ja palvelusuunnitelma.
- 2 = Tarvitaan tilanteen selvittäminen. Yhteydenotto, esimerkiksi lääkäriin tai sosiaalityöntekijään.

Laatijan allekirjoitus



## TÄYTTÖOHJE

Arjessa selviytymisen profiili mittaa sosiaalista toimintakykyä. Se on kehitetty käytettäväksi nykyisten fyysistä toimintakykyä mittaavan RAVA -indeksin ja kognitiivista toimintakykyä mittaavan MMSE -testin rinnalla. Näiden mittareiden avulla pyritään selvittämään kaikki asiat, jotka vaikuttavat kotona selviytymiseen.

Arjessa selviytymisen profiilia käytetään arvioitaessa kotihoidon aloittamista tai lopettamista kotihoitotiimeissä. Erityisesti sitä käytetään, kun asiakkaan RAVA -pisteet ovat matalat (< 1,5). Lisäksi sitä käytetään tarvittaessa varmistamaan, että kaikki kotihoidossa selviytymisen keinot on kartoitettu.

Arjessa selviytymisen profiili koostuu kahdeksasta osiosta: 1) Ruokahuolto, 2) Henkilökohtainen hygienia ja kodinhoito, 3) Asumisolosuhteet, 4) Taloudellinen tilanne, 5) Turvallisuuden tunteen kokeminen, 6) Ulkoinen elämänhallinta, 7) Käytännön asioiden hoito, 8) Ihmissuhteet. Osioiden avulla pyritään hahmottamaan kokonaiskuva asiakkaan kotona selviytymisestä.

Yhdessä osiossa on kuvattu sanallisesti neljä vaihtoehtoa. Valitse joka osiosta vaihtoehto joka parhaiten kuvaa asiakkaasi arjessa selviytymistä. Rastita vaihtoehdon kohdalla oleva piste (2,1,-1 ja -2).

Selviytymistä kuvaavat pisteet eivät ole yhteenlaskettavia. Pisteiden 2 mukaan henkilö selviytyy itsenäisesti tai hänellä on voimavaroja tällä osa-alueella. Pisteiden 1 mukaan henkilö selviytyy itsenäisesti tai omaisten pienen avun turvin, kunhan esimerkiksi tukipalvelut tai etuudet on hoidettu kuntoon. Pisteiden -1 mukaan henkilö tarvitsee apua joko kotihoitohenkilöstöltä tai omaiselta ja piste -2 edellyttää tilanteen tarkempaa selvittämistä.

Merkitse jokaisen osion pisteet lomakkeen lopussa olevaan arjessa selviytymisen profiiliin. Osiot 1 - 8 ovat vaakakselilla ja selviytymistä kuvaavat pisteet pystyakselilla. Yhdistä pisteet yhtenäisellä viivalla ja saat asiakkaan profiilin.

Henkilön pitäisi selviytyä itsenäisesti tai läheisten pienen avun turvin ilman kotihoitoa, kun hänen pisteensä ovat 0-tason yläpuolella. Tällöin on kuitenkin tarkistettava, että tukipalvelut ja muut etuudet on hoidettu kuntoon. Kotihoidon tai omaisen apua tarvitaan, kun pisteet ovat 0-tason alapuolella. Tällöin -1 -tasolla tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa sovitaan kuka auttaa, esimerkiksi kotihoitohenkilöstö vai omainen. -2 -taso edellyttää tilanteen tarkempaa selvittämistä, jolloin otetaan yhteyttä alueen erityistyöntekijöihin kuten lääkäriin tai sosiaalityöntekijään.



Petäjäveden kunta  
Suutarintie 4  
41900 PETÄJÄVESI

## HOITO – JA PALVELUSUUNNITELMA

Pvm: \_\_\_\_\_

### GDS15 –depressioseula

1. Oletteko suurin piirtein tyytyväinen elämäänne?	kyllä	EN	10. Onko Teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin muilla?	KYLLÄ	ei
2. Oletteko luopuneet monista toimistanne ja harrastuksistanne?	KYLLÄ	en	11. Onko mielestänne nyt hyvä elää?	kyllä	Ei
3. Pidätkö elämäänne tyhjänä?	KYLLÄ	en	12. Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin kelvottomaksi?	KYLLÄ	en
4. Ikävystyttekö usein?	KYLLÄ	en	13. Oletteko mielestänne täynnä tarmoa?	kyllä	EN
5. Oletteko useimmiten hyvällä tuulella?	kyllä	EN	14. Pidätkö tilannettanne toivottomana?	KYLLÄ	en
6. Pelkäätkö että teille tapahtuisi jotain pahaa?	KYLLÄ	en	15. Meneekö mielestänne useimmilla muilla paremmin kuin teillä?	KYLLÄ	ei
7. Tunnetteko itsenne useimmiten tyytyväiseksi?	kyllä	EN	Isoilla kirjaimilla kirjoitettujen vastausten lukumäärä lasketaan yhteen. Kustakin tällaisesta annetaan yksi piste. Yli 6 pistettä antaa aiheutta depression epäilyyn.		
8. Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi?	KYLLÄ	en			
9. Pysyttekö mieluummin kotona kuin lähdette ulos kokeilemaan uutta?	KYLLÄ	en			

## Liite 5 Arviointikysely

**HPS:n (hoito- ja palvelusuunnitelman) laatimiseen liittynyt ”vierihoito” ja sen jälkeinen työskentely arvioinnin kohteena**

Erinäiset lakipykälät ovat määrittäneet jo useamman vuoden ajan, että jokaisella säännöllisten sosiaali- ja terveyspalveluiden piirissä olevalla on oltava ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma. Erityisesti nyt, kun nk. vanhuspalvelulaki astui voimaan 1.7.13 ja uusi laatusuositus annettiin 17.7.13, on meidän vanhustyötä tekevien viimeistään kiinnitettävä erityistä huomiota hoito- ja palvelusuunnitelmien ajantasaisuuteen, sisältöön ja siihen, että asiakkaan ääni saadaan kuuluville myös suunnitelmassa.

Kuluneen kesän aikana toteutettiin Petäjavedellä vierihoidon omaisesti hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseksi opastustuokioita. Niitä silmälläpitäen pyydänkin nyt Sinua vastaamaan alla esitettyihin kysymyksiin.

Pyydän, että mietit seuraaviin kysymyksiin vastaukset itsenäisesti, arvioiden omaa ammatillista kehittymistä suhteessa perustehtävään. Vastaa kaikkiin kysymyksiin huolimatta siitä, osallistuitko HPS – opastukseen vai et.

1. Osallistuitko HPS – opastukseen?

---

---

2. Jos osallistuit, oletko tehnyt koulutuksen jälkeen HPS:ia?

---

---

3. Onko kaikilla omahoidettavillasi/vastuuhoidettavillasi HPS:t ajantasaisina asiakastietojärjestelmässä (Effic)?

---

---

4. Jos vastasit edelliseen kysymykseen ei, niin valitse seuraavista/kerro syyt miksi HPS:t eivät ole ajantasaisina asiakastietojärjestelmässä:

- \_\_\_ en osaa / en tiedä, miten ko. asiakirja tehdään
- \_\_\_ en tiedä, minne ko. asiakirja Efficassa tehdään
- \_\_\_ tarvitsen apua ohjelman (Effic – kotihoito) käytössä
- \_\_\_ tarvitsen apua HPS:n sisällön tuottamiseen
- \_\_\_ muut syyt, mitä:

---

---

---

5. Millaista koulutusta/opastusta/tukea haluaisit HPS:n laatimiseen, jos koet sitä vielä tarvitsevasi?

---

---

---

6. Oletko saanut apua työtoverilta / esimieheltä HPS:n laatimiseen, jos olet pyytänyt?

---

---

---

7. Millaista tukea / kannustusta odotat työtoverilta HPS:n laatimiseen?

---

---

---

8. Millaista tukea / kannustusta odotat esimieheltä HPS:n laatimiseen?

---

---

---

9. Mitä mielestäsi kuuluu vastuuhoitajan tehtäviin? Luettele muutamia (5) alle.

---

---

---

10. Mitä kirjaat asiakkaan kertomukselle ja kuinka usein kirjaat?

---

---

---

11. Miten tilastoit asiakaskäyntisi?

- a) minuuttimäärä yhteenlaskettuna ja käyntimäärät kertoina
  - b) saapumis- ja lähtökellonajoilla, eli asiakkaan luo saavuttaessa ylös otettu kellonaika ja asiakkaan luota lähdettäessä ylös otettu kellonaika
  - c) muuten, miten
- 

Kiitos aktiivisuudesta!



Liite 6 Ohje HPS:n kirjaamiseen

## HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMAN SÄHKÖINEN KIRJAAMINEN

Kun olet ”aloitusnäytöllä”, kirjautuneena Efficaan, valitse **KOTIHOITO**.

Avautuu \*\*\*Effica Kotihoito\*\*\*

Avaa ”puu”

**+ Asiakas**

**– Hoidon suunnittelu**

**Hoito- ja palvelusuunnitelma**

**Hae asiakas**, kenen hoito- ja palvelusuunnitelmaa olet kirjaamassa ”**kolmen pisteen**” **painikkeen kautta**. Kun olet löytänyt oikean asiakkaan, **paina HAE**.

Näytölle tulee asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelma. **Valitse voimassaoleva** (sellainen, jossa ei loppupvm:ää), jos useampia. **Tuplaklikkaamalla** saat suunnitelman aukeamaan.

Näytölle ilmestyy Hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa aktiivisena lehtenä on

### **PERUSTIEDOT.**

Kyseisen lehden alaosassa näet valkoisen tyhjän alueen, jonka yläpuolella lukee

### **VOIMAVARAKARTOITUKSEN YHTEENVETO.**

(Jos asiakkaalle on tehty ja kirjattu voimavarakartoitus, sen yhteenveto voidaan hakea automaattisesti tähän kohtaan. Ellei, toimitaan alla olevan ohjeen mukaan.)

Tähän laatikkoon **kirjoitetaan TÄRKEIMMÄT TIEDOT ASIAKKAASTA:**

- perussairaudet, onko marevanisoitu, muistin tila (MMSE:n tulos ja milloin tehty), GDS15-pisteet ja tekoaika, mahd. muut mittarit (RAVA, arjessa selviytymisen profiili, fyysisten toimintakykymittausten tulokset)
- omatoimisuus, mistä suoriutuu itse, pärjääminen kotona, liikkuminen, mahdolliset apuvälineet,
- lääkehuolto; dosetti käytössä/ei käytössä (mahd. mistä löytyy), kuka jakaa lääkkeit, kuka hoitaa apteekkiasiat, reseptiasiat

- nykyiset palvelut; montako kertaa/pvä/vko kotihoito käy, ateriapalvelu jos on, päivätoimintaan osallistuminen, sauna, kauppakassi yms.

**Kerrotaan YHTEENVEDOSSA mahdollisimman selkeästi sellaiset työn kannalta merkittävät asiat, joista myös vuodeosasto ja erikoissairaanhoito hyötyvät, koska yhteenveto on kopioidaan myös KHTIIV-lehdelle.**

Kun olet kirjoittanut YHTEENVEDON, valitse seuraava lehti yläosasta,

### **TAVOITTEET/AUTTAMISM.**

Aukeaa kaksi valkoista tyhjää ruutua, ylempi on TAVOITTEET; alempana AUTTAMISMENETELMÄT.

### **TAVOITTEET – kohtaan kirjataan yhdessä asiakkaan kanssa laaditut tavoitteet.**

Tavoitteiden tulisi olla konkreettisia, yksilöllisiä tavoitteita elämänlaatuun, toimintakykyyn ja sairauksien hoitoon liittyen. Aloita kirjaaminen lisäämällä tunnisterivi ( shift+hiiren vasen painike – tunnisterivi) Tekstikenttään tulee päivämäärä ja nimesi.

### **HYVÄ TAVOITE:**

- on asiakaskeskeinen eli yksilöllinen
- ilmaisee täsmällisesti, mitä asiakas tekee itse, missä avustetaan
- alkaa toimintaa kuvaavalla verbillä
- on realistinen eli oikeassa suhteessa asiakkaan toimintakykyyn
- ilmaistaan lyhyesti

Numeroi tavoitteet, jotta sinun on helpompaa kohdistaa auttamismenetelmät/keinot tavoitteen saavuttamiseksi. Mahdollisuus on myös käyttää valmiita fraaseja, joiden alle kirjoitetaan. Fraasit löytyvät painamalla SHIFT-näppäintä (↑) yhtä aikaa hiiren vasemman painikkeen kanssa.

Kun olet kirjoittanut tavoitteet, siirry **AUTTAMISMENETELMÄT** osaan.

### **Numeroi auttamismenetelmät/keinot tavoitteiden numerointia vastaavasti.**

Eri tavoitteiden saavuttamiseksi on paljon erilaisia menetelmiä. Tässä osiossa kerrotaan myös omaisten/ystävien osallistuminen hoidon/palvelun toteuttamiseen, EI MAINITTA NIMIÄ vaan puhutaan muodossa tytär/poika/puoliso, lähinaapuri/ystävä tms. Toisen ihmisen nimeä ei saisi asiakkaan papereissa mainita, tytär-Eila/poika-Markku -tyyppinen maininta ok.

**Auttamismenetelmät/-keinot valitaan tavoitteiden mukaan.**

**Hoitotyön periaatteet huomioidaan (yksilöllisyys, turvallisuus, omatoimisuus, oikeudenmukaisuus).**

Menetelmiä voivat olla esim.

- ohjaaminen
- tukeminen
- rohkaisu
- kuunteleminen
- avustaminen
- seuranta
- jokin hoitotoimenpide, jne.

Auttamismenetelmät ja keinot pohditaan yhdessä asiakkaan ja omaisen kanssa ja/tai moniammatillisessa tiimissä/työryhmässä. Tässä kohdassa on hyvä hakea tukea myös ns. 2.omahoitajasta!

Seuraava lehti on **ARVIOINNIT**

**Tällä lehdellä arvioidaan sovituin väliajoin asiakkaan tilannetta suhteessa tavoitteisiin, menetelmiin ja tehtyihin kirjauksiin.**

Näin myös kirjaamisen rooli muuttuu!! Kirjaaminen EI VOI OLLA hoitajan töiden luettelamista; se ei kerro arvioijalle (omahoitajalle) asiakkaan tilanteesta MITÄÄN.

**ARVIOINTIA** on syytä suorittaa puolen vuoden välein, tarvittaessa tiheämpäänkin, mutta ei mielellään puolta vuotta pidemmällä aikavälillä. Toimimme kuitenkin ikäihmisten kanssa joiden vointi voi vaihdella tiheästikin, mutta todennäköisesti aivan stabiilina se ei kuitenkaan säily vuositolkulla. Ympäristössä tapahtuvat muutokset vaikuttavat herkästi ikäihmisen psyykkiseen ja fyysiseenkin vointiin.

On tärkeää pysähtyä miettimään hoidon ja valittujen auttamismenetelmien/-keinojen toimivuutta aika-ajoin. Jos huomataan, että valittu menetelmä ei toimi, kokeillaan vaihtoehtoista menetelmää.

**ARVIOINTI – lehden alaosaan syötetään arviointiväli, laittakaa 6 siihen ruutuun, eli nyt tehdyn hoito- ja palvelusuunnitelman seuraava arviointipäivä on viimeistään kuuden kuukauden kuluttua, jollei merkittävää muutosta voinnissa/muissa olosuhteissa tapahdu tuon kuuden kuukauden aikana.**

**Perusperiaatteena voidaan siis pitää, että hoito- ja palvelusuunnitelmaa arvioidaan kuuden (6) kuukauden välein ja aina tarvittaessa!**

Nyt kun olet täyttänyt hoito- ja palvelusuunnitelmassa osiot

VOIMAVARAKARTOITUKSEN YHTEENVETO

TAVOITTEET

## AUTTAMISMENETELMÄT

sekä ARVIOINTILEHDELLÄ laittanut numeron 3 kohtaan ARVIOINTIVÄLI

paina OK.

Järjestelmä kysyy Ok-painiketta käyttäessäsi, lukitaanko Hoito- ja palvelusuunnitelman tekstit. Valitse **EI**.

Samat hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen periaatteet koskevat myös asumispalveluyksiköitä, samoilla asioilla on edelleen merkitystä. Koti on koti, vaikka se olisi "laitoksessa-kin".