

Minna Ahonen

# Asiakasprosessin kehittäminen

Lännen kotiutustiimi

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveystieteiden tutkimuskeskus YAMK

Sosiaali- ja terveysalan johtamisen

tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

20.11.2016

Tekijä(t) Otsikko	Minna Ahonen Asiakasprosessin kehittäminen Lännen kotiutustiimi
Sivumäärä Aika	55 sivua 20.11.2016
Tutkinto	Terveydenhoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveystieteiden johtamisen tutkinto-ohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Kirsi Salmi Palvelupäällikkö Antti Niemi Lehtori
<p>Useiden vuosien ajan on sairaansijoja vähennetty koko maassa ja sairaaloiden toimintaa tehostettu. Samalla sairaalajaksot ovat lyhentyneet. Tämä tarkoittaa asiakkaiden kotiutusta entistä varhaisemmassa vaiheessa toipumistaan ja paineita kotihoidon onnistumiseen heti asiakuuden aluksi. Kotiutustiimitoiminta alkoi Helsingissä tammikuussa 2015 lounaisessa kotihoidossa, ja laajeni vuoden kuluttua kattamaan koko kaupungin kahdella eri mallilla, Lännen kotiutustiimi lounaisessa kotihoidossa ja toinen malli kaupungin sairaalassa. Lännen kotiutustiimin laajentuessa alueeltaan ja henkilöstöltään nähtiin tarve kehittää asiakasprosessia ja kirjata se selkeään muotoon.</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla kehitetty kotiutustiimin asiakasprosessi. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kotiutuvan asiakkaan prosessin vaiheista Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden osastolle hyödynnettäväksi uusien asiakkaiden tullessa palvelujen käyttäjiksi sekä kotihoidossa että kotiutustiimissä. Opinnäytetyön tutkimustehtävät olivat tunnistaa olemassa olevan asiakasprosessin haasteet, kehittää tunnistettujen haasteiden perusteella asiakasprosessia ja kuvata yhdessä henkilöstön kanssa kehitetty kotiutustiimin asiakasprosessi. Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksen keinoin, aivoriihityöskentelyä ja lean-menetelmiä hyödyntäen.</p> <p>Opinnäytetyötä varten selvitettiin lännen palvelualueen kotihoidon ohjaajilta ja sairaan- ja terveydenhoitajilta kehittämissuhteita ja odotuksia. Asiakasprosessia kehitettiin kotiutustiimin henkilökunnan kanssa kehityssuhteiden ja omien havaintojen pohjalta. Asiakasprosessista oli aiemmin kuvattu malli olemassa ja sen pohjalta lähdettiin laajentamaan ja tarkentamaan kuvausta. Asiakasprosessista tehtiin selkeät kaaviot ja siihen liittyvä tekstiosio selittämään prosessia tarkemmin. Prosessissa korostui asiakkaan moniammatillinen ja kokonaisvaltainen palvelutarpeen arviointi, asiakkaan yksilölliset toiveet ja tarpeet huomioon ottava hoito, yhteistyö palvelualueen muiden toimijoiden kanssa sekä jatkohoidon järjestäminen kotiutustiimin jakson jälkeen.</p> <p>Kehitettyä asiakasprosessia voidaan jatkossa hyödyntää kaupungin sairaalan kotiutustiimin toiminnassa, kotihoidon uuden asiakkaan palvelujen aloituksessa ja tulevaa keskitettyä palveluohjausta suunniteltaessa.</p>	
Avainsanat	kotiutustiimi, asiakasprosessi, kehittäminen

Author(s) Title	Minna Ahonen Developing customer process Western reablement team
Number of Pages Date	55 pages 20 November 2016
Degree	Public health nurse Master of Health Care
Degree Programme	Master's degree Programme in Health and Social Care Management
Specialisation option	
Instructor(s)	Kirsi Salmi Service manager Antti Niemi Lecturer
<p>For several years hospital bed capacity has been reduced in Finland and functions optimized. Same time patient's hospital stays has got shorter. This means that customers are discharge earlier in their recovery and pressure in home care is increasing. Reablement team operation started in Helsinki January 2015 in South-western home care unit, and expanded in a year to cover all of Helsinki with two different models, Western reablement team in South-western home care and other model in City hospital. When Western reablement team expanded there was a need to develop customer process and write it down.</p> <p>The aim of this thesis was to describe developed reablement team customer process. Goal was to produce information of discharge customers process steps for The Department of Social Services and Health Care in Helsinki to benefit when new customer starts services in home care and reablement teams. Thesis research tasks were to recognize challenges at the existing customer process, develop process from those challenges and delineate reablement teams customer process developed with team. Thesis was made using action research, brainstorming and lean-methods.</p> <p>For this thesis developing suggestions and expatiations was research from western service district home care councillors and nurses. Customer process was developed with reablement team based on developing suggestions and team members own observation. There was earlier model and from that developing was widen and detailed. Clear charts and explaining writing was made from the customer process. Developing made it clear that customer's needed multidisciplinary and all rounded service planning assessment, pay attention for customers individual hopes and needs for their care, cooperation to other workers in the area and organize treatment after reablement team.</p> <p>Developed customer process can be used for City hospital reablement team operations, when starting services for new home care customers and planning future centralization of services guiding.</p>	
Keywords	reablement team, customer process, development

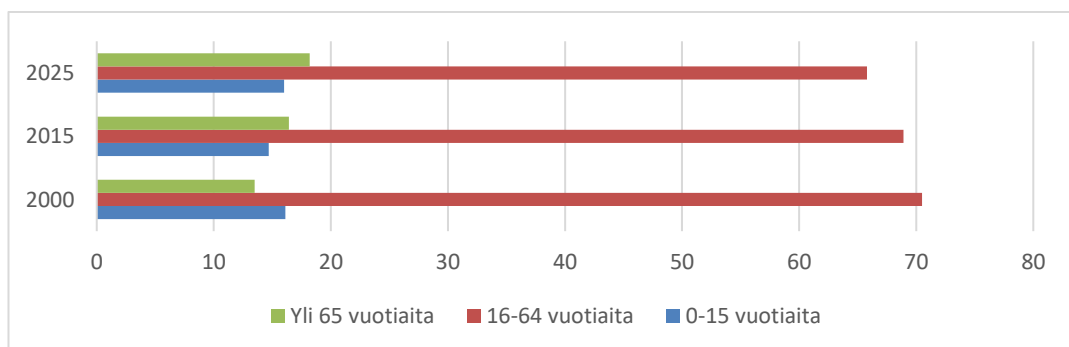
## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat	3
2.1	Prosessin kehittäminen	4
2.2	Muutosprosessijohtaminen	6
2.3	Toimintaympäristön kuvaus	9
2.3.1	Asiakkaaksi tulo kotihoidossa	10
2.3.2	Asiakkaaksi tulo kotiutustiimissä	12
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät	13
3.1	Lähtötilanteen haasteet	13
4	Tutkimuksellisen opinnäytetyön toteutus	14
4.1	Toimintatutkimus	15
4.2	Lean	17
5	Asiakasprosessin kehittäminen	19
5.1	Asiakasprosessin haasteiden tunnistaminen	21
5.2	Asiakasprosessin kehittämisen eteneminen	23
5.3	Asiakasprosessi Lännen kotiutustiimissä	28
5.3.1	Asiakuuden aloitus	28
5.3.2	Asiakkuus kotiutustiimissä	37
5.3.3	Asiakuuden päättyminen kotiutustiimissä	43
6	Pohdinta	47
6.1	Luotettavuus	50
6.2	Eettisyys	51
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimuskohteet	53
	Lähteet	56

## 1 Johdanto

Julkisen johtamisen tulevaisuus on täynnä epävarmuutta. Sosiaali- ja terveysala elää suuren muutoksen edessä eikä kenelläkään ole tarkkaa tietoa mihin organisaatioon jatkossa kuuluu ja kuinka muutos tulee vaikuttamaan työhön tulevaisuudessa. Sydänmaalakka (2015: 25–26) toteaa aiemmin tapahtuneiden epäonnistumisten voivan johtua muutoksissa mukana tuotujen vanhojen suunnittelu-, päätöksenteko-, johtamis- ja organisaatiokulttuurien sopimattomuudella uuteen tilanteeseen. Kokonaisuuksia on haastava hahmottaa ja ennakoida, samoin tulevaisuuden lukeminen on vaikeaa ja ennakoitiin tarvitaan kykyä ymmärtää menneisyys ja nykyisyys.

Suomeen on tulossa suuri sosiaali- ja terveysalan muutos. Nykyisestä mallista mennään kohti maakuntamallia, jossa lisätään asiakkaan valinnanvapautta ja pyritään suuriin säästöihin. Tällä halutaan samalla lisätä yhteistyötä ja palvelujen tasalaatuisuutta eri toimijoiden välillä. Muutos tulee voimaan 1.1.2019. (Sote – palvelurakennemuutos 2016.) Suomessa on viimeisten vuosikymmenten aikana aktiivisesti vähennetty sairaansijoja eri toiminnoissa. Edelleen kansainvälisesti vertailtuna Suomessa on ylikapasiteettia. Vähentyneitä sairaansijoja hyödynnetään paremmin hoitoaikojen lyhentyessä. Tämä tarkoittaa kasvavaa tarvetta kotihoidolle ja sen kehittämiseksi. (Mikkola – Rintanen – Nuorteva – Kovasin – Erhola 2015: 156–159.)



Kuvio 1. Helsingin väestö ikäryhmittäin

Helsingissä näkyy koko maan väestöä muokkaava ikääntyminen. Kuvioista 1 voidaan nähdä vuodesta 2000 vuoteen 2025 työikäisten määrä vähenemisen lähes 5 % ja eläkeikäisten määrän nousu vastaavasti. (Helsinki alueittain 2015: 26.) Vuonna 2010 Helsingin kaupungissa tehtiin kotihoidon käyntejä 2 042 287 yhteensä 17 043 asiakkaalle,

vuonna 2014 samat luvut olivat 2 715 599 käyntiä 17 724 asiakkaalle. Asiakasmäärät eivät siis kotihoidossa näytä olevan lisääntymässä samassa suhteessa kuin kotikäynnit. Lännen palvelualueella vuoden 2015 alussa 106 287 asukkaasta 7,6 % oli yli 75 vuotiaita. Tässä iässä palveluiden tarve yleensä on merkittävästi suurempi kuin tätä nuorempien. Vuonna 2014 helsinkiläisistä 2,9 % oli kotihoidon asiakkaana, Lännen palvelualueella osuus oli 3,3 %. Tällä hetkellä Länsi-Helsingissä on kotihoidon asiakkaita melko paljon verrattuna kaupungin keskiarvoon. Tämä kertoo väestöpohjasta palvelualueella. Ennusteen mukaan tulevina vuosina muut alueet ohittavat Lännen palvelualueen asiakasmäärissä. (Helsingin tilastollinen vuosikirja 2015: 33, 42, 120.)

Lisääntyvä määrä vanhuksia suhteessa muuhun väestöön aiheuttaa haasteita sekä terveydenhuollolle yleisesti, mutta varsinkin kotihoidolle hoidon painottuessa entistä enemmän ihmisten koteihin. Työtapoja onkin tärkeää kehittää vastaamaan muuttuvaa tarvetta. Hoitotyössä muutokset saavutetaan yleensä kehittämisprojektien kautta. Tietoisesti tehtävästä kehittämisestä ajatellaan tulevan kestäväää muutosta. Muutosprosessi tulee tunnistaa, suunnitella ja arvioida. Projektin onnistumista lisää työntekijöiden osallistaminen prosessiin. (Sarajärvi – Mattila – Rekola 2011: 100.)

Kotiutustiimitoiminnalle nähtiin samaan aikaan tarve sekä lounaisessa kotihoidossa että kaupungin sairaalassa. Toisistaan tietämättä molemmat lähtivät 2014 vuoden loppupuolella suunnittelemaan toiminnan aloitusta. Lounaisessa kotihoidossa kotiutustiimi aloitti toiminnan tammikuussa 2015 ja kaupungin sairaalassa ensimmäinen tiimi huhtikuussa. Vuoden 2016 ajaksi päätettiin kotiutustiimimalleja seurata rinnakkain ja löytää kaupungille yhtenäinen malli kotiutustiimitoimintaan. Tätä varten perustettiin ohjausryhmä, joka kokoontui vuoden aikana säännöllisesti ja käsitteli tiimien toimintaa sekä vertaili toimintoja. Sairaalavuorokausien vähentyessä ja asiakkaiden kotiutuessa entistä varhaisemmassa vaiheessa toipumistaan alueella koettiin tarvetta kuntouttavalle toiminnalle. Yli 65-vuotiaiden toimintakyky on usein heikentynyt jo ennen sairaalaan joutumista. Potilaan ollessa hyväkuntoinen sairaalaan joutuessaan, on toimintakyvyn heikkeneminen epätoivottavampaa. Sairaalassa potilaan hoidon tulisi olla kuntouttavaa, pienilläkin toimenpiteillä tuetaan toimintakyvyn ylläpitoa. Ensimmäinen kuukausi kotiutumisen jälkeen on toimintakyvyn kannalta ratkaisevin. Jos toimintakyvyn alenemista ei havaita ajoissa, toimintakykyä tuskin saadaan palautettua ennalleen. (Jämsen – Kerminen – Stranberg - Valvanne 2015: 977–983.)

## 2 Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

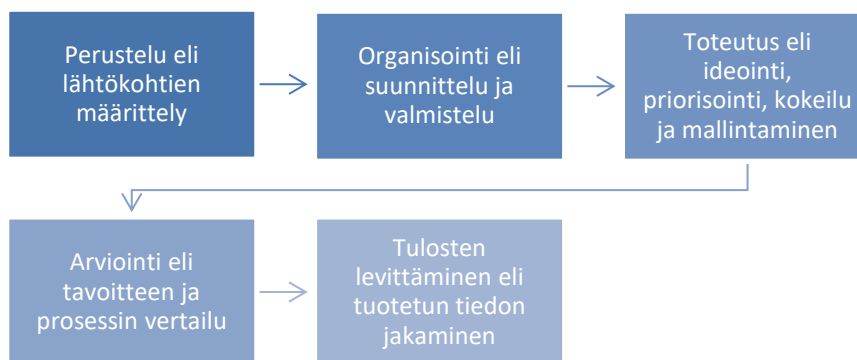
Terveydenhuollossa potilaat/asiakkaat ovat vaikeampihoitoisia ja moninaisempia kuin aiemmin, lisäksi toimintaympäristössä on ollut ja myös tulossa paljon muutoksia. Näiden lisäksi tiukkeneva talous asettaa omat haasteensa alalla. Työyhteisön kehittäminen on kannattavaa sekä työntekijöiden että työyhteisön työssä jaksamisen ja työhyvinvoinnin kannalta ja molemmilla on vaikutusta potilaiden hoitoon ja kohteluun. Kehittämistyöllä tulisikin tähdätä työyhteisön ja organisaation vetovoimaisuuden lisäämiseen, työn tuottavuuden parantamiseen ja työn kehittämiseen entistä toimivammaksi. (Mäkipää 2014: 178.) Perinteisesti kehittämistä on toteutettu organisaatioissa koulutuksen kautta. Viime vuosina lisääntyneet erilaiset työssä oppimisen muodot rikastuttavat työssä kehittymistä. Kehittämistä tapahtuu myös työyhteisötasolla. Tällöin työyhteisön jäsenet yhdistävät prosesseja toimiviksi kokonaisuuksiksi ja kehittämisessä korostuu muun muassa vuorovaikutus, aloitteellisuus, uudistumiskyky ja -halu sekä työyhteisön hyvinvointi. Lisäksi kehittämistä tapahtuu avainhenkilöiden toimesta. Avainhenkilöillä voidaan tarkoittaa johtoa tai asiantuntijaryhmää. Heidän kauttaan tapahtuvan kehittämisen ajatellaan hyödyntävän laajempaa osaa organisaatiosta kuin pelkästään yksilöitä. (Räsänen 2007: 22–23.)

Esimiehen ja työntekijän arkea auttaa tehtävien selkeys ja ajankäyttö. Esimiehen tehtävät muodostuvat muun muassa tietojen välittämisestä työntekijöille ja johdolle, päätöksenteosta, tavoitteiden saavuttamisen varmistamisesta, työntekijöiden motivoinnista sekä töiden ja resurssien organisoinnista. Lisäksi esimiehen on tärkeää edistää yhteishenkeä ja antaa työntekijöille mahdollisuus vaikuttaa työnsä sisältöön. (Hakala – Harju – Manka – Nuutinen 2011: 29.) Esimiehiltä odotetaan työntekijöiden innostamista ja luottamusta osaamiseen sekä kannustusta työntekijöiden mielipiteiden ilmaisuun ja toimintatapojen kyseenalaistamiseen. Yksikkö tasolla toivotaan kehittämis ehdotusten esille tuomista ja päättäväisyyttä niiden loppuun viemiseen. (Kanste 2005: 119.)

Muutosta suunniteltaessa tulisi huomioida muutoksen perustarkoitus, jota ilman muutosta on vaikea toteuttaa. Suunnitteluvaihe on todella merkittävä onnistuneelle muutokselle, se luo pohjaa koko prosessille. Muutosjohtajan on myös käytettävä valtaa prosessin aikana ja osattava kriittisesti pohtia organisaation kokonaisuutta. (Stenvall – Virtanen 2007: 47–48.) Ylemmän johdon mukana olon rooli on merkittävä muutoksessa, koska yleistasolla päätökset ja resurssit hallinnoidaan sieltä käsin (Kajamaa 2011: 130).

## 2.1 Prosessin kehittäminen

Prosessiajattelun perustana on luoda arvoa asiakkaalle tapahtumien ketjulla. Prosessi-johtamiseen tarvitaan tunnistettu tapahtumien ketju, sen mallintaminen sekä toteutukselle ja kehittämiselle asetetut tavoitteet. Mallintamisen eli prosessin kuvaamisen avulla on tarkoitus ymmärtää arvonluonnin kannalta kriittiset toiminnot. Onnistunut prosessin kuvaaminen auttaa työntekijää ymmärtämään paremmin omat tehtävänsä ja niiden vaikutukset organisaatiolle ja organisaatiotasolla ymmärretään paremmin asiakastarpeet ja niiden kehittämiskohteet. Tämän seurauksena asiakas saa parempaa palvelua. (Laamanen – Tinnilä 2009: 10–11.)



Kuvio 2. Kehittämisprosessi

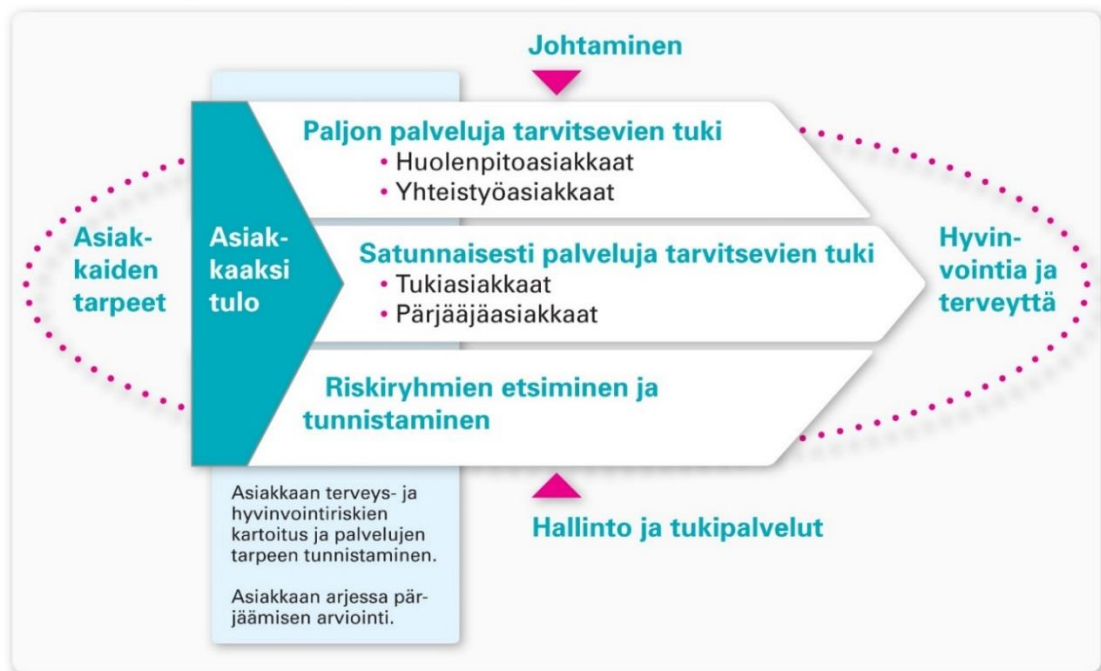
Kuviossa 2 kehittämisprosessin vaiheet on kuvattu mukaillen Toikon ja Rantasen (2009: 56–63) mallia. Ensimmäisessä vaiheessa kuvataan lähtökohdat eli mistä tilanteesta kehittäminen lähtee. Tätä seuraa suunnittelu- ja valmisteluvaihe, jonka jälkeen muutosta lähdetään ideoimaan ja mallintamaan. Prosessia verrataan tavoitteeseen ja tavoitteita muokataan tarpeen mukaan prosessin kehittämisen edetessä. Kehitetty malli jaetaan lopulta työyksikköön ja mahdollisesti laajemminkin organisaation käyttöön.

Prosessit voidaan jakaa eri ydinprosesseihin, joilla ajatellaan asiakastytyväisyyden muodostuvan. Tämä prosessi alkaa ja päättyy asiakkaaseen. Tukiprosessit tuottavat palveluja ydinprosesseille. Näiden lisäksi tunnistetaan johtamisprosessit ja usein kehittämiskohteiksi valittavat avainprosessit, joihin voi kuulua prosesseja kaikista edellä mainituista. Asiakasta kiinnostaa prosessin tuottama tuote tai palvelu ja organisaatiota miten tuote tai palvelu tuotetaan. Prosessin tavoitteina voidaan nähdä prosessin tuottama laatu asiakkaalle, sen toiminnan tehokkuus ja joustavuus muuttuvissa tarpeissa. Prosessin



kehittämistä mietittäessä arvioidaan millaisia prosesseja tulisi kehittää. Yleensä kehitettäväksi valitaan kustannustehottomia, hitaasti eteneviä ja asiakkaiden tarpeita huomioivia sekä monivaiheisia ja monimutkaisia prosesseja. Kehittäminen tähtää prosessien nopeuttamiseen ja vaiheiden vähentämiseen, kustannusten laskuun, asiakastarpeen sujuvaan huomioimiseen sekä parempilaatuisiin prosesseihin. (Tuominen 2010: 9-13.)

## Sosiaali- ja terveystieteiden viraston prosessikartta



Kuvio 3. Sosiaali- ja terveystieteiden viraston prosessikartta.

Helsingin kaupungissa kehitetään monia prosesseja samaan aikaan. Sosiaali- ja terveystieteiden virastossa on meneillään palvelujen uudistamisen prosessi, jossa kehitetään ydinprosesseja. Kuviossa 3 esitettyä prosessikarttaa on kehitetty varmistamaan oikein suunnattu palvelu. Ydinprosesseiksi on määritelty asiakkaaksi tulo, paljon palveluja tarvitsevien tuki, satunnaisesti palveluja tarvitsevien tuki sekä riskiryhmien etsiminen ja tunnistaminen. Kehittämistyö on aloitettu asiakkaaksi tulosta ja paljon palveluja tarvitsevista asiakkaista. (Palvelujen uudistaminen. Sosiaali- ja terveystieteiden virasto.)

Prosessijohdetuissa organisaatioissa strategia perustuu prosesseissa tunnistettuihin asiakkaiden ja yhteistyökumppaneiden odotuksiin ja tarpeisiin. Organisaatiossa työntekijät pyrkivät selvittämään asiakkaiden tarpeita jatkuvasti, ja myös mielipiteet kilpailijoista. Työntekijät tuntevat asiakkaiden tarpeet hyvin ja pystyvät ennakoimaan tulevia tarpeita toiminnassa. Prosessijohtamisessa menestyvillä organisaatioilla on yleensä järjestelmällinen palvelujen parantamismahdollisuus, parantaminen perustuu asiakkailta ja yhteistyökumppaneilta saatuun palautteeseen. Henkilökuntaa otetaan mukaan kehittämiseen, tällä varmistetaan myös oikean tiedon välittyminen organisaatioon. Asiakkailta tulleeseen palautteeseen reagoidaan nopeasti ja ryhdytään korjaustoimenpiteisiin. Asiakastytyväisyyden mittaaminen tehdään myös systemaattisesti. (Tuominen – Laamanen 2012: 40–41, 80–89.)

Prosessilähtöisissä organisaatioissa työntekijät kokevat yleensä työssään suurempaa työnimua heidän päästessään itse vaikuttamaan työhönsä. Kun työntekijöillä on halua kehittää työtään ja organisaatiolla kehittää prosesseja, voidaan saada aikaan molempia hyödyttävä liittouma. Ei ole enää nykyaikaista ajatella ihmisten olevan uskollisia ja sitoutuneita työnantajille vuosia ja vuosikymmeniä. Prosessien kehittämisen kautta voidaan löytää mahdollisuus tuloksekkaaseen työtapaan. (Virtanen – Wennberg 2005: 159–160.)

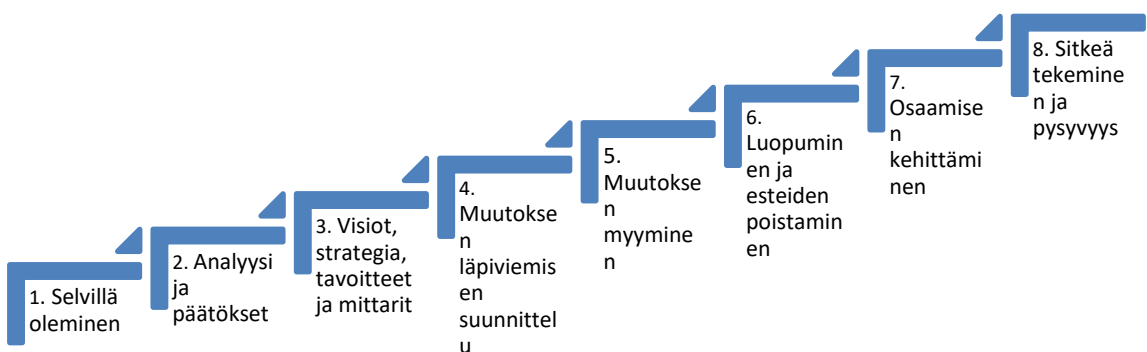
## 2.2 Muutosprosessijohtaminen

Esimiehen halu ja kyky vuorovaikutukseen työntekijöiden kanssa on tärkeä osa tulevaisuuden johtamista. Esimies ei jatkossa ole enää se henkilö organisaatiossa, joka tietää ja osaa eniten, työntekijät ovat entistä enemmän oman työnsä asiantuntijoita. Onkin tärkeää, että esimies ottaa vastuun innostaa valmentavalla otteella ja saada tiimi onnistumaan ja löytämään jokaisen yksilön vahvuudet sekä tiimin yhteistyö. Samalla tiimi tuntee vastuunsa ja linjajohdolta saadaan visio, jota kohti esimies ja tiimi lähtevät etenemään. Jatkuvan vuoropuhelun ja yhteistyön merkitystä ei saa unohtaa missään vaiheessa. On merkillepantavaa, että uuden luominen tarkoittaa samalla luopumista jostakin. Tämä ei aina onnistu samoissa rooleissa pysymällä. Innovatiivisuus ja uuden luominen vaatii myös vapautta ja valtaa kokeilla ja toteuttaa itseään sekä samalla uskallusta luopua rutiineista. Tämän tukahduttaminen liian tiukoilla säännöillä ei edistä innovointia. (Hänninen 2014: 104–105.)

Työntekijöiden huonot työasenteet vaikuttavat pitkän aikavälin suorituksiin. Mikäli esimies tai johto yleensä hoitaa huonosti sovittuja asioita, vaikuttaa se negatiivisesti työntekijöihin useiden kuukausien ajan. Työntekijöiden kuormitus on usein pitkäaikaista ja työntekijöiden ajatellaan tarvitsevan painetta suoriutuakseen erinomaisesti työstään. Lyhytkestoisesti ja pienissä määrin tämä varmasti pitääkin paikkansa, mutta luovuuden ja tuottavuuden ylläpitämiseksi tulisi vähintäänkin kommunikoida ja kunnioittaa työntekijöitä. (Amabile – Kramer 2012: 72–73.)

Työntekijöiden positiiviset tunteet työpäivänä vaikuttavat työn edistymiseen ja kehittymiseen. Työssä koetut takaiskut vaikuttavat negatiivisesti motivaatioon eikä työstä saatu tunnustus auta parantamaan tilannetta. Esimiesten ja johdon tulisi kiinnittää työntekijöiden huomio enemmän niihin asioihin missä on edistytty ja ohjata myös työntekijät itse ajattelemaan enemmän positiivisia edistysaskeleita negatiivisten, jopa näennäisten, takaiskujen sijaan. Työyhteisö ja johto voivat edistää tätä kunnioittavalla ja rohkaisevalla kohtelulla, antamalla tilaa uusille ideoille, antamalla selkeät tavoitteet ja riittävät resurssit niiden toteuttamiseen sekä luomalla oppimista mahdollistavan ympäristön. (Amabile – Kramer 2012: 85–93.)

Muutosprosessi voidaan nähdä myös portaina, kuten kuviossa 4. Erämetsä (2003) on mukaillut muutoksen läpiviemisen portaatin John P. Kotterin muutoksen portaisiin. Tässä mallissa on pyritty huomioimaan enemmän henkilöstön tarpeita ja viestintää. Suurin huomio keskittyy suunnittelulle ja muutoksen läpiviemiseen henkilöstölle. (Erämetsä 2003: 153–154.)



Kuvio 4. Muutoksen portaatin.

Muutosprosessissa johtajan rooli usein korostuu. Henkilöstö ei saa samaa informaatiota kuin johto ja johtajan onkin välitettävä riittävästi informaatiota työntekijöille. Muutosprosessin toteuttamista vaikeuttaa myös prosessin aikana usein tapahtuva suunnitelman muokkaus. Varsinkin jos suunnittelua ei ole tehty huolellisesti, toteutus voi olla osin kaottinen ja ennakoimaton. Myös liian kiireinen aikataulu hankaloittaa muutosprosessia ja muutosjohtamista. Henkilöstön mukaan ottaminen muutosprosessia on tärkeää. Henkilöstön kannalta muutosprosessia voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: lamaantumisvaihe, toiveen heräämisvaihe ja sopeutumisvaihe. Aluksi henkilöstö lamaantuu kuullessaan muutoksesta ja voi esiintyä voimakasta kritiikkiä ja apatiaa. Informaation vastaanottaminen voi olla hyvin rajallista ja annettua informaatiota ei muisteta myöhemmässä vaiheessa. Tämä aiheuttaa ongelmia muutosprosessin seuraavissa vaiheissa. Toiveen heräämisvaiheessa henkilöstön tunteet vaihtelevat ylös alas ja se on kuluttavaa aikaa. Sopeutumisvaiheessa henkilöstö alkaa hiljalleen uskoa selviytymiseen ja nähdä uuden mahdollisuuden ja haasteet. Muutosprosessissa täytyykin hyväksyä eri nopeudella tapahtuvat muutosvaiheet. Johto ja henkilöstö etenevät eri tahtia, myös eri yksiköissä voidaan olla aiemmin valmiita kuin toisissa. (Stenvall – Virtanen 2007: 49–52.)

Muutoksessa on huomioitava innostuksen synnyttäminen työryhmässä. Innostuneisuus ja halu muutokseen poistavat monia esteitä kehittämisen tieltä ja toimivat motiivina. Moniammatillisessa yhteistyössä niiden on toimittava ryhmän ominaisuutena, vaikka lähtökohtaisesti ovatkin yksilöominaisuuksia. Aiemmin eri toimijat ovat lähettäneet asiakkaan eteenpäin, kun omat keinot ovat loppuneet. Muutoksella voidaan saada aikaan eri ammattiryhmiä ylittävä asiakkaan parhaaksi toimiva moniammatillinen työskentelyprosessi. (Pärnä 2012: 139–140.)

Helsingin kaupungissa on menossa johtamismallin muutos. Muutoksella tavoitellaan tuottavuuden paranemista, ensiluokkaista asiakaskokemusta palvelujen saatavuuden ja asiakaskokemuksen kehittämisen keinoin, hyvää henkilöstökokemusta ja todellisen vaikuttavuuden lisäämistä. Johtamisen ytimessä on jatkossa yhteinen työ, itseohjautuvat tiimit ja sisäinen motivaatio. Yhteisellä työllä tarkoitetaan muun muassa yhteisten tavoitteiden ja mittareiden käyttämistä työssä, yhteisiä pelisääntöjä, moninaisuuden arvostamista ja hyödyntämistä, moniammatillisuuden käyttämistä asiakkaan hyväksi sekä rajapintojen häivyttämistä asiakkaan palveluissa. Itseohjautuvuudella tarkoitetaan tiimien toimintaa tavoitteellisesti yhdessä sovittujen mittarien mukaisesti, osaamisen arvostamista ja yhteistyön tekoa ilman rajoja, organisaation läpinäkyvyyttä ja tiimien omaa innovointia

valmentavassa hengessä. Sisäistä motivaatiota halutaan saada aikaan tavoitteiden tuntemisella ja systemaattisella seurannalla niiden saavuttamisessa, jokaisen osaamisen arvostamisella, mahdollisuudella kehittyä ja kehittää omaa työtään sekä lisäämällä työyhteisöön kuulumisen tunnetta. Kaikessa toiminnassa halutaan lisätä asiakkaan kokemaa kuulluksi tuleminen tunnetta. (Uudistettujen sosiaali- ja terveystalvelujen johtamisen käsikirja 2016: 14–26.)

### 2.3 Toimintaympäristön kuvaus

Helsingissä kotihoito toimii neljällä palvelualueella, jotka kukin on jaettu kahteen kotihoitoyksikköön. Yhteensä näissä toimii noin 70 lähipalvelualueetta, joista kotihoito järjestetään. (Kotihoito.) Helsingin kaupungissa kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty poikkeusluvalla kotihoidoksi. Kotihoidon palveluissa noudatetaan sekä sosiaalihuoltolain että terveydenhuoltolain määräyksiä. Yhdistetty kotihoito on toiminut Helsingissä vuodesta 2005 alkaen. Paljärvi (2012) toteaa tutkimuksessaan kotihoidon muuttuneen perinteisessä kotipalvelussa. Aiemmin toteutettuja siivousta ja asiointiapua ei ole enää saatavissa vaan toiminta on keskittynyt päivittäisissä toimissa auttamiseen, kuten lääkehoitoon, ruokailuun ja hygieniaan. (Paljärvi 2012: 87.) Osan palveluista Helsingin kaupunki tuottaa itse, osan palvelusetelien, kilpailutetuin tukipalveluin tai esimerkiksi Helsingin palvelukeskuksen tuottamien turvapalveluiden avulla.



Kuvio 5. Organisaatiokaavio. Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut 2016.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden viraston organisaatiossa (kuvio 5) sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelujen osaston lännen palvelualueen kotiutustiimi toimii lounaisessa kotihoitoyksikössä. Lännen kotiutustiimi toimii koko palvelualueella tuottaen palvelua sekä lounaisen että läntisen kotihoitoyksikön alueilla asuville. Tiimissä työskentelee 8 sairaan-/terveydenhoitajaa, 3 lähihoitajaa, lännen sosiaali- ja lähtyöstä sosiaaliohjaaja ja lisäksi kuntoutumisen osaamiskeskuksesta fysioterapeutti. Toimintaa johtaa kotihoito-ohjaaja.

### 2.3.1 Asiakkaaksi tulo kotihoidossa

Kotihoidossa palvelutarpeen arviointi ja palvelunohjaus ovat merkittävässä asemassa. Palvelutarpeenarviointi pitäisi perustua todelliseen toimintakykyyn, joka arvioidaan laajalaisesti erilaisin välinein ja menetelmin. (Simonen – Viitikko – Heiskanen 2014: 21.) Helsingin kaupungissa kotihoidon asiakkaille tehdään aina palvelutarpeen arviointi, joko heti palveluihin tullessa tai hyvin pian palvelujen alettua. Kotihoidon palvelutarpeen arviointia voi pyytää kuka tahansa helsinkiläinen itselleen, helsinkiläiselle läheiselleen tai

esimerkiksi naapurilleen. Paikalle toivotaan asiakkaan lisäksi tarvittaessa omainen tai muu läheinen.

Palvelutarpeen arvioinnissa huomioidaan henkilön fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja sosiaalinen toimintakyky monipuolisesti arvioiden ja luotettavia mittauksia tehden. Arvioinnissa voidaan hyödyntää muun muassa erilaisia muistin ja fyysisen toimintakyvyn testejä. Lisäksi huomioidaan asunnon esteettömyys, turvallisuus ja asuinympäristön palvelujen saatavuus. (Palvelukuvauus.) Palvelutarpeen arvioinnissa korostuu keskustelemalla saavutettu luottamus ja dialogi. Krook (2012) toteaa tutkimuksessaan asiakkaan kuuluksi tulemisen tärkeyden. Tämä saavutetaan parhaiten luomalla tasa-arvoinen, välitön ja mukava tunnelma ilman asiakkaan moralisointia. (Krook 2012: 76.) Palvelutarpeen arviointi kotihoidossa kirjataan Pegasokseen, sähköiseen potilastietojärjestelmään. Lisäksi kotiutustiimissä käytetään SosiaaliporrasRAI-järjestelmää arviointia tukemassa. Myös sosiaali- ja lähiyö tekee ikääntyvien palvelutarpeen arviointia ja eri potilastietojärjestelmien vuoksi SosiaaliporrasRAI helpottaa yhteisenä työvälineenä tiedonsiirtoa asiakuuden siirtyessä kotiutustiimistä.

Kunnallisissa sosiaalihuollon palveluissa, joihin kotihoito kuuluu, palvelutarpeen arviointi järjestää seitsemän vuorokauden sisällä pyynnöstä, kiireellisissä tapauksissa välittömästi (Sosiaalihuoltolaki: 13012014, 36§). Helsingin kaupungissa kotihoito tukee kotona asuvia niissä toimissa, joista henkilö ei enää itsenäisesti selviydy. Toimintakyvyn heikentyessä kotihoito järjestää hoidon (hoivan, sairaanhoidolliset toimenpiteet ja lääkeshoidon) ja palvelut (muun muassa ateriapalvelu, turvapuhelin ja kauppapalvelu) ikääntyville, yli 18-vuotiaille vammaisille, pitkäaikaisairaille ja toipilaille niin, että asuminen kotona on turvallista. (Kotihoito.) Asiakuuden aloittamisen edellytyksenä on kotihoidon henkilökunnan, usein sairaan-/terveydenhoitajan, tunnistama tarve palveluihin. Tutkimuksen mukaan naiset toimivat useammin hoivaajina kuin miehet ja kotihoidon asiakkaina onkin enemmän naisia kuin miehiä, koska heillä ei ole tarjolla apua kotona. Korkea ikä näyttäisi lisäävän palvelujen aloitusta palvelujen tarjoajan puolelta, tämä ei aina ole suorassa suhteessa palvelujen tarpeeseen. (Low – Fletcher – Gresham – Brodaty 2015: 4-6.)

Kotihoitopäällikön mukaan lännen palvelualueella kotihoidon suorittamien käyntien määrä kasvoi edelleen vuonna 2015 suhteessa enemmän kuin asiakasmäärä. Tämä viittaa lisääntyneeseen avuntarpeeseen kotihoidon asiakkailta. Sairaansijojen vähentyessä myös hoitoaikoja pyritään lyhentämään ja ihmiset kotiutuvat aiempaa varhaisemmassa

vaiheessa toipumistaan. Kotiutustiimin tarkoituksena on löytää keinoja toipilasvaiheen toimintakyvyn ylläpitoon ja parantamiseen.

### 2.3.2 Asiakkaaksi tulo kotiutustiimissä

Lännen kotiutustiimiin asiakkuus alkaa sairaalasta kotiuduttaessa, mikäli aiempaa asiakuutta ei ole kotihoitoon. Jos kotiutuva on kotihoidon asiakas, palaa hän yleensä suoraan tutun tiimin hoitoon. Kotiutustiimi ottaa myös kotihoidon asiakkaita vastaan, mikäli hoidon tarve kotiutumisen jälkeen on vahvasti sairaanhoidollinen. Tehtäviin kuuluu hoidon suunnittelun ohella asiakkaan asioiden selvittelyä ja kotona selviytymistä tukevien palvelujen järjestämistä. Lisäksi läheisiä pyritään osallistamaan kotona pärjäämiseen ja löytämään asiakkaalle mielekästä toimintaa arkeen. Tiimi hoitaa asiakasta pisimmillään neljän viikon ajan. Asiakkaan tarvitessa edelleen kotihoitoa, hänet siirretään kotiosoitteen mukaiseen kotihoidon tiimiin. Aika asiakkaan fyysisen toimintakyvyn parantamiseen, hoidontarpeen määrittelyyn ja palvelujen kuntoon saamiseen on melko lyhyt.

Kotiutustiimin toimintaa on lähdetty toteuttamaan varmistamalla, että tiimillä on riittävät resurssit vastaanottaa ja hoitaa asiakasta hänen yksilöllisen tarpeen mukaisesti. Toimintaa arvioidaan seuraamalla kustannustehokkuutta ja asiakkaan tarvitsemien palvelujen tarvetta jatkossa sekä takaamalla asiakkaiden kotiutuminen viikon jokaisena päivänä ja myös iltaisin. Näillä toimilla pyritään säästämään rahaa laitospuorokausien vähenemissellä ja asiakkaan pienentyneellä palveluntarpeella kotiutustiimin jakson jälkeen. Kotihoidossa yleinen suuntaus on ollut välittömän asiakastyöajan lisääminen muun muassa teknologiaa kehittämällä. Samaan aikaan kuitenkin myös asiakkaat ovat muuttuneet raskashoitaisemmiksi ja asiakkaiden asioiden hoitoon liittyvä työmäärä on lisääntynyt. Myöskään teknologia ei ole pystynyt vastaamaan toivotulla tavalla asiakkaalla tehtävän välittömän työajan tavoitteeseen. (Haapakorpi – Haapola 2008: 54.)

Kotiutustiimin asiakasprosessi alkaa, kun asiakas lähtee kotiin sairaalasta. Asiakkaasta on ilmoitettu kotiutustiimille ja kotiutustiimi ottaa asiakkaaseen yhteyttä arviointikäynnin sopimiseksi, ellei sairaala jo ole määrittänyt hoidon tarvetta. Ensikäynnillä keskustellaan asiakkaan ja mahdollisesti paikalla olevien omaisten kanssa hoidon tarpeesta kotiutumisen jälkeen. Joko todetaan, ettei hoidolle ole tarvetta ja kotiutustiimin jakso loppuu tai jos kotihoidon tarvetta on, sovitaan käyntien aloitus ja sisältö. Jakso on pisimmillään neljä



viikkoa, jonka jälkeen asiakas siirtyy osoitteen mukaiselle tiimille hoitoa edelleen tarvittaessa. Mikäli todetaan jossain kohtaa prosessia, ettei asiakas tarvitse kotihoidon käynnejä, tarvittaessa tehdään päätös kotona pärjäämistä tukevista tukipalveluista ja ollaan yhteydessä asiakkaan toiveiden ja tarpeen mukaiseen jatkohoitoon.

### **3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät**

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla kehitetty kotiutustiimin asiakasprosessi. Tavoitteena on tuottaa tietoa kotiutuvan asiakkaan prosessin vaiheista Lännen palvelualueelle ja Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukseen hyödynnettäväksi uusien asiakkaiden tullessa palvelujen käyttäjiksi sekä kotihoidossa että kotiutustiimeissä.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

1. Tunnistaa olemassa olevan asiakasprosessin haasteet.
2. Kehittää kotiutustiimin tunnistettujen haasteiden perusteella asiakasprosessia.
3. Kuvata yhdessä henkilöstön kanssa kehitetty kotiutustiimin asiakasprosessi, jota voidaan jatkossa hyödyntää Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa.

#### **3.1 Lähtötilanteen haasteet**

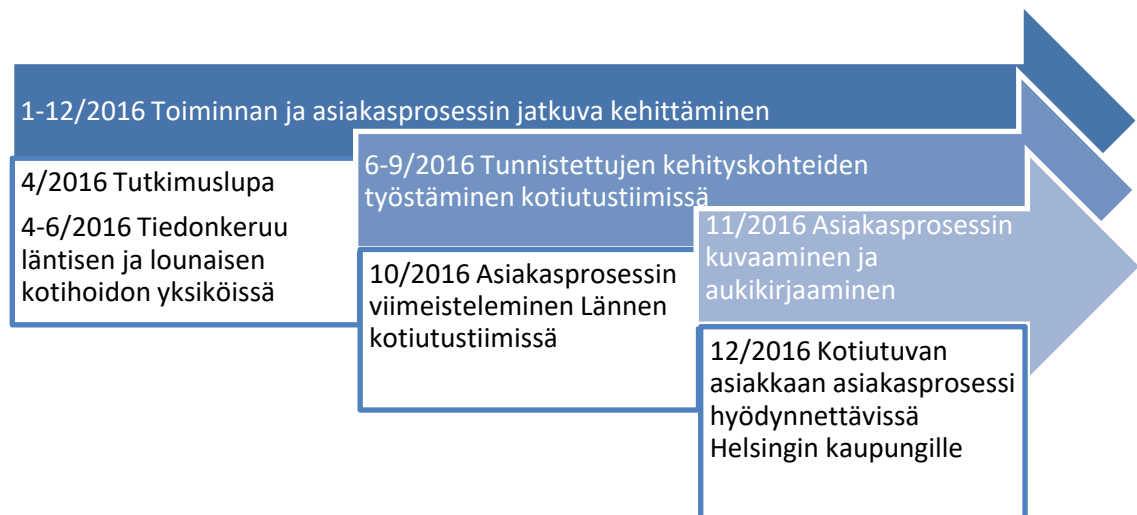
Lännen palvelualueella kotiutustiimi on toiminut tammikuusta 2016 saakka. Vuonna 2015 toimintaa oli lounaisessa kotihoidossa pienimuotoisesti, kahden sairaanhoitajan ja kolmen lähihoitajan tiimissä. Laajentuneen tiimin henkilöstö on osittain uutta kotihoidossa ja tiimistä on puuttunut selkeät ohjeet toiminnalle. Työntekijöiden on haastavaa konkreettisesti havainnoida kaikkia perustehtävään kuuluvia alueita ilman asianmukaista prosessikuvausta. Tiimityöskentelyssä tarvitaan yksilötasolla selkeää käsitystä omista tehtävistä ja vastuista, mutta lisäksi tiimillä tulisi olla yhtenäinen linja työn tavoitteista ja käytännöistä. Yleensä tämä pohjaa ainakin osittain hiljaiseen tietoon, jota uudessa tiimissä ei ole juurikaan käytettävissä. (Haapakorpi - Haapola 2008: 50.)

Työyhteisön toimivuutta parantaa niin sanottu sosiaalinen pääoma, jolla tarkoitetaan muun muassa työntekijöiden ja esimiehen välistä luottamusta ja vastavuoroisuutta sekä työntekijöiden keskinäistä auttamista, uusien toimintamallien ja ratkaisujen löytämistä

(Hakala – Manka 2011: 40). Kotiutustiimin henkilöstön lisääntyttyä merkittävästi ei tiimissä ollut luottamusta toiseen, koska toisten osaamista ja työskentelytapaa ei tunnettu. Toiminnan aluksi piti sopia toiminnan käytännöt ja tiimin pelisäännöt. Näiden jälkeen toimintaa voitiin lähteä kehittämään.

#### 4 Tutkimuksellisen opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin huhti-marraskuun 2016 aikana Lännen palvelualueen kotiutustiimissä kuviossa 6 esitellyn aikataulun mukaisesti. Kehittämiskohteita pohdittiin kotiutustiimissä ja selvitettiin alueen kotihoitoyksiköistä. Lisäksi tehtiin yhteistyötä Lännen palvelualueen muiden toimijoiden kanssa.



Kuvio 6. Kehittämisprosessin eteneminen.

Tässä opinnäytetyössä hyödynnetään toimintatutkimuksen keinoja kehittää asiakasprosessia. Normaalisti toimintatutkimuksen tekeminen vie vuosia eikä se ole aikataulusyistä mahdollista tässä opinnäytetyössä. Tarkoitus on hyödyntää toimintatutkimusta pohjana, liittää siihen aivoriihiyöskentely ja Lean-työkaluja saaden aikaan kehittämisprosessi. Vaikka toimintatutkimus usein määritellään laadulliseksi, voi se olla myös määrällinen tiedonhankintamenetelmä. Toimintatutkimusta ei pidetä välttämättä tutkimusmenetelmänä vaan lähestymistapana, kun tutkimus yhdistetään toiminnan kehittämiseen. (Heik-

kinen 2008: 36–37.) Toimintatutkimuksessa on tarkoitus kehittää tiettyä ongelmaa/kohdetta, eikä löytää ratkaisuja yleisellä tasolla. Toimintatutkimuksessa edetään askel kerrallaan reflektoiden päätettyä. Tutkimuksen on tarkoitus olla läpinäkyvä ja helposti ymmärrettävä sitä seuraavalle ulkopuoliselle. (Chenail – St. George – Wuff 2007: 451.)

#### 4.1 Toimintatutkimus

Toimintatutkimus on osallistavaa tutkimusta, jossa pyritään saamaan aikaa muutos ja ratkaisemaan käytännön ongelmia. Toimintatutkimukseen liittyy käytännönläheisyys ja sillä ei pyritä pelkästään selvittämään kuinka asiat ovat vaan kuinka ne voisivat olla. Siinä tutkija ja tutkittavat ovat aktiivisessa roolissa toimijoina tehden yhteistyötä muutoksen saavuttamiseksi. Yhteisö ottaa yhdessä vastuun toiminnan kehittämisen ja muutoksen aikaan saamisessa yhdessä havaittujen ongelmien ratkaisemiseksi ja asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Osallistava tutkimus tarjoaa työyhteisölle mahdollisuuden vaikuttaa itse valittuihin kehittämiskohteisiin ja tavoitteisiin. Yleensä työyhteisön itsensä löytämä ratkaisu on helpompi hyväksyä ja toteuttaa kuin ulkopuolelta tulevat ohjeet. Toisaalta toimintatutkimuksessa on varauduttava siihen, ettei muutos välttämättä tapahdu tai se on toisenlainen kuin prosessin alussa tavoiteltu. Näissä tapauksissa saadaan kuitenkin tietoa asenteista, valtarakenteista ja työkuultuurista. Toimintatutkimus on aina tilanteeseen sidottu, eikä siihen välttämättä voi hyödyntää aiemmin tutkittua tietoa. On tärkeää määritellä kehittämistehtävä ja tavoitteet tarpeeksi selkeästi ja avata lähtötilanne, sekä asettaa realistinen aikataulu. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2013: 58–59.)

Toiminnan kehittämisen ja kuvaamisen koko tiimi on tarkoitus ottaa alusta asti mukaan prosessiin. Asiakasprosessia on pyritty kehittämään toiminnan aikana ja sen kehittäminen nähdään tärkeänä toimintana myös jatkossa. Asiakkaille halutaan taata mahdollisimman tehokas ja sujuva kotiutumisen jälkeinen jakso, jossa tavoitteet ja periaatteet ovat kaikilla selvänä. Asiakkaille täytyy antaa palvelua yksilöllisesti kunkin tarpeiden mukaan ja asiakasprosessin selkeys auttaa tässä työntekijää. Toimintatutkimus sopii tähän oppinäytetyöhön hyvin, koska tarkoitus on muokata tiimin toimintaa jatkuvasti kehittyväksi toiminnaksi yhdessä työyhteisön kanssa. Työntekijät ovat motivoituneita oman työn kehittämiseen ja palautteen hyödyntämiseen työssään.

Toimintatutkimus ei etene systemaattisesti kohti ratkaisua vaan suunnittelu, havainnointi ja arviointi toistuvat prosessin eri vaiheissa. Tutkimuksen aluksi valitaan kehittämisiongelma ja työn tavoitteet. Tämän jälkeen tutustutaan teoriaan ja pyritään löytämään tutkittua tietoa aiheesta. Teorian perusteella voidaan tarvittaessa täsmentää kehittämistehdävää ja tavoitteita. Toimintatutkimus toteutetaan tutkimalla ja kokeilemalla käytännön mahdollisuudet päämäärien saavuttamiseksi, analysoimalla saatu aineisto, arvioimalla tehdyt asiat, muokkaamalla ja tarkentamalla tavoitteita, tekemällä kokeiluja ja analysoimalla saatuja kokemuksia. Vaiheet siis vuorottelevat. Tässä kaikilla osallistujilla on tasa-  
puolinen vastuu ja jokainen osallistuu aktiivisesti eikä tutkijan rooli eroa muun työryhmän roolista. (Ojasalo ym. 2013: 60–61.)

Tiedonkeruussa hyödynnetään aivoriihiyöskentelyä, jolla tarkoitetaan ideoiden tuottamista yleensä 6-12 hengen ryhmässä vetäjän johdolla. Esivaiheessa asetetaan ja rajataan tavoitteet, lämmittelyvaiheessa vapaudutaan turhista ennakkoluuloista, ideointivaiheessa ideoidaan vapaasti aiheesta ja ideat vetäjä kirjaa esimerkiksi taululle ylös ja valintavaiheessa näistä valitaan kriittisesti keskustelemalla toteuttamiskelpoinen idea. Toteuttamistapoja voi ideoinnin suhteen olla myös muita; kukin kirjoittaa ideat lapuille ylös ja lopuksi kaikki käyvät lukemassa toistensa ideat, oppimiskahvila eli pienryhmissä valitaan parhaat ideat yhdessä ja ryhmiä vaihdetaan, kunnes kaikki ovat tutustuneet kaikkiin ideoihin ja niistä valitaan paras. (Ojasalo ym 2013: 160–161.)

Aivoriihiyöskentelyä voidaan hyödyntää sekä tiimin että yhteistyökumppaneiden kanssa. Tapa ei ole kovin rajoittava ja jokaisen on mahdollista saada mielipiteensä kuuluviin. Aivoriihiyöskentelyssä jokainen voi vapaasti osallistua ideointiin ja sitä voi toteuttaa myös erilaisten ryhmien kanssa. Tietoa täytyy kerätä prosessin eri vaiheisiin osallistuvilta ja olisi haastava löytää yhtä tiedonkeruumenetelmää. Kehittämistyö tehdään hyödyntämällä mahdollisimman paljon valmiita rakenteita ja samalla minimoimalla turhaa ajankäyttöä. Kotihoitoyksiköiden rakenteissa on jo valmiiksi tähän luotu mahdollisuuksia; esimieskokoukset, sairaan- ja terveydenhoitajapalaverit ja lähipalvelualuepalaverit. Aivoriihiyöskentely voidaan toteuttaa melko nopeana toimintona esimerkiksi palaverien aluksi, mieluummin muutamia kertoja, kuin yksittäisenä pitkään kestäväenä tapahtumana. Samalla saadaan palautetta säännöllisesti ja ajantasaisesti.

Tiedonkeruu toteutui aina samalla tavalla. Jokaisella kerralla osallistujia pyydettiin ensin kirjaamaan postit-lapuille ylös omia mietteitään tiimin onnistumisista ja kehittämiskoh-teista. Sen jälkeen osallistujat jakautuivat omatoimisesti 2-5 henkilön pienryhmiin. Pien-ryhmiin jakautumista ei muuten rajoitettu, mutta toivottiin, että lähimmät kollegat eivät ole samassa ryhmässä. Pienryhmät keskustelivat kunkin merkintöjen taustat yhdessä ja va-litsivat lopuksi ehdotuksista tärkeimmät. Tapaamisen lopuksi pienryhmät kertoivat vielä koko ryhmälle omat valintansa. Opinnäytetyön tekijä kirjaa tärkeimmät ehdotukset ja kes-kustelussa esille tulevat asiat ja toimittaa ne tiimin tiedoksi.

Toimintatutkimuksessa, toisin kuin laadullisessa tutkimuksessa, ei riitä vain ongelman ratkaisu vaan vaaditaan myös ratkaisun vieminen käytäntöön. Toimintatutkimuksen muutos on kyettävä näyttämään toteen esimerkiksi alkumittauksen vertailulla kehittämis-työn jälkeiseen tilanteeseen. (Kananen 2014: 117–118.) Toimintatutkimuksella ei ole tar-vetta saada tietoa vain tiedon vuoksi, vaan sillä pyritään löytämään tietoa parantamaan käytäntöjä. Toimintatutkimuksessa pyritään tarkastelemaan toimintatapoja, jotka toimi-vat arjessa mutta saattavat olla esimerkiksi ristiriidassa tavoitteiden kanssa. Tarkoituk-sena on tarkastella omia ajattelutapoja ja kokemuksia uudesta näkökulmasta ja reflek-tion lopputuloksena löytämään uutta ymmärrystä toimintaan ja kehittämiseen. (Heikkinen 2015: 209–211.)

## 4.2 Lean

Perinteisesti yrityksissä tehokkuutta ajatellaan resurssien maksimaalisen hyödyntämi-sen kautta. Tällöin yksi henkilö tai yksikkö voi toistaa samaa prosessia pitkiä aikoja ja resurssista saadaan mahdollisimman suuri hyöty. Lean pyrkii pois resurssitehokkaasta ajattelusta kohti virtaustehokkuutta, jossa asiakkaan tai tuotteen prosessi pyritään toteut-tamaan mahdollisimman tehokkaasti ja arvoa tuottavasti. (Modig – Åhlström 2013: 9-16.)

Lean-toiminnan ydinajatuksia on saada aikaan kehitystä työntekijätasolla, ei ylhäältä joh-dettuna. Tämän aikaansaamiseksi täytyy luoda malli, jossa jokainen yksilö tuntee kuulu-vansa tiimiin ja saavansa vaikuttaa kehittämiseen. Tarkoitus on saada aikaan pysyviä muutoksia jatkuvasti, suurin osa pienempiä ja muutama suurempi. Parhaita tuloksia saa-daan aikaan kun kaikki ymmärtävät tavoitteen ja haluavat kehittää toimintaa sitä silmällä pitäen. Onkin tärkeää asettaa selkeät tavoitteet, joita kohti lähdetään toimintaa kehittä-mään. Tavoitteet on hyvä asettaa riittävän haastaviksi, mutta kuitenkin toteutettavissa

oleviksi ja niiden esittäminen pitäisi olla selkeä. On hyvä tehdä osatavoitteita, koska lopullinen tavoite voi olla pitkän kehittämistyön tulos ja välitavoitteiden saavuttaminen kannustaa jatkamaan. Prosessissa edetään niin kutsuttujen pullonkaulojen tunnistamisesta analysointiin ja uuden tavan toteuttamiseen vaiheittain, ja nämä voivat toistua uusien kehittämiskohteiden ilmaantuessa. Johdon osallistuminen prosessien kehittämiseen on tärkeää. He näyttävät omalla esimerkillään suuntaa ja heidän on tärkeää luottaa ja kuunnella avoimesti työntekijöiden mielipiteitä. Projektit kestävät yleensä kuukaudesta muutamisiin vuosiin, mutta tarkoituksena on Lean-mallin jatkuvuus prosessissa pitkälle tulevaisuuteen. (Kajaste – Liukko 1994: 64–74.)

Kotiutustiimin prosessin jatkuva arvioiminen ja asiakkaalle arvoa tuottamattoman ajan karsiminen on tärkeää. Kotiutumisen jälkeen on tärkeää huomioida asiakkaan kuntoutuminen myös silloin, kun hoitaja ei aktiivisesti asiakasta hoida ja kuntouta. Kuitenkin prosessissa pitää tunnistaa ja poistaa ne ajat, jolloin asiakas ei saa hoidolleen arvoa kotiutustiimiltä. Hukalla tarkoitetaan asiakkaalle arvoa tuottamatonta tekemistä. Sillä voidaan tarkoittaa muun muassa odottamista, siirtämistä, virheiden vuoksi uudelleen tekemistä ja turhaa työtä. Toisiaan odottaminen voi olla hyödyllistä, kuten toipilasvaiheen kuntoutuvan asiakkaan hoidossa tapahtuva hidas omatoimisuuden lisääntyminen usein osoittaa. Toisaalta turhaa odottamista voi olla, kun hoitajat eivät muista varata asiakkaalle aikaa/konsultoida lääkäriä heti oireen tai ongelman ilmestyttyä. Hoidon pitkittyminen on turhaa odotusta. Siirtämistä tapahtuu, kun hoitaja ei hoida tehtäviään kerralla loppuun, vaan odottaa jonkun toisen osallistumista. Tämä voi johtua myös osaamisesta, kaikki eivät saa tai osaa tehdä samoja asioita.

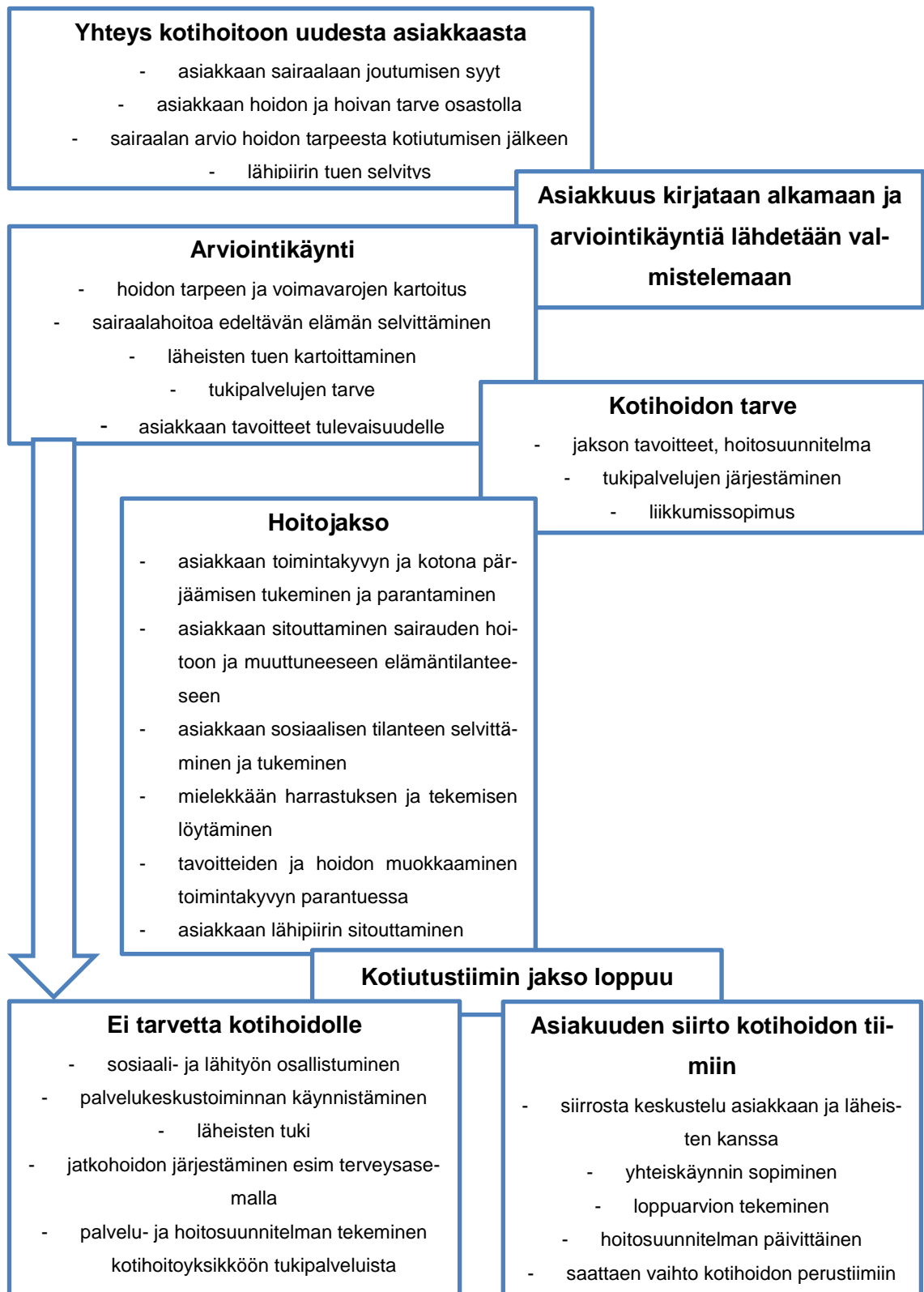
Tiimillä ei ole käytössään omaa lääkäriä vaan Lännen palvelualueella toimivat kuusi terveysasemaa lukuisine lääkäreineen vaativat paljon tiedon ja työn siirtämistä pois tiimistä. Asiakkaiden kotiutuessa sairaalasta lääkäri ei välttämättä olekaan uusinut kaikkia tarvittavia reseptejä ja apteekista ei saada heti asiakkaan tarvitsemaa lääkitystä. Tämä vaatii hoitajalta useampaa puhelua asioiden selvittämiseksi ja lisäksi uutta apteekkikäyntiä joko asiakkaalta tai omaiselta. Tiimissä tapahtuu varsinkin kirjaamisessa jonkin verran virheitä, asioita jää kirjaamatta tai hoitosuunnitelmia päivittämättä ja seuraava asiakkaalle menevä hoitaja tekee uudelleen jonkin asian vaikka se on jo hoidettu. Nämä tilanteet aiheuttavat asiakkaalle sekaannusta ja epävarmuutta hoidon laadusta. Tiimissä pyritäänkin jatkuvasti arvioimaan toimintaa ja tekemään parannuksia. Kaikkea hukkaa ei

saada pois ja hukan poistaminen ei saa olla itsetarkoitus, vaan hyvin suunniteltu ja päämäärään pyrkiä tavoite. (Torkkola 2015: 25–27.)

Kotiutustiimistä on tarkoitus luoda jatkuvasti kehittyvä, yksilön ja tiimin tasolla toimintaa parantava, yksikkö. Tässä on tarkoitus hyödyntää PDCA-tapaa. Tällä tarkoitetaan sykleissä kulkevaa toiminnan kehittämisen keinoa. Syklit etenevät suunnittelusta (plan) toiminnan (do) ja tarkastuksen (check) kautta korjaukseen (act). Suunnitteluvaiheessa määritellään hypoteesi tulevalle. Toimintavaiheessa testataan hypoteesia aloittaen hyvinkin pienestä vaiheesta. Tarkastusvaiheessa verrataan saatua tulosta hypoteesiin. Korjausvaiheessa standardoidaan toimivat käytännöksi ja aloitetaan kierros alusta toimimattomilla. Tätä voidaan toteuttaa aluksi kokeiluluotoisesti hyvin pienissä asioissa ja viedä lopulta koko tiimin toimintatavaksi. Asioiden kehittäminen harvoin onnistuu heti ensimmäisellä kerralla. PDCA:ta hyödyntäen asioita voidaan kokeilla ja kehittää kokoajan, eikä oikeastaan olekaan tarkoitus löytää heti oikeaa tapaa toimia, vaan kehittää jatkuvasti eri tapoja. Olisikin tärkeää, ettei kukaan koe asiaa liian henkilökohtaisesti eikä syyllistäen. Tarkoitus on oppia epäonnistumisista ja päästä niiden avulla parempaan tapaan toimia. Aikoinaan Toyotalla kehitetyn mallin oletukset ovatkin aina ihmisten halu tehdä parhaansa, saman ongelman ilmeneminen henkilöstä välittämättä ja yhdessä tekeminen ongelman ymmärtämiseksi. Toyotalla käytetään hyödyksi prosessi- ja tulostittareita. Näitä hyödynnetään osatavoitteiden seuraamiseen ja kokonaistavoitteen saavuttamiseen liittyvissä vaiheissa. Tarkoitus ei siis yleensä olekaan kerralla parantaa koko prosessia vaan tehdä se pienissä erissä. Tämä voi toisaalta tarkoittaa, ettei alussa asetettua hypoteesia sellaisenaan koskaan tulla saavuttamaan. (Rother 2011: 121–131.)

## **5 Asiakasprosessin kehittäminen**

Asiakasprosessia lähdettiin kehittämään aiemmin lyhyesti kuvatun prosessin (kuvio 7) pohjalle. Kotiutustiimi toimi vuonna 2015 lounaisessa kotihoidossa ja silloin asiakasprosessi kuvattiin alla olevaan muotoon.



Kuvio 7. Lounaisen kotihoidon kotiutustiimin asiakasprosessi.



Alkuperäinen asiakasprosessi kehitettiin vuonna 2015 Lounaisen kotiutustiimin tarpeeseen. Kotiutustiimissä työskenteli silloin kotihoidon tuntevaa henkilökuntaa ja prosessin kuvaukseen ei koettu kovin yksityiskohtaista tarvetta. Tämä kuitenkin muuttui kun tiimi laajeni alueeltaan ja henkilöstöltään. Tiimiin tuli henkilöstöä, jolle kotihoito ei Helsingissä ollut tuttua ja toimintatavat tuntuivat eroavan eri kaupunkien välillä. Samalla laajeni yhteistyökumppaneiden määrä. Prosessin tarkempaan kuvaukseen ja toiminnan selkeyttämiseen tuli selkeä tarve.

## 5.1 Asiakasprosessin haasteiden tunnistaminen

Haasteiden tunnistamisessa hyödynnettiin Lännen palvelualueen yhteistyökumppaneiden odotuksia ja näkemyksiä asiakasprosessiin. Maalis-kesäkuun aikana kehittämiseen tietoja kerättiin läntisen ja lounaisen kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajilta sekä kotihoidon ohjaajilta yhteensä neljä kertaa. Nämä liitettiin osaksi jo aiemmin suunniteltuja kokouksia tai niitä edeltäviksi tapaamisiksi. Tällä saatiin aikaan runsas osanotto ja turhaa aikaa esimerkiksi siirtymisiin eri paikoista ei tarvittu. Tietoja kerättiin aivoriihiöskentelyn keinoin.

Läntisen ja lounaisen kotihoitoyksiköiden kotihoidon ohjaajat tavattiin kerran kesäkuussa, yhteistä kokousta edeltävästi. Läntisen kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajat tavattiin kahdesti, ensimmäisellä kerralla huhtikuussa keskityttiin enemmän odotuksiin ja toiveisiin ja toisella kerralla toukokuussa useimmilla oli jo kokemuksia kotiutustiimin toiminnasta ja pystyttiin miettimään kehitysehdotuksia. Lounaisen kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajat tavattiin kerran huhtikuussa. Heille toiminta oli tuttua jo yli vuoden ajalta ja heidän kanssaan keskityttiin kehittämissuhteisiin tiimin toiminnassa ja siirtokäynneissä. Palautetta toivottiin lisäksi laitettavan kotiutustiimin ohjaajalle ja tätä saatiin varsinkin keväällä hyvin.

Kehittämiskohteeksi nousivat tiedon saantiin ja siirtoon liittyvät ongelmat. Asiakkaan siirtoon liittyvien Pegasos-kirjausten koettiin olevan usein puutteellisia ja riippuvan kirjajasta. Teksteistä puuttui esimerkiksi tulevat tutkimukset ja jatkohoito-ohjeet, järjestetyt ja keskeneräiset tukipalvelut eikä asiakasta arvioitu tekstien perusteella kokonaisvaltaisesti. Kehittämisen tarvetta nähtiin lisäksi asioiden perusteellisemmassa huomioimisessa. Joiltakin asiakkailta oli unohtunut selvittää tulotiedot, joiden perusteella kotihoidon

maksut määräytyvät. Asiakkaille oli myös jäänyt tekemättä muun muassa hoitotarviketilauksia.

Ongelmaksi koettiin asiakkaiden siirtoon liittyvä näkymättömyys Pegasoksessa ennen asiakkaan siirtymistä alueen kotihoidolle. Asiakkaan siirto alueen tietoihin voidaan tehdä vasta siirtopäiväksi, siihen saakka asiakkaan täytyy näkyä kotiutustiimin asiakkaissa. Siirtokäynneille toivottiin jatkossa paikalle asiakkaan tunteva hoitaja, jolla on kattava käsitys asiakkaan hoidosta. Osalla siirtokäynneistä oli ollut paikalla hoitaja, jolta uuden tiimin työntekijä ei kokenut saaneensa riittävästi tietoja.

Kotihoidon ohjaajien haaste oli saada tietoa asiakkaista, joille tukipalveluja avataan, mutta ovat edelleen kotiutustiimin asiakkaina. Asiakkaista saatettiin soittaa suoraan alueen ohjaajalle, vaikka asiakas ei ollutkaan vielä siirtynyt heille. Kotihoidon ohjaaja ei siis nähnyt asiakuutta, eikä hän siis tiennyt asiakkaasta mitään.

Lisäksi koettiin haasteeksi yleinen raportointi ja yhteydenpito kotiutustiimin ja alueellisten tiimien kesken. Asiakkaista toivottiin oltavan yhteydessä hyvissä ajoin ennen siirtoa. Epäselvää oli, kehen kussakin tiimissä oltaisiin yhteydessä, toisissa tiimeissä kotihoidon ohjaaja halusi tiedon siirrosta ja toisissa koettiin sairaan-/terveydenhoitajan olevan paras henkilö. Toisaalta tämä oli aiheuttanut hukkaa kotiutustiimin työntekijöille kun puheluja jouduttiin tekemään useita eri henkilöille ja selittämään samoja asioita useita kertoja.

Kehittämissuhteissa tuotiin myös esille tarve ottaa omaisia paremmin huomioon heti asiakkuuden alussa. Omaiset olivat kertoneet siirron jälkeen, ettei heitä oltu huomioitu tarpeeksi ja kotiutustiimin toiminta oli jäänyt etäiseksi. Samalla tuotiin esille kotiutustiimin tarpeettomuutta kotihoidolle jo tuttujen asiakkaiden kotiutumisissa. Sekä asiakkaat että omaiset eivät kokeneet saaneensa hoidosta hyötyä vieraiden työntekijöiden kanssa ja yhteydenpidon olleen vaikeampaa kuin tuttujen hoitajien kanssa.

Kuntouttavaa toimintaa ja sosiaaliohjausta toivottiin enemmän näkyväksi asiakkaan hoidossa. Asiakkailta puuttui esimerkiksi liikkumissopimuksia tai niihin ei ollut merkitty fysioterapeutin arviota. Sosiaaliohjaajan työpanosta ei nähty riittävästi asiakkaan siirryttyä perustiimiin, kuitenkin esille ei tullut selkeää puutetta toiminnassa.

Toiminnassa toivottiin huomiottavan tiimin ja kotihoidon ohjaajan tavoitettavuutta, joka oli ollut haastavaa. Sekä ohjaajan että tiimin yhteyspuhelimien numero oli usein varattu eikä asioita saatu hoidettua toivotulla aikataululla. Tiimin yhteyspuhelin oli myös paljon hoitajien mukana kotikäynneillä eikä näiden aikana puhelimeen voitu vastata.

Lisäksi kotiutustiimissä asiakkuuksia koettiin lopetetun liian aikaisin ja asiakkaista oltiin pian yhteydessä alueen kotihoitoon asiakkaan tilanteen nopeasti heikennyttyä. Alueilla koettiin, että asiakas oli arvioitu liian hätäisesti. Asiakuuden aikana ei ehditty selvittää riittävästi asiakkaan taustoja ja tarpeita.

## 5.2 Asiakasprosessin kehittämisen eteneminen

Kuviossa 8 kuvataan kehittämisen etenemisen aikataulu ja tapahtumat. Asiakasprosessin kehittämisen aikana tavattiin lännen palvelualueen kotihoidon ohjaajia, sairaan- ja terveydenhoitajia sekä palvelukeskusten henkilökuntaa. Samaan aikaan ja niiden jälkeen tiimissä tehtiin tiimin toimintaan ja asiakasprosessiin pieniä muutoksia jatkuvan kehittämisen hengessä. Asiakasprosessi kirjoitettiin lopulliseen muotoonsa loka-marraskuussa.



Kuvio 8. Kehittämisen eteneminen kotiutustiimin asiakasprosessissa.

Kotihoidon ohjaajien tapaamisessa mietittiin heti ratkaisuja muutamiin haasteisiin. Sovittiin, että tukipalveluja käynnistettäessä ollaan heti yhteydessä alueen ohjaajaan ja välitetään tieto uudesta asiakkaasta nopeasti. Lisäksi sovittiin, että siirtoja suunniteltaessa uusista asiakkaista ollaan jokaisella alueella yhteydessä sairaan-/terveydenhoitajaan,

mutta laitetaan tieto kotihoidon ohjaajalle Pegasos-postilla. Näin varmistetaan ohjaajien tietoisuus uusista asiakkaista.

Tiimissä on lähdetty toteuttamaan omien havaintojen ja saadun palautteen perusteella kehittämistoimia. Maaliskuussa pidettiin tiimin oma kehittämispäivä, jossa mietittiin jokaisen tiimiläisen ajatuksia toimivasta tiimistä. Nämä kerättiin aivoriihityöskentelyllä. Työskentelyn pohjalta koostettiin yhdessä tiimin pelisäännöt. Pelisääntöjä on sovittu tarkasteltavan parin kuukauden välein ja päivityksiä on tehty. Pelisäännöt liittyvät enemmän tiimin toimintaan kuin tiimin jäsenten välisiin toimiin. Asiakasprosessi helpottaa jatkossa sisäistämään toimintaa ja pelisääntöjäkin voidaan muuttaa erilaiseen muotoon tiimin niin halutessa.

Tiimin pelisäännöissä muun muassa sovittiin, että tiimissä on päivittäin päivävastaava. Päivävastaava on pääasiassa toimistolla ja hoitaa paljon sellaisia asioita, joita aiemmin kukaan ei oikein ehtinyt hoitaa, kuten on yhteydessä yhteistyökumppaneihin siirtokäynteistä ja konsultoi terveysaseman lääkäreitä asiakkaiden hoitoon liittyen. Lisäksi hän huolehtii seuraavan päivän asiakaskäyntien resursoinnista ja vastaa yhteyspuhelimeen.

Tiimissä on tehty keväällä kirjalliset ohjeet muun muassa asiakassiirtoihin, asiakkuuden lopettamiseen ja ensikäynnin kirjaamiseen. Näiden tarkoitus on tuottaa tasalaatuista hoitoa ja välittää paremmin informaatiota. Asiakkuus lopetetaan asiakkaiden suuntaan, mutta usein esimerkiksi Pegasoksesta tai SosiaaliporrasRAista uloskirjaus jää tekemättä. Tai esimerkiksi asiakkuuden lopetuksesta kertovan tekstin puuttuminen Pegasoksessa estää uloskirjauksen. Ohjeet päädyttiin tekemään työntekijöiden omien havaintojen perusteella. Osa henkilöstöstä kävi alkuvuodesta Lean-koulutuksessa ja havaitsi tiimin toiminnassa hukkaa, kun selkeät ohjeet puuttuivat. Ensin ohjeita työsti muutama tiimiläinen ja sitten ne jaettiin muulle tiimille kommentoitavaksi ja edelleen kehitettäväksi. Tässä hyödynnettiin aivoriihityöskentelyä. Jatkuvan kehittämisen hengessä ohjeita on tarkastettu ja muokattu myöhemmin.

Tiimissä on keväällä sovittu hoitosuunnitelmassa käytettäväksi jatkohoitokomponenttia, johon merkitään keskeneräiset asiat. Aiemmin muiden tiimin jäsenten oli vaikea tietää asiakkaan luona mitä oli jo hoidettu ja mikä vielä pitäisi hoitaa. Nyt kaikki näkevät käynneillä hoidettavat asiat ja pystyvät jatkamaan aiemmin aloitettua. Lisäksi tiedonkulkua

helpottamaan PegasosMukana-järjestelmään tuli kesän aikana mahdollisuus nähdä kirjauksia kolme vuorokautta taaksepäin. Molemmat muutokset vähentävät hukkaa henkilökunnan työssä.

Aiemmin asiakkailla oli vastuuhoitajat, mutta tästä luovuttiin, koska asiat eivät edenneet hoitajan ollessa poissa. Nyt kaikki hoitavat tasapuolisesti päivittäisiä asioita ja pyrkivät edistämään asiakkaan kuntoutumista ja omatoimisuutta. Tämä vaatii edelleen kehittämistä ja päivittäistä keskustelua ja hoitosuunnitelman päivitystä jokaiselta. Jokainen hoitaja voi toivoa tietyn asiakkaan käyntejä enemmän, jos esimerkiksi jonkin asian hoitaminen vaatii useampaa käyntiä.

Asioiden selkeyttämiseksi on keväällä lisätty tiimihuoneessa valkotaulutilaa. Aiemmin taululle mahtui vain uusia asiakkaita koskevat tiedot, mutta nyt saadaan merkittäviä myöskin siirtyvien asiakkaiden tiedot ja missä mennään heidän kanssaan (siirto vaatii hoitosuunnitelman päivitystä, asiakuuden siirtoa toiselle alueelle, väliarvion tekoa ja siirron sopimista). Lisäksi taululle on saatu omat tilat sosiaaliohjaajan ja fysioterapeutin tarpeissa oleville asiakkaille. Tämä helpottaa huomioimaan koko tiimiä siitä, missä mennään ja mitä on vielä tekemättä. Tämä vähentää hukkaa tiimin toiminnassa, kun selkeästi nähdään mitä vielä tehtävä ja sekä fysioterapeutin että sosiaaliohjaajan tarpeet on huomioitu.

Asiakkaiden asioiden ja hoidon edistymistä auttamaan on myös keväällä käyttöön otettu viikoittaiset asiakaspalaverit ja päivittäiset aamu- ja iltapäiväraportit. Asiakkaiden vaihtuvuuden vuoksi tiimissä koettiin tarvetta mahdollisimman usein tapahtuvalle keskustelulle. Samalla opitaan toisilta ja voidaan miettiä yhdessä parhaita tapoja toimia. Keskusteluissa omaa osaamistaan tuovat esille myös fysioterapeutti ja sosiaaliohjaaja, joten asiakkaan hoito tapahtuu moniammatillisesti. Aamuraportilla käydään nopeasti läpi asiakkaiden päivän hoitoon liittyviä asioita sekä uusia asiakkaita kyseiseltä ja edelliseltä päivältä. Iltapäiväraportilla käydään nopeasti läpi päivän asiat, esimerkiksi asiakkaiden voinnin muutokset ja käyntien muutokset. Viikoittaisessa asiakaspalaverissa katsotaan läpi asiakuuden vaihe, mitä tehty ja mitä vielä tehtävä ennen asiakuuden lopetusta koitustustiimissä.

Asiakasprosessin vaiheita lähdettiin kesällä työstämään tiimissä jakamalla tiimiläiset kolmeen 4-5 hengen pienryhmiin. Aivoriihityöskentelyä hyödyntäen jokainen mietti ensin

omasta asiakasprosessin osuudesta (asiakuuden aloitus, asiakkuus, asiakkuuden loppuminen) itseksensä prosessin ja siinä esiintyvät hukat. Jokainen mietti samalla juurisyytä prosessin kehittämiskohteisiin. Tämän avulla pyrittiin varmistamaan, että ymmärrettiin prosessin jokaisen vaiheen mahdolliset ongelmat riittävän syvältä ja korjataan ne kokonaisuutena, eikä vain paikata pintaa. Tämän jälkeen prosessi ja jokaisen miettimät kehityskohteet kirjattiin pienryhmässä yhteen ja esiteltiin muulle tiimille. Työstöä jatkettiin jakamalla työt uudelleen ryhmien kesken ja jokainen sai muokata jokaista prosessin vaihetta. Samalla mietittiin tiimin toiminnassa olevia hukkia ja kuinka ne saataisiin poistettua. Jatkuvan kehittämisen näkökulmasta jokainen sai miettiä prosessin jokaista vaihetta ja lisätä muiden ajatusten pohjalle omiaan.

Syyskuussa pidettiin yhteinen palaveri missä käytiin läpi asiakasprosessin kehittämisen tilanne ja sovittiin muutamista muutoksista tiimin toiminnassa. Iltapäiväraportit muiden kuin sijaisten osalta sovittiin hiljaisiksi ja tämän ajan jokainen hyödyntää jatkossa kirjaimiseen, hoitosuunnitelmien päivitykseen ja muuhun asiakkaan hoitoon ja tiedonkulkuun liittyvään tekemiseen. Iltapäiväraportit koettiin melko tehottomiksi, ihmiset eivät kuunnelleet ja osa ei päivittänyt sovittuja asioita hoitosuunnitelmiin eikä niitä siis jatkossa tiedetty sovituksi. Lisäksi raportoitiin toiminnalle turhia asioita ja raportit venyivät todella pitkiksi.

Samalla sovittiin tehtävän asiakkaista kattava palvelutarpeen arviointi Pegasokseen. Tässä hyödynnetään apuna SosiaaliporrasRAln pidempiä C - ja D-osia tarpeen mukaan, joissa tarkennetaan asiakkaan sosiaali- ja terveystietoja. Palvelutarpeen arviointia on tähänkin saakka tehty, mutta sitä ei ole kirjattu kattavasti asiakkaan tietoihin kerralla, vaan tieto on pitänyt poimia useasta tekstistä ja päivittäisistä kirjauksista. Jatkossa kaikille asiakkaille tehdään palvelutarpeen arviointiteksti noin kahden viikon kuluttua asiakkuuden alkamisesta. Mikäli asiakkaalla käydään vain kerran tai pari, pyritään teksti silti kirjoittamaan mahdollisimman kattavasti, tarve huomioiden. Kahden viikon asiakkuuden aikana saadaan kattavaa tietoa asiakkaan tarpeista ja läheisten osallisuudesta sekä kuntoutettua asiakasta kotiutumisen jälkeen omatoimisemmaksi. Tiimissä toivotaan tämän helpottavan myös yhteistyökumppaneiden työtä ja asiakkaan hoitamista jatkossa.

Asiakkailta on saatu palautetta melko usein vaihtuvista hoitajista. Tähän tiimissä sovittiin haettavan muutosta. Sekä hoitajien että asiakkaan ja omaisten kannalta olisi selvästi hyödyllisempää, että asiakkaalla kävisi melko keskitetysti muutama hoitaja. Haasteita tähän asettaa vuorotyö, lomat ja muut poissaolot. Mutta tiimi pyrkii keskittämään hoitoa

enemmän vastuuhoidajamallin mukaisesti vaikka sitä suoraan ei haluta ottaa käyttöön. Aiemmin testattiin vastuuhoidajamallia ja silloin tiimissä muut eivät tarttuneet asiakkaan asioihin päivittäisen hoidon lisäksi, vaan odotettiin vastuuhoidajan tekevän tietyt asiat. Tämä hidasti selkeästi asiakkaan asioiden etenemistä. Lisäksi tiimin toiminta oli hajanaisempaa kun jokaisella oli vähän erilainen tapa ja aikataulu tekemisilleen. Tämä aiheutti hukkaa sekä tiimin toiminnassa että asiakkaan hoidossa.

Tiimissä pidetään asiakaspalaveri viikoittain. Aiemmin sovitut ja suunnitellut asiat on kirjoitettu jokaisesta asiakkaasta erilliselle paperille, joka on tulostettu tiimikalenterin väliin. Tiimin kehittämis ehdotuksen perusteella sovittiin syyskuussa, että asiat kirjataan jatkossa suoraan asiakkaan hoitosuunnitelmaan. Tällä vältetään kaksoiskirjaamista ja varmistetaan tiedon löytyminen asiakkaan asioita hoidettaessa. Aiemmalla systeemillä sovitut asioita ei välttämättä muistettu siirtää hoitosuunnitelmaan ja niistä ei tiedetty muuta kuin paperia lukemalla. Jatkossa paperista ei kokonaan luovuta, mutta siihen kirjataan taulukonomaisesti tehtyjä tai tekemättömiä asioita joiden tulee olla tehtynä ennen asiakuuden loppumista kotiutustiimissä. Hoitajien on niitä helppo katsoa työvuoron aluksi ja asioiden sanominen ääneen muistuttaa kaikkia asiakasprosessin vaiheista ennen siirtoa.

Tiimin toiminnassa ja asiakkaiden arjen parantamisessa nähtiin palvelukeskusten rooli tärkeänä. Sen vuoksi yhteistyön kehittäminen alueen palvelukeskusten kanssa koettiin tärkeäksi. Jo ennen tiimin varsinaisen kehittämisen aloitusta tiimiläiset pääsivät tutustumaan palvelukeskusten tarjoamaan toimintaan päivän ajaksi marras-joulukuussa 2015. Alueella toimii neljä palvelukeskusta; Kannelmäen, Riistavuoren, Munkkiniemen ja Pohjois-Haagan palvelukeskukset. Prosessin aikana tiimi on tavannut henkilöstöä varsinkin Riistavuoren ja Pohjois-Haagan palvelukeskuksista ja miettinyt yhdessä kohdennettua ryhmätoimintaa ja uusia palveluja kotiutustiimin asiakkaiden tarpeiden perusteella. Varsinaisia ryhmiä ei vielä ole näiden perusteella aloitettu, mutta jokaisessa palvelukeskuksessa on nyt henkilö, jolle asiakkaan yhteystiedot voidaan ilmoittaa asiakkaan suostumuksella. Tämä työntekijä voi olla sovitusti asiakkaaseen yhteydessä joko heti käynnin jälkeen tai myöhemmin ja esitellä palvelukeskustoimintaa ja halutessaan saattaa asiakkaan kotoa palvelukeskukseen ensimmäisellä kerralla. Tämä pienentää asiakkaan kynnystä lähteä tutustumaan toimintaan ja löytää mielekästä toimintaa arkeen.

### 5.3 Asiakasprosessi Lännen kotiutustiimissä

Kotiutustiimin asiakasprosessia on kehitetty muun työn ohella koko tiimin toiminnan ajan. Elo-syyskuun aikana huomiota kiinnitettiin prosessiin entistä enemmän ja sen pohjalta prosessi saatiin kirjattua tämänhetkiseen muotoonsa. Sekä asiakasprosessi että tiimin toiminta on jatkuvasti kehittyvää eikä prosessia ollutkaan tarkoitus saada lopulliseksi, vaan tarkoituksena oli kirjoittaa prosessi selkeään muotoon ja jatkaa kehittämistä tiimin toiminnan edetessä.

Kotiutustiimin asiakasprosessissa korostuu jatkuva moniammatillinen arviointi ja omatoimisuuden tukeminen. Entistä enemmän on kiinnitetty huomiota jo sairaalavaiheen arviointiin ja asiakkaan omaan rooliin ja toiveisiin. Asiakkaan lisäksi pyritään huomioimaan läheisten ja muiden toimijoiden roolia asiakkaan hoidon jatkossa, kotiutustiimin jakson jälkeen.

#### 5.3.1 Asiakuuden aloitus

Kotihoitoon yleensä voi kuka tahansa ilmoittaa huolensa asiakkaan voinnista ja palvelujen tarpeesta. Kotiutustiimin asiakkaaksi tullaan eri reittiä. Kotiutustiimi vastaanottaa vain sairaaloista kotiutuvat, ei aiemmin kotihoitoa saaneet asiakkaat. Tässä on tehty poikkeuksia sellaisten asiakkaiden kohdalla, joilla hoidon tarve on kotiutumisen jälkeen ollut vahvasti sairaanhoidollinen tai käyntien määrää on jouduttu runsaasti lisäämään. Tämän vuoden aikana on kuitenkin todettu asiakkaiden ja omaisten hyötyvän enemmän, kun tuttu kotihoiton tiimi hoitaa nämäkin kotiutumisesta. Asiakkaan jo valmiiksi tuntevat hoitajat tietävät asiakkaasta huomattavasti enemmän kuin vieraat kotiutustiimin hoitajat ja osavat verrata toimintakykyä ja hoidon tarvetta aiempaan sekä muokata palveluja tarpeen mukaisesti. Lisäksi yhteydenpito tuttujen henkilöiden kesken sujuu paremmin kuin vieraiden hoitajien soittaessa esimerkiksi omaisille. Kuviossa 9 on kirjattu lyhyesti asiakkaaksi tulon vaiheet ja henkilökunnan huomioon otettavat asiat. Selittävä tekstiosio auttaa paremmin hahmottamaan kuviota.





Kuvio 9. Asiakkuuden aloitus kotiutustiimissä.

Lännen kotiutustiimin asiakkaaksi tullaan kun sairaalassa todetaan, ettei asiakas tarvitse enää osastohoitoa. Aiemmin sairaalat joutuivat miettimään jatkohoidon tarvetta enemmän, kun kotihoidon resurssit eivät kyenneet vastaamaan kotiutuvan asiakkaan hoidontarpeeseen yhtä tehokkaasti. Nyt sairaalat ovat voineet kotiuttaa asiakkaita kotiutustiimiin aiempaa aikaisemmin ja toipuminen on voinut jatkua kotona.

Kotiutustiimiin uusi asiakas on ilmoitettu yleensä kotiutustiimin kotihoidon ohjaajalle, joka on selvittänyt kotiutumisen mahdollisuudet. Puhelun aikana käydään läpi asiakkaan sairaalaan joutumisen syyt ja sairaalahoidon pituus. Samalla selvitetään asiakkaan toimintakyky ja päivittäisissä toimissa selviytyminen osastolla. Tässä on jonkin verran edelleen kehitettävää, sairaalassa asiakas ei ole omasta tahdostaan tai olosuhteiden johdosta niin omatoiminen kuin voisi. On tärkeää selvittää missä kunnossa asiakasta ollaan kotiuttamassa ja onko asiakas esimerkiksi omatoiminen wc-käynneillä.

Asiakkaan oma toive kotiutumisen jälkeiseen kotihoidon tarpeeseen ja kotona selviytymiseen on selvitettävä sairaalan toimesta ennen kotihoidon järjestämistä. Usein sairaalan mielipide ja asiakkaan ja hänen läheistensä arvio avun tarpeesta ovat ristiriidassa keskenään ja kotihoitoa ei nähdä välttämättä tarpeelliseksi. Asiakkaan hoitoon liittyvät asiat käydään puhelun aikana mahdollisimman tarkasti läpi; tarvitseeko asiakas apua lääkehoidossa, haavahoidossa ja onko mitään erityistä huomioitavaa.

Kotiutuessa on tärkeää huomioida myös asiakkaan kotiutumishetki. Onko asiakkaalla omaisia/läheisiä, jotka voivat auttaa kotiutumishetkellä esimerkiksi kauppasioissa? Asiakkaalle voidaan käynnistää kotihoidon kautta tukipalveluina kauppalpalvelu, mutta sen avautumiseen menee useampi päivä, samoin ensimmäisen tilauksen jälkeiseen toimitukseen. Onkin siis todella tärkeää, että jokaisen kotiutuvan tilanne selvitetään sairaalassa jo ennen kotiutuksesta ilmoitusta. Asiakkaan aiempi kotihoito, henkilökohtainen avustaja ja mahdollinen omaishoitajuus ovat myös tärkeitä tietoja mietittäessä kotiutustiimin/kotihoidon tarvetta. Asiakkaan sairaalan joutumisen syynä voi olla myös haastavat kotiolosuhteet tai fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen. Näissä tapauksissa sosiaaliohjaus tai fysioterapian tarve voi olla ilmeinen kotiutumisen jälkeen.

Kun päädytään kotiutustiimin tarpeeseen kotiutuksen jälkeen, sovitaan kotiutumisen aikataulu ja kotiutustiimin ensimmäinen käynti. Mikäli asiakas on melko omatoiminen jo

osastolla, ei kotiutustiimin tarvitse mennä vastaanottamaan asiakasta kotiin vaan voidaan sopia joko myöhäisempi ajankohta ensikäynnille tai sovitaan, että kotiutustiimistä soitetaan asiakkaalle ja sovitaan ajankohta käynnille. Samalla sovitaan myös asiakkaan kotiutuessa mukaan tarvitsemiin lääkkeisiin, haavanhoitotuotteisiin, resepteihin ja epikriiseihin liittyvät asiat. Mikäli asiakkaan läheiset eivät pääse asiakkaan avuksi heti kotiutumisen hetkellä, asiakas saa yleensä sairaalasta mukaansa eväspaketin, jolla pärjää vajaan vuorokauden. Tämän jälkeen toivottavasti joku läheinen pystyy avustamaan kauppa-asioissa.

Asioista sopimisen jälkeen tiimissä alkaa valmistelut ensikäyntiin. Asiakas kirjataan tiimin asiakkaaksi Pegasokseen ja jos ensikäynti on sovittu ja osastolta arvioitu alustava kotihoidon tarve, tehdään myös tilapäinen jakso jossa määritellään kuinka usein ja milloin asiakkaan luona käydään. Ensikäynnin tai ensikontaktin ajankohta merkitään valkotaululle ja tiimissä päätetään kuka käynnille menee. Tarvittaessa tehdään yhteiskäynti.

Asiakkaan tausta huomioidaan ja käynnille voidaan sopia meneväksi hoitaja yksin tai esimerkiksi yhdessä fysioterapeutin tai sosiaaliohjaajan kanssa. Fysioterapeuttia tarvitaan esimerkiksi ensikäynneille, missä asiakas on ollut sairaalassa hoidettavana lonkkamurtuman vuoksi ja tarvitsee ohjausta liikkumisessa ja siirtymisissä kotona tai hän tarvitsee kotiinsa pikaisen arvion apuvälineistä. Sosiaaliohjaajalle ohjautuvat ensikäynnit, joissa ei tarvita niinkään hoidollisia asioita vaan kotiutumisen jälkeen esimerkiksi turvatomuus tai raha-asiat ovat kiireisin ongelma. Asiakkaalle voidaan jo tehdä alustava hoitosuunnitelma, varsinkin jos hoidon tarve on ilmeinen myös ensikäynnin jälkeen. Näin ensikäynnillä saadaan kirjattua suoraan Pegasosmukana-järjestelmään hoitosuunnitelman mukaisesti. Lisäksi kirjataan Pegasokseen HOI-lehdelle.

Ensikäynnille valitaan mahdollisimman hyvin asiakkaan tarvetta vastaava henkilö tiimistä. Tarvittaessa otetaan myös huomioon vuorossa olevien hoitajien osaaminen. Edellisenä päivänä päivävastaava resursoi Pegasokseen käynnin työntekijälle. Näissä voi tapahtua muutoksia, eikä kaikista kotiutuksista tiedetä vielä edellisenä päivänä. Mutta pyrkimyksenä on aina varmistaa asiakkaalle mahdollisimman osaava ja oikein kohdennettu ensikäynti.

Ensikäynnin valmisteluihin kuuluu myös tarvittavien lomakkeiden ja välineiden mukaan ottaminen. Kaikki asiakkaat arvioidaan SosiaaliporrasRAI-ohjelmalla, ensikäynnillä tehdään screener-osa ja tarvittaessa arviointia jatketaan kliinisellä C- ja sosiaalisella D-osalla myöhemmin. Ensikäynnille otetaan mukaan erilaisia lomakkeita. Mikäli asiakkaan kotihoidon tarve vaikuttaa käynnillä kotiutustiimin neljän viikon jaksoa pidemmälle, tai asiakkaalle tarvitaan tulosidonnaisia tukipalveluja kuten turvapuhelin, pyydetään asiakasta heti allekirjoittamaan tuloseelvitys-kaavake. Tämän jälkeen asiakasmaksu ja –perintäyksikkö alkaa selvittää asiakkaan bruttotuloja, joiden perusteella määräytyy mahdollisuus saada tukipalveluja sekä jatkossa kotihoidon kuukausimaksu. Asiakkaan tai omaisen ei tarvitse tätä varten nähdä mitään vaivaa, allekirjoitus riittää ja tulot selvitetään kaikilta.

Asiakkaille viedään myös tiimin yhteystiedot, samassa kaavakkeessa on myös lyhyesti tietoa kotiutustiimin toiminnasta. Useimmille asiakkaille avataan tili apteekkiin lääkeliikintöjä varten ja tähän tarvitaan omat paperit. Samalla pitää täyttää e-reseptejä varten paperit apteekkiä varten. Asiakkaiden kauppa- ja ateriapalvelut käynnistetään tarpeen tullen. Palvelun tuottajilla on kaavakkeet näitä varten ja ne ovat henkilökunnalla mukana jokaisella ensikäynnillä varmuuden vuoksi. Läheskään kaikille asiakkaille niitä ei tarvita, mutta varsinkin nopeasti tarvittavat palvelut täytyy käynnistää heti ensikäynnin jälkeen, joskus jopa jo sairaalan ottaessa ensi kertaa yhteyttä kotiutumisesta.

Ensikäynnillä arvioidaan asiakkaan toimintakyky kotona sellaisena kuin se sillä hetkellä on. Tässä huomioidaan sekä henkilökunnan mielipide että asiakkaan ja hänen omaistensa mielipide. Arvioinnissa otetaan huomioon asiakkaan koti ja sen mahdollisesti aiheuttamat haasteet kotona pärjäämiselle. Länsi-Helsingissä on muun muassa paljon kerrostaloja ilman hissiä ja monissa asunnoissa ainoa mahdollisuus suihkussa käymiseen on korkea istuma-amme, joka aiheuttaa haasteita ikääntyvälle ilman toimintakyvyn laskuakin. Toimintakykyä arviotaessa käydään läpi asiakkaan aiempi toimintakyky ja läheisten antama tuki, samoin selvitetään läheisten mahdollisuus tukea kotona pärjäämistä jatkossa.

Kotiutuvien osalta ei sairaalassa aina ole selvitetty omaisten aiemmin antamaa tukea, eikä ymmärretä kotiutustiimin tarjoaman tuen tarpeettomuutta omaisten hoitaessa jo osastolla huolta herättäneitä asioita. Tämä saattaa selvitä kun ensikäyntiä suunnitellaan

asiakkaan kanssa tai viimeistään ensikäynnillä. Asiakas ja hänen omaisensa tai esimerkiksi henkilökohtainen avustaja ovat aiemminkin ratkaisseet sairaalassa heränneet huolenaiheet ja haluavat myös jatkossa hoitaa asiat itse. Kotiutustiimissä toki pyritään tukemaan asiakkaan mahdollisuuksia pärjätä ilman ammattilaisten antamaa apua. Lisäksi asiakkaan hoitoa mietittäessä kunnioitetaan asiakkaan omaa tahtoa hänen omassa kodissaan.

Vaikka hoidolle vaikuttaisi olevan tarve, ei hoitoa vastoin asiakkaan tahtoa voida aloittaa. Mikäli asiakas ilmoittaa, ettei halua kotiutustiimin hoitoa ollaan kotiutustiimistä yhteydessä hoitavaan lääkäriin ja ilmoitetaan tämä. Sairaalasta kotiutuessa asiakkaalle pyydetään kotisairaanhoidoa, joka on aina lääkärin määräämää palvelua ja sitä ei voida lopettaa ilman lääkärin suostumusta.

Toimintakykyä ja läheisten antamaa tukea arvioitaessa käydään läpi myös tukipalvelut, joita kaupunki tarjoaa. Näitä on turvapuhelin, etähoito, kauppa- ja ateriapalvelut, apteeikin annosjakelu lääkkeille sekä siivousseteli. Kaikkia ei tarvitse aina esitellä ensikäynnillä, mutta on hyvä esitellä tarjolla olevia palveluja mahdollisimman avoimesti. Ja ensikäynnillä täytyy sopia nopeasti tarvittavien tukipalvelujen käynnistämisestä.

Turvapuhelin saadaan asiakkaan kotiin erittäin nopealla aikataululla, jo kotiutushetkeen, jos asiakas kokee turvattomuutta tai taustalla on esimerkiksi useita kaatumisia. Asiakas voi saada turvapuhelimen maksuttomana tai kaupungin osittain maksamana, mikäli tulot ovat alle määriteltujen rajojen. Nämä rajat jokainen voi tarkastaa kaupungin verkkosivuilta. Myös etähoidosta voi olla tukea turvattomuuteen. Etähoidolla tarkoitetaan palvelua, jossa hoitaja soittaa asiakkaalle kuvapuhelun ja varmistaa asiakkaan ottavan lääkkeensä tai syövän ateriansa. Myös turvattomuutta ja yksinäisyyttä kokevat asiakkaat ovat usein etähoidon piirissä.

Asiakkaalle voidaan myös käynnistää kauppapalvelu. Kaupunki on kilpailuttanut palvelun tarjoajat sekä kauppa- että ateriapalveluihin. Kauppapalvelusta asiakas voi itse tilata kauppakassin kotiin, tai kotihoidon henkilökunta voi tehdä sen netissä asiakkaan puolesta. Kauppapalvelu käynnistetään asiakkaalle usein, kun kodin lähellä ei ole kauppa tai toimintakyky on heikentynyt eikä kaupassa käynti enää itsenäisesti onnistu. Ateriapalveluita on tällä hetkellä kaksi erilaista ja palvelut pyritään esittelemään asiakkaalle. Usein kotiutumisen hetkellä toinen on helpompi pikaisesti käynnistää, ja tarvittaessa lopettaa

nopeasti mikäli asiakas toteaa ettei tarvitse palvelua enää. Osalle asiakkaista joitakin tukipalveluista täytyy avata heti kotiutumisen yhteydessä, mutta niitä voidaan pohtia pidempään kun esimerkiksi läheiset auttavat kauppa-asioinnissa.

Asiakkaan haastattelun yhteydessä täytetään SosiaaliporrasRAI-screener. Tällä asiakkaan toimintakykyä ja kotona pärjäämistä arvioidaan, ja saadaan myös tietoa mahdollisista vaikeuksista ja haasteista. Työntekijät ovat tämän vuoden aikana oppineet käyttämään arviointityökalua, eikä tabletille täytettävä ohjelma enää häiritse keskustelua samalla tavalla kuin alussa. Kysymykset screener-osuudessa ovat melko samoja kuin muutenkin kotihoidon aloituksessa selvitettävät, mutta varsinkin alussa tabletti aiheutti ongelmia henkilökunnalle ja asiakkaille vieden käynnillä huomiota pois keskustelusta. Kysymysten järjestys on opittu käytössä ja keskustelussa eteneminen on helpottunut.

Tuloselvityskaavakkeen allekirjoituksen yhteydessä keskustellaan kotiutustiimin ja kotihoidon maksuista. Kotiutustiimin käynnit laskutetaan kertakäynteinä, tämänhetkinen hinta on 9,50€/käynti. Vaikka asiakkaalla käytäisiin enemmän kuin kaksi käyntiä vuorokaudessa, laskutus ei nouse yli 19€/vrk. Kotihoidon maksu yleensä määräytyy asiakkaan kuukausitulojen ja palvelu- ja hoitosuunnitelmassa määriteltyjen käyntien perusteella. Tähän löytyy myös laskuri kaupungin internet-sivuilta, mikäli asiakas tai omainen haluavat maksuja selvittää.

Asiakkaan halutessa voidaan kotihoito järjestää myös yksityisesti, tietyissä palveluseteliin piiriin ilmoittautuneissa palvelutaloissa. Kotiutustiimi arvioi palveluntarpeen ja tämän jälkeen asiakas voi ottaa yhteyttä palveluntuottajaan. Palveluseteliin vaaditaan kotihoidon määrittelemä palveluntarve, palvelu- ja hoitosuunnitelma sekä säännöllinen arvio palveluntarpeesta.

Kotiutustiimin ensikäynnillä kerrotaan asiakkaalle kotiutustiimin jakson tilapäisyydestä. Kotiutustiimi hoitaa asiakkaita pisimmillään neljän viikon ajan, jonka jälkeen asiakas siirtyy alueen kotihoidon tiimin asiakkaaksi kotihoitoa edelleen tarvitessaan. Tätä seikkaa pyritään korostamaan sekä ensikäynnillä, että hoidon tarpeen jatkuessa. Asiakkaalle ja hänen läheisilleen korostetaan omatoimisuuden ja toimintakyvyn kehittymiseen tähtäävän jakson tarkoitusta. Ensikäynnillä mietitään tavoitteet kotiutustiimin jaksolle huomioiden asiakkaan aiempi toimintakyky ja omat tavoitteet. Samalla arvioidaan alustavasti

mahdollisen jatkohoidon tarve. Asiakkaan ja mahdollisten läheisten kanssa sovitaan kotiutustiimin käynneistä ja niiden sisällöstä sekä asiakkaan ja läheisten hoitamat asiat sekä tukipalveluista.

Asiakkaan toimintakyvyn ollessa riittävä, suositellaan hoitoa muutoin kuin kotihoidon toimesta järjestettynä. Haavanhoidot, lääkehoito ja muut hoidolliset asiat voidaan tehdä terveysasemalla. Asiakkaan yksinäisyyteen pyritään löytämään ratkaisua yhteistyössä palvelukeskusten ja kolmannen sektorin palvelujen kanssa. Tarkoitus on tuottaa asiakkaan palvelut mahdollisimman usein kodin ulkopuolella.

Ensikäynnin jälkeen käynti kirjataan Pegasokseen HOI-lehdelle. Mikäli asiakkaalle ei tule kotiutustiimin jaksoa, tehdään Pegasokseen konsultaatiopyyntö ja ajanvaraus hoitavalle lääkärille. Mikäli asiakkaalla ei ole hoitavaa lääkäriä, sellainen joko valitaan tai ollaan yhteydessä asiasta terveysasemalle. Pegasokseen kirjataan palvelutarpeenarvioteksti, jos käynnit jäävät tähän yhteen. Siinä käydään läpi asiakkaan toimintakyky ja syyt, miksi asiakkaan hoitoa ei jatketa sairaalan toiveesta huolimatta.

Pegasokseen tehdään hoitosuunnitelma, johon kirjataan asiakkaan ja mahdollisten läheisten kanssa sovitut asiat. Sieltä löytyy tieto mitä asiakas tekee itse, missä kotiutustiimi häntä auttaa ja mikä on läheisten osuus. Lisäksi sinne kirjataan mitä mahdollisia asioita käynnillä on puhuttu, mutta ei vielä sovittu tai tehty. Tämä auttaa jokaista työntekijää käynneillä, eikä asiakkaan kanssa tarvitse keskustella samoista asioista useita kertoja eri henkilöiden toimesta. Hoitosuunnitelmasta täytyy aina löytyä asiakkaan lääkitykseen, aktiivisuuteen ja ravitsemukseen liittyvät komponentit, lisäksi sinne lisätään kunkin asiakkaan kohdalla yksilöllisesti hoitoon liittyvät asiat.

Ensikäynnin jälkeen työntekijä tarkastaa alustavan palvelujakson. Mikäli tämä ei vastaa käynnillä sovittuja palveluja, lopetetaan jakso ja avataan kokonaan uusi. Palvelujakson perusteella käynnit näkyvät Pegasoksessa, joten niiden täytyy olla oikean pituisia ja oikeaan, sovittuun aikaan. Kotiutustiimissä kokeiltiin jossain vaiheessa muokata palvelujaksoa esimerkiksi käyntejä vähentäen. Tämä aiheutti käyntien näkymättömyyttä ja väärää käyntejä.

Kotihoidon ensikäynti on aina maksuton asiakkaalle. Päivävastaava huomioi kaikki ensikäynnit ja laittaa ne laskutusestoon Pegasokseen, näin laskua ei koskaan lähetetä asiakkaalle. Laskutuseston voi tehdä aikaisintaan kuusi tuntia käynnin loppumisen jälkeen, joten usein tehtävä jää seuraavaan päivään.

Kotiutustiimin asiakkaista pidetään manuaalista tilastointia. Tätä samaa tilastointia on tehty myös kaupungin sairaalan kotiutustiimeissä ja käyntejä vertaillaan keskenään mietittäessä kotiutustiimien jatkoa. Ensikäynnin jälkeen asiakas merkitään tilastointikaavakkeelle. Kaavakkeen tietojen perusteella voidaan seurata muuan muassa minä viikonpäivinä, mihin aikaan ja mistä yksiköistä asiakkaita kotiutuu. Samalla saadaan tietoa asiakkuuksien pituuksista, mihin asiakas ohjautuu kotiutustiimin jakson loppuessa ja mitä palveluja hän tarvitsee. Lännen kotiutustiimissä seurataan myös kotiutumiseen liittyviä hukkia 3.10.-2.12.2016. Tämä liittyy Laakson sairaalan ja lännen palvelualueen yhteiseen Lean-projektiin kotiutumisissa.

Ensikäynnillä täytetyt kaavakkeita toimitetaan tarvittaviin paikkoihin. Tuloselvityskaavake toimitetaan asiakasmaksut ja –perintäyksikköön, jossa asiakkaan bruttotulot selvitetään. Tukipalvelukaavakkeet yleensä lähetetään faxilla kyseiselle palveluntarjoajalle. Apteekin annosjakelua varten tarvitaan hoitava lääkäri, ja mikäli asiakkaalla ei terveysasemalla vielä sellaista ole, hoitaja järjestää tämän terveysaseman kanssa. Hoitava lääkäri kirjoittaa asiakkaalle vuoden reseptit, joita tarvitaan annosjakelun aloitukseen. Tukipalveluista informoidaan myös kyseisen alueen kotihoidon ohjaajaa Pegasos-postilla. Ohjaajan on hyvä tietää asiakkaasta, palveluntarjoaja on tarpeen vaatiessa yleensä suoraan alueelle yhteydessä. Kotiutustiimillä ei ole esimerkiksi omaa kauppapalvelualueita, vaan asiakkuus avataan palveluntarjoajan kunkin lähipalvelualueen tietoihin.

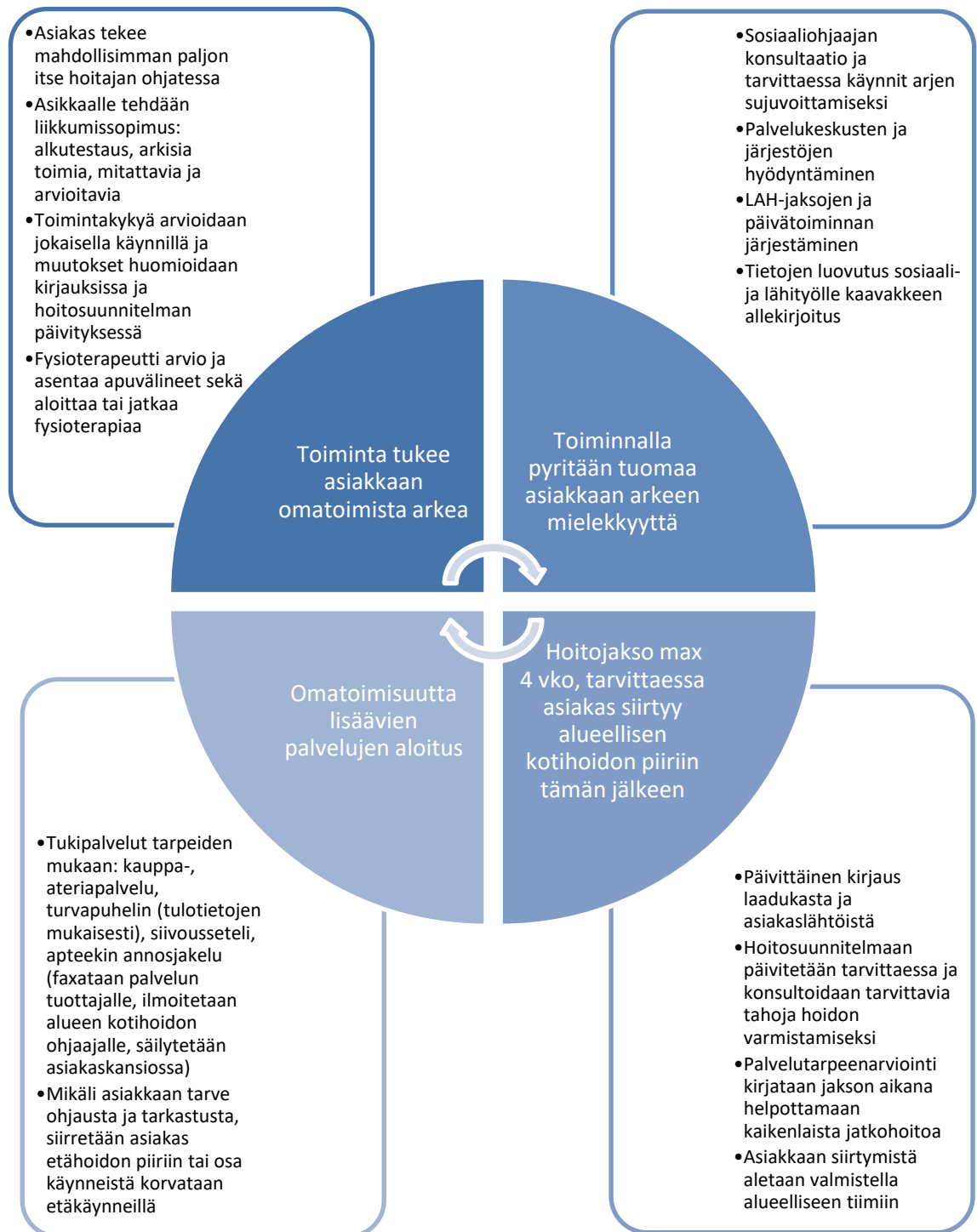
Mikäli käynnillä ei SosiaaliporrasRALta saatu kokonaan täytettyä, jatketaan screener loppuun toimistolla. Samalla katsotaan onko tarpeen jatkaa C- ja D-osaa. Jos screener antaa aiheutta, konsultoidaan sosiaaliohjaajaa tai suoraan sosiaali- ja lähityötä. Ohjelmassa asiakas on mahdollista siirtää lännen sosiaali- ja lähityön listoille, ja siellä voidaan jatkaa prosessia. Tämä on tällä hetkellä ainoa yhteinen asiakasjärjestelmä, kotiutustiimissä käytetään kirjaamiseen Pegasosta ja sosiaali- ja lähityössä ATJ:tä eikä toisten kirjauksia voida lukea. Asiakkaan asioista puhumiseen ja tietojen siirtoon tarvitaan asiakkaan lupa. Tätä varten asiakkaalta pyydetään käynnillä allekirjoitus kaavakkeeseen ja asia kirjataan Pegasokseen.



Kotihoidon kaikilla asiakkailla on kotona vihreä kansio. Vihreästä kansioista löytyy ajantasainen lääkelista, hoitosuunnitelma ja muita tarpeellisia kaavakkeita. Vihreää kansiota säilytetään eteisessä hattuhyllyllä, mistä esimerkiksi ensihoitajien on se helppo löytää. Sieltä löytyy asiakkaan hoitoon liittyvät tiedot helposti ja sinne kirjataan vain jos asiakkaan voinnissa ilmenee muutoksia. Esimerkiksi kaatumiset ja toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset löytyvät kirjattuna, muuten päivittäistä kirjaamista sinne ei tehdä. Ensi-käynnin jälkeen asiakkaalle tehdään vihreä kansio ja se viedään seuraavalla käynnillä asiakkaan luokse.

### 5.3.2 Asiakkuus kotiutustiimissä

Kotiutustiimin jakson tarkoituksena on arvioida asiakkaan kotihoidon tarvetta, tukea toimivaihtoehtoja, löytää yhdessä asiakkaan kanssa mielekästä tekemistä arkeen ja järjestää kotiutustiimin jälkeisen jakson hoito. Kaikki tehdään mahdollisimman hyvässä yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa, asiakkaan omatoimisuutta ja toimintakykyä tukien ja parantaen. Toiminnalla tähdätään asiakkaan kotihoidon tarpeen vähentämiseen ja muiden palvelujen käyttämiseen. Kuviossa 10 on kirjattu lyhyesti asiakkaana olo kotiutustiimissä ja henkilökunnan huomioon otettavat asiat. Selittävä tekstiosio auttaa paremmin hahmottamaan kuviota.



Kuvio 10. Kotiutustiimin asiakkuus.

Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan jokaisella käynnillä ja hänen puolesta tehdään mahdollisimman vähän. Varsinkin vanhusten toimintakyky heikkenee nopeasti toimeettomana, ja sairaalassa asiakkaan puolesta tehdään usein liikaa. Kotiutustiimin on tarkoitus varmistaa turvallinen toipumisaika, kuitenkin tukien mahdollisimman omatoimista arkea. Tämä toteutetaan varmistamalla, että asiakas saa tehdä erilaisia asioita kotona henkilökunnan läsnä ollessa ja vieressä seuraten. Asiakas saa turvallisesti kokeilla esimerkiksi porraskävelyä ja suihkussa käyntiä kiireettömässä ympäristössä. Asiakkaan niin halutessa voidaan myös käydä yhdessä esimerkiksi lähikaupassa varmistamassa turvallinen liikkuminen.

Tiimin fysioterapeutti arvioi asiakkaan apuvälinetarpeen, jos sairaalasta ei ole asiaan kiinnitetty huomiota tai apuvälineitä tarvitaan helpottamaan arkea kodin erityispiirteiden vuoksi. Fysioterapeutti osaa arvioida apuvälineitä muuta tiimiä paremmin ja myös asentaa ne asiakkaalle juuri oikein sekä ohjata niiden oikean käytön. Lisäksi fysioterapeutti jatkaa sairaalassa aloitettua fysioterapiaa tarvittaessa ja ohjeistaa myös tiimiä asiakkaan erityispiirteisiin tarvittaessa.

Usein fysioterapeutin käyntejä ei asiakkaalle tule jakson aikana kovinkaan montaa tai ollenkaan, mutta muu tiimi voi konsultoida asiakkaan toimintakyvyn kehittämiseen liittyvissä asioissa. Muut tiimin työntekijät ovat oppineet tunnistamaan apuvälineiden ja fysioterapeutin tarpeen, ja pyytävät fysioterapeutin kotikäyntiä yleensä vasta kun asiakas on jo hetken ollut kotona. Näin fysioterapeutti voi paremmin arvioida asiakkaan tarpeita. Ensikäynnillä on melko paljon asiakkaalle uusia asioita ja kaikki turha pyritään karsimaan siitä pois.

Iso osa fysioterapeutin työtä on asiakkaan kanssa harjoitteiden tekeminen ja siirtymissä ohjaaminen. Fysioterapeutti voi laatia asiakkaalle harjoitusohjelman, jota asiakas tekee jatkossa itsenäisesti tai hoitajan kanssa. Tämä pyritään aina liittämään arkisiin asioihin, kuten tuolilta ylös nousemiseen ja porraskävelyyn, mutta tarvittaessa se voi olla myös muuta. Fysioterapeutti myös ulkoilee asiakkaan kanssa, jos asiakkaan hoito sitä vaatii. Fysioterapeutti myös varmistaa asiakkaan hoidon jatkumisen kotiutustiimin jatkon jälkeen omalta osaltaan siirtämällä asiakkaan viimeistään siinä vaiheessa terveystietojen fysioterapeutille, alueen nimikkofysioterapeutille tai palvelukeskuksen ryhmään.

Toimintakykyä arvioitaessa huomioidaan muuttunut toimintakyky myös apuvälineissä. Asiakkaan tarpeet voivat muuttua muutamassa päivässä ja turhista apuvälineistä pyritään pääsemään eroon mahdollisimman pian. Kotihoidossa jokaiselle asiakkaalle tehdään liikkumissopimus. Myös tässä pyritään mahdollisimman arkisiin toimiin, joilla voidaan säilyttää nykyinen toimintakyky tai parantaa sitä. Asiakas tekee hoitajan kanssa alkutestit tarvittaessa ja sitten sovitaan yhdessä liikkumissopimuksen sisältö. Toimintakyvystä riippuen se voi olla astioiden tiskausta, ulko-oven avausta hoitajalle, roskien vientiä tai vaikka kaupassa käymistä. Kotihoidon henkilökunnan täytyy pystyä seuraamaan liikkumissopimuksen toteuttamista. Tämä ei kuitenkaan tarkoita että hoitajan tulisi olla aina paikalla varmistamassa toteutus, vaan siihen riittää että asioita tapahtuu sovittu.

Asiakkaan toimintakyvyssä tapahtuu lähes päivittäin muutoksia ja tämän huomioiminen jokaisella käynnillä on kotiutustiimin tärkeä tehtävä. Asiakas on voinut aiemmin tarvita apua esimerkiksi aamupesuisissa, mutta alkaakin pärjätä omatoimisesti. On tärkeää välittää tämä tieto seuraavalle kävijälle. Parhaiten tieto välittyy päivittäisen kirjaamisen ja hoitosuunnitelman päivityksen kautta. PegasosMukana-järjestelmän kautta henkilökunta näkee toistensa kirjauksia asiakkaan luona ja hoitosuunnitelman viimeisimmän version. Kotihoidon alueellisissa tiimeissä hoitosuunnitelmat harvoin muuttuvat päivittäin ja hoitaja voikin usein toistaa samat tehtävät jopa viikosta toiseen asiakkaan kanssa. Kotiutustiimissä tämä ei toimi samalla tavalla ja siksi asiakkaan asioihin perehtymistä vaaditaan ennen jokaista käyntiä. Asiakkaista pyritään välittämään tietoa raporteilla, mutta tärkein kaikista on Pegasokseen tehtävät kirjaukset ja hoitosuunnitelman muutokset. Lisäksi palvelujaksoon tehdään jatkuvasti muutoksia asiakkaan toimintakyvyn mukaisesti.

Asiakkaan toimintakyvyssä voi tapahtua paranemista nopeallakin aikataululla ja tähän toiminta tähtää. Toisinaan toimintakyky heikkenee kotiutumisen jälkeen ja tällöin tiimissä arvioidaan kotona pärjääminen. Asiakkaita pyritään hoitamaan mahdollisimman pitkään kotona ja fyysisen toimintakyvyn lasku ei saisi olla kriteeri sairaalaan joutumiseen. Tiimin fysioterapeutti tekee tarvittaessa asiakkaille nopeallakin aikataululla käyntejä ja hoitajat voivat konsultoida häntä toimintakyvyn heikkenemiseen liittyvissä asioissa. Lisäksi pyritään löytämään muita kuntoutuksen muotoja esimerkiksi palvelukeskustoiminnasta. Asiakkaan kotiutuessa tehtyjä tavoitteita muokataan toimintakyvyn muutosten mukaisesti.

Palvelujaksoa, eli käyntien määrää ja pituutta, muokataan samoin myös tilanteen huonontuessa eikä ainoastaan parantuessa. Kotiutustiimin tavoitteena on välttää asiakkaan joutuminen uudelleen sairaalaan.

Asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämisen ja kehittämisen lisäksi kotiutustiimin tärkeä tehtävä on ollut arjen turvattomuuden ja yksinäisyyden poistaminen. Sekä kotiutustiimin hoitajat että sosiaaliohjaaja pyrkivät puuttumaan asiakkaan yksinäisyyteen miettimällä yhdessä asiakkaan ja mahdollisten läheisten kanssa muutoksia asiakkaan arkeen. Lännen palvelualueella on tarjolla paljon erilaisia harrastus- ja päivätoimintamahdollisuuksia eri elämäntilanteissa oleville ihmisille. Asiantuntevalla avulla asiakas löytää arkeensa ohjelmaa eikä jää jatkossa kotiin yksin. Kaupungin palvelukeskukset järjestävät varsinkin ikääntyville paljon erilaista ryhmätoimintaa, johon voi osallistua. Palvelukeskuksesta henkilökunta voi yhdessä asiakkaan kanssa miettiä sopivia ryhmiä ja toimintoja, näitä voi myös jokainen katsoa kaupungin internet-sivuilta. Monipuolisissa palvelukeskuksissa on myös päivätoimintaa muistisairaille henkilöille ja osassa myös somaattisesti sairaille henkilöille. Näihin ryhmiin haetaan sosiaali- ja lähityön kautta, samoin lyhytaikaishoitajaksolle. Molemmilla voidaan auttaa esimerkiksi omaishoitajaa jaksamaan arjessa paremmin. Alueella on myös paljon kolmannen sektorin toimintaa, johon sosiaaliohjaaja on tutustunut tarkemmin ja voi ohjata asiakkaita niiden pariin. Sosiaaliohjaajalla onkin suuri rooli asiakkaan arjen sujuvoittamisessa ja kutakin kiinnostavan harrastuksen löytämisessä. Hän yksin ei kaikkia ehdi tavata ja hoitaa, mutta tiimi voi konsultoida ja pyytää käyntejä kun tuntuu, ettei hoitajan osaaminen ja tiedot riitä.

SosiaaliporrasRA:n tarkoituksena on tunnistaa sosiaalisia tarpeita asiakkaissa ja ohjata heitä tiimin sosiaaliohjaajalle. Aluksi sosiaaliohjaaja voi aloittaa palvelujen kartoittamisen tunnistettujen tarpeiden pohjalta ja jatkossa asiakas voidaan siirtää sosiaali- ja lähityön palvelujen piiriin. Tiimin sosiaaliohjaajan jakso voi olla muun tiimin jaksoa pidempi, jos asioiden hoitaminen sitä vaatii.

Sosiaaliohjaajan tärkeää työtä on erilaisten etuuksien hakeminen yhdessä asiakkaan kanssa, samoin kun muiden taloudellisten asioiden hoitaminen ja selvittely. Toisinaan asiakkaan suurimmat ongelmat voivat olla raha-asioihin liittyviä ja niiden järjestäminen voi palauttaa muutakin toimintakykyä. Sosiaaliohjaaja pyrkii avustamaan asiakasta ja löytämään apua ja palveluita myös jakson jälkeen, jos niitä tarvitaan. Sosiaaliohjaaja te-

kee yhteiskäyntejä haastavissa asiakastilanteissa esimerkiksi päihdepuolen sosiaalityöntekijän kanssa. Samoin yhteiskäyntejä tehdään esimerkiksi omaishoitajuutta haettaessa. Sosiaaliohjaaja myös siirtää asiakkaita tarvittaessa sosiaali- ja lähityön piiriin, mikäli asiakas tarvitsee pidempi aikaista tukea kuin kotiutustiimin jakso.

Kotiutustiimin jakson aikana asiakkaan tukipalvelujen tarvetta arjen helpottamiseksi arvioidaan jatkuvasti. Mikäli henkilökunta huomaa tarpeen tai asiakas toivoo, käynnistetään asiakkaalle tarpeelliset tukipalvelut. Kotiutumisen yhteydessä kaikkia tarpeita ei vielä ole ja usein asiakas ja läheiset haluavat miettiä asioita ennen kuin asioista sovitaan. Kotihoidon aluksi asiakkaalle ja läheisille tulee paljon uusia asioita eikä toipumisvaiheessa välttämättä kaikkia tarpeita ja toimintakyvyn muutoksia osata arvioida. Onkin tärkeää jatkuvasti varmistaa, että asioista puhutaan ja niitä esitellään mahdollisimman laajasti. Kotihoidossa hoitajat eivät käy kaupassa asiakkaan puolesta, pese pyykkiä, siivoa tai laita ruokaa vaan nämä täytyy asiakkaan itse, läheisten tai tukipalvelujen kautta järjestää.

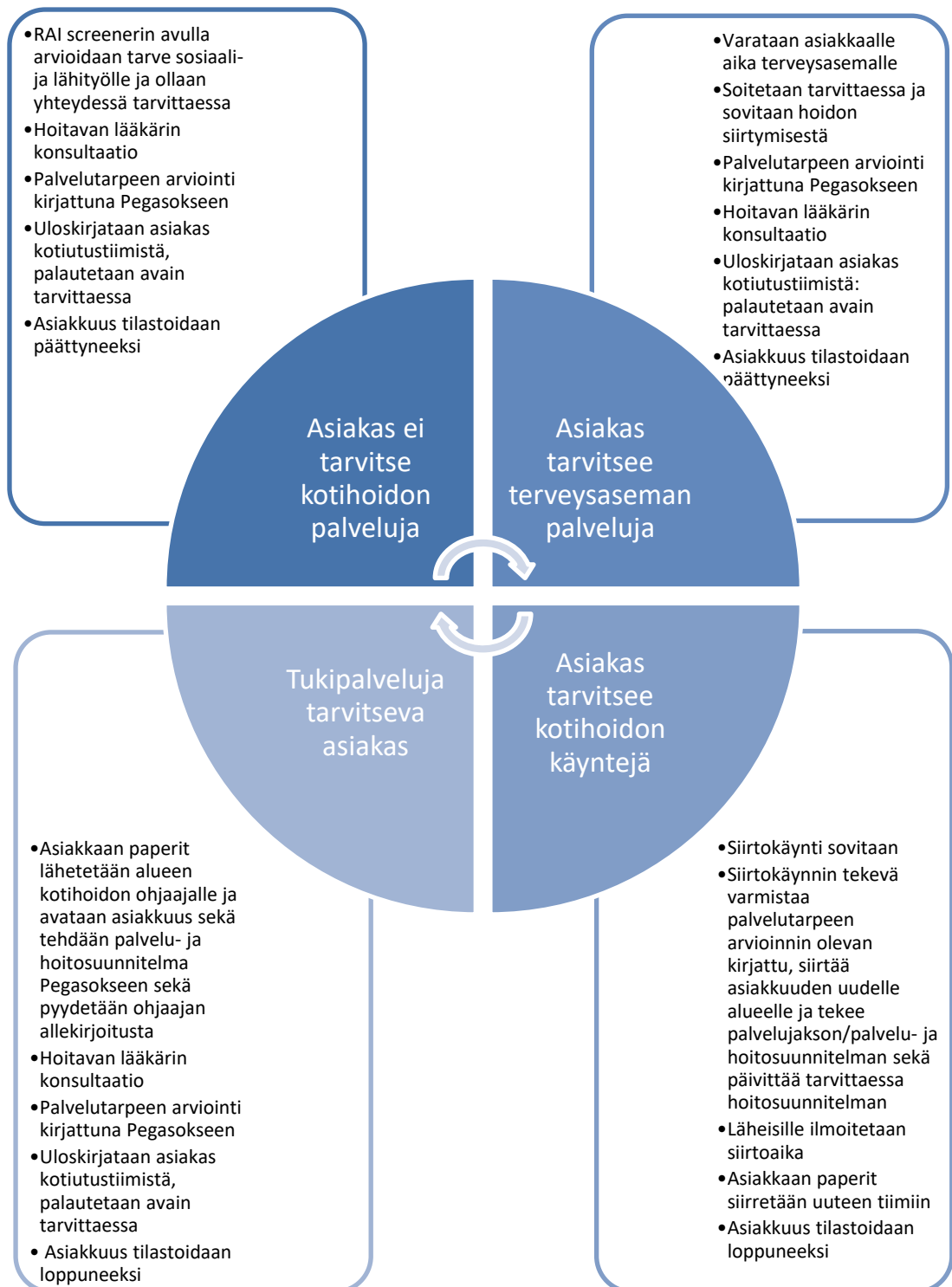
Kotihoidossa on siirrytty käyttämään etähoitoa enenevässä määrin kun asiakas ei välttämättä tarvitse hoitajan fyysistä apua vaan hoidon tarve on muistuttamista ruokailussa ja lääkkeiden otossa tai henkistä tukea. Kotiutustiimi pyrkii arvioimaan mahdollisimman nopeasti asiakkaan hoidontarpeen tältä osin. Asiakkaan omatoimisuus varmistetaan muun muassa sillä, että asiakkaan luona ei käydä, jos hän ei hoitajaa tarvitse. Samoin kun apuvälineiden kanssa, turhia käyntejä pyritään välttämään ja asiakas kuntoutetaan käyttämään muita palveluja, joista etähoito on yksi ratkaisu. Etähoidossa asiakkaaseen ollaan kuvayhteydessä koulutetun hoitajan toimesta sovitusti. Tähän tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma ja käyntiajat sovitaan yhdessä asiakkaan kanssa. Etähoito voi olla osa asiakkaan saamaa hoitoa tai asiakas ei tarvitse muuta kuin etähoidon palvelut. Myös etähoidon hoitajat kirjaavat käynnit Pegasokseen, joten kirjaus on sekä kotihoidon että muiden tietojärjestelmää käyttävien hyödynnettävissä. Etähoito on osalle asiakkaista huomattavasti mieluisampi ratkaisu kuin hoitajan useita kertoja päivässä tapahtuvat käynnit. Tämä asia kotiutustiimin täytyy jaksollaan arvioida eikä vähentää käyntejä pelkästään asiakkaan toiveen perusteella. Osalle asiakkaista on haastavaa suhtautua henkilökunnan tulemiseen heidän omaan kotiinsa ja vaihtoehtojen kertominen on tärkeä osa asiakkaan hoidon arviointia.

Jokaiselle kotihoidon asiakkaalle tehdään palvelutarpeen arviointi. Mikäli kotiutustiimistä tarvitaan vain ensikäynti, tehdään tämä mahdollisimman kattavasti jo sen jälkeen. Jos jakso on pidempi, voidaan palvelutarpeen arviointi tehdä myöhemmin, kun asiakas tunnetaan paremmin ja toimintakyky vakiintunut. Palvelutarpeen arviointia tekee myös sosiaali- ja lähityö ja joskus se tehdään kotihoidon kanssa yhteistyössä. Kotiutustiimin asiakkaille ei yleensä heti järjestetä yhteisiä käyntejä sosiaalityöntekijän kanssa vaan tiimin sosiaaliohjaaja osallistuu asiakkaan arviointiin. Palvelutarpeen arvioinnissa pyritään kirjaamaan mahdollisimman tarkasti sillä hetkellä asiakkaan asumisesta, hoidon tarpeesta, palveluista ja suunnitelmasta jatkolle.

Asiakkaan tarvitessa hoitoa vielä kotiutustiimin jakson jälkeen, aletaan siirtoa alueen kotihoidon tiimiin suunnitella hyvissä ajoin. Asiasta puhutaan kotiutustiimin jakson aikana asiakkaalle ja läheisille, ettei siirto tule heille yllätyksenä. Kotihoidon tiimiin ollaan hyvissä ajoin yhteydessä ja sovitaan yhteiselle käynnille aika. Tässä pyritään huomioimaan mahdollisimman pitkälle tulevan tiimin mahdollisuus ottaa asiakas vastaan ja varsinkin niiden asiakkaiden kohdalla, jossa hoidon tarve on suuri tai siinä on erityistaitoja vaativia tehtäviä, valmistellaan tuleva tiimi mahdollisimman hyvin asiakkaan hoitoon etukäteen. Esimerkiksi neliraajahalvaantunut asiakas voi jännittää uusia hoitajia ja on parempi jos työparina on ensimmäisillä kerroilla tuttu hoitaja. Tämä lisää asiakkaan turvallisuutta. Asiakkaalle ja läheisille kerrotaan siirtoaikataulu ja mitä se asiakkaan hoidon kannalta tarkoittaa.

### 5.3.3 Asiakuuden päätyminen kotiutustiimissä

Asiakuus voi loppua jo ensikäyntiin tai jopa ensimmäiseen puheluun. Aina asiakkaaseen ei saada yhteyttä useaan päivään, häntä ei tavoiteta kotoaan tai hän kertoo pärjäävänsä itsenäisesti. Ensikäynnillä voi paljastua, että asiakkaan tarve ei ole kotiutustiimin osaamisalaa vaan esimerkiksi kotisairaalan tai sosiaali- ja lähityön. Asiakas voi myös todeta, ettei tarvitse tai halua mitään palveluja. Kuviossa 11 on lyhyesti kirjattu asiakuuden päättymiseen liittyvät asiat ja henkilökunnan huomioon otettavat asiat. Selittävä tekstiosio auttaa paremmin hahmottamaan kuviota.



Kuvio 11. Asiakkuuden päätyminen kotiutustiimissä.



Kotiutustiimin kaikki käynnit ovat kotisairaanhoidon käyntejä ja lääkärin pyytämiä. Asiakuuden lopetuksesta täytyy olla yhteydessä lääkäriin. Sairaalan lääkäri ei ota asiakkaan hoitoon kantaa enää kotiutumisen jälkeen, ellei kyseessä ole esimerkiksi unohtunut resepti tai parin päivän sisällä kotiutumisesta tullut ja sairaalajaksoon liittyvä konsultaatio. Kotiutustiimistä kuten muutenkin kotihoidosta otetaan näissä tapauksissa yhteys hoitavaan lääkäriin, joka on yleensä terveysasemalla. Mikäli hoito vaatii tarkkailua ja ohjausta terveysaseman toimesta, varataan asiakkaalle aika terveysasemalle ennen kotiutustiimin hoidon loppumista.

Asiakkaan tarvitessa edelleen kotihoitoa, asiakas siirtyy alueen kotihoidon tiimiin hoidettavaksi. Asiakkaan siirto tehdään yleensä yhteisellä käynnillä, missä käydään yhdessä läpi asiakkaan hoidon tarve ja sovitut palvelut. Käynnille tulee alueen tiimistä usein paikalle sairaan-/terveydenhoitaja ja mahdollisesti tuleva vastuuhoidaja. Tuleva tiimi saa itse määrittää tarpeen siirtokäynnille, joidenkin asiakkaiden kohdalla tiimi voi todeta, ettei yhteistä käyntiä tarvita.

Päivävastaava sopii tulevan tiimin kanssa aikataulun yhteiskäynnille ja ilmoittaa sen asiakkaan läheisille. Aikataulussa huomioidaan kotiutustiimin työntekijöiden työvuorot, käynnille järjestetään asiakkaan hyvin tunteva työntekijä. Välillä työntekijät myös itse soittavat ja sopivat käynnin, kun toteavat kotiutustiimin tarpeen loppuneen. Samalla pyritään resursoimaan tulevia käyntejä siirtokäynnin tekeväälle hoitajalle. Tällä pyritään varmistamaan hoitajan tietämys asiakkaan voinnista ja hoitosuunnitelman päivitys mahdollisimman totuudenmukaiseksi.

Siirtokäynnille menevä työntekijä varmistaa palvelutarpeen arvioinnin tehdyksi, siirtää asiakkuuden Pegasoksessa uudelle alueelle, päivittää hoitosuunnitelman ja tekee joko tilapäisen palvelujakson oikea-aikaisilla ja oikean pituisilla käynneillä tai palvelu- ja hoitosuunnitelman, jos käynnit ovat vakiintuneet. Asiakas maksaa kertakäynneistä, kunnes hänelle tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma. Yleensä asiakkaalle on edullisempaa palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaiset maksut ja tämä pyritäänkin tekemään mahdollisimman pian. Toisinaan asiakkaan toimintakyky edelleen kehittyy ja on järkevämpää vielä seurata palvelujen todellista tarvetta. Asiakkaan hoito jatkuu kotiutustiimin tekemän hoitosuunnitelman mukaisesti, ainakin aluksi. Kotihoidon hoitajat päivittävät hoitosuunnitelmaa aina kun katsovat sen tarpeelliseksi ja asiakkaan voinnissa tai palveluissa tapahtuu

muutoksia. Myös käyntien määrää ja aikataulua voidaan jatkossa muokata tiimissä asiakkaan tarpeen mukaan.

Siirtokäynnillä luovutetaan asiakkaan tukipalveluihin ja hoitoon liittyvät paperit uudelle tiimille tai ne lähetetään postitse alueelle. Tukipalvelut käydään läpi uuden tiimin kanssa. Tukipalveluista tehdään aina palvelu- ja hoitosuunnitelma uudelle alueelle, vaikka käynnit eivät olisikaan vakiintuneet. Alueen tiimi lisää käynnit palvelu- ja hoitosuunnitelmaan, kun ne ovat vakiintuneet.

Jos asiakkaalle ei tule kotihoidon käyntejä, tehdään kotiutustiimin toimesta tukipalveluista palvelu- ja hoitosuunnitelma alueen kotihoitoon ja pyydetään alueen kotihoidon ohjaajaa allekirjoittamaan se. Allekirjoitus varmistaa palveluista perittävien maksujen toteutumisen oikein ja asiakkaan tietojen löytymisen alueelta. Tukipalveluasiakkaisiin ollaan kotihoidosta säännöllisesti yhteydessä ja palvelujen paikkansapitävyys ja uusien tarve selvitetään.

Aina hoidon päättyessä varmistetaan palvelutarpeen arvioinnin kirjaus ja asiakkuuden lopetus Pegasokseen. Asiakkaiden avaimet palautetaan tarvittaessa. Hoitavaa lääkärinä konsultoidaan kotisairaanhoidon päättyessä, vaikka se olisi yhteinen päätös asiakkaan ja omaisten kanssa.

Palvelujakson päättyessä tavoite on mahdollisimman omatoiminen ja toimintakykyinen, kotonaan itsenäisesti pärjäävä asiakas. Asiakkaalle järjestetään hänen toiveidensa mukaista ohjelmaa arkeen jo kotiutustiimin jakson aikana tai, hänen halutessaan, pyydetään yhteydenottoa esimerkiksi palvelukeskuksesta. Asiakkaalla on saattanut aiemmin olla paljon harrastuksia ja sosiaalista elämää, mutta toimintakyvyn heikkeneminen on vähentänyt nämä olemattomiin. Joskus asiakkaalle riittääkin ohjaaminen miellyttävien palvelujen pariin. Etähoidon toimesta kokeillaan Helsingissä muun muassa etäkuntoutusta ja etäpäivätoimintaa. Näin sellaisetkin asiakkaat, jotka eivät pääse palvelukeskuksiin, voivat osallistua ryhmiin.

Asiakkaan palveluntarvetta arvioidaan sekä keskustelemalla ja huomioimalla että SosiaaliporrasRA:n avulla. Järjestelmä ei suoraan kerro sosiaalityön tarvetta, mutta antaa viitteitä asiakkaista, jotka hyötyisivät sosiaali- ja lähityöstä jatkossa. Asiakkaan tarvitessa

sosiaali- ja lähityön palveluja jatkossa, pyydetään kirjallinen suostumus tietojen luovutukseen ja vasta tämän jälkeen ollaan yhteydessä alueen sosiaalityöntekijään. Asiakas voi olla jo aiemmasta tuttu sosiaali- ja lähityön kanssa, mutta kotiutustiimistä ainoastaan sosiaaliohjaaja pääsee samaan tietojärjestelmään eikä hänellä ole mahdollisuutta tutustua kaikkien asiakkaiden tietoihin. Yhteinen tietojärjestelmä tulee aikanaan helpottamaan asiakkaiden asioiden hoitamista ja päällekkäisen työn poistamista.

Palvelujakso päätetään kotiutustiimissä uloskirjaamalla asiakas Pegasoksesta ja päättämällä palvelujakso. Samalla täytetään tilastointikaavake loppuun. Asiakuutta päätettäessä huomioidaan aina asiakkaan mielipide jatkosta. Yleensä asiakas ja kotiutustiimi ovat samaa mieltä palveluntarpeesta, mutta joskus asiakas haluisi palveluja, joihin ei tiimin mielestä tarvetta. Näissä tilanteissa joudutaan asiakuuden lopetusta suunnittelemaan tarkemmin ja keskusteluja käymään enemmän. Tarvittaessa järjestetään hoitokokous, johon pyydetään tarpeen mukaan myös läheisiä paikalle. Hoitokokouksessa käydään läpi mahdollisimman tarkasti asiakkaan toimintakyky ja kotiutustiimin havainnot. Kotihoidolla on kriteereitä, joiden perusteella palveluja annetaan. Näitä sovelletaan tapauskohtaisesti, eikä voida sanoa etukäteen kuka voi saada mitään palvelua. Asiakkaan toimintakyvyn ja läheisten antaman tuen perusteella arvioidaan aina asiakkaan palvelujen tarve. Asiakkaat ymmärtävät kyllä saavansa haluamiaan palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta, mutta usein nämä palvelut ovat kalliimpia ja vaativat asiakkaan tai läheisten omaa aktiivisuutta selvittelyssä ja yhteydenotossa. Yksityisiltä palveluntarjoajilta saa ostaa juuri sellaista palvelua kuin kukin asiakas tarvitsee, kaupunki tuottaa monet palvelut tukipalveluina eikä pysty vastaamaan kaikessa asiakkaiden toiveisiin.

## **6 Pohdinta**

Asiakasprosessin kehittämisessä hyödynnettiin monia kaupungin uuden johtamismallin keinoja jo ennen kuin niistä julkisesti paljon puhuttiin. Uudessa mallissa halutaan toimia asiakaslähtöisesti huomioiden asiakkaan toiveet palveluilleen, myös kotiutustiimin toiminnassa tämä ohjasi toimintaa. Tiimi toimi moniammatillisesti hyödyntäen koulutuksen ja työkokemuksen kautta hankittua osaamista. Tällä päästiin uudessa mallissakin tavoiteltuun asiakkaan moniammatilliseen hoitamiseen yksilön parhaaksi. Asiakasprosessin kehittämisessä hyödynnettiin valmentavaa johtamista, jossa tiimi sai ohjatusti suunnitella paljon kokeiluja ja niiden ideoimiseen kannustettiin. Samalla toteutettiin organisaatiossa

toivottua ketterää kehittämistä, jossa jokaisen kehittämisehdotukset huomioidaan ja yhdessä hyväksytään matalalla kynnyksellä kokeiluun sopivat. Tiimissä luotiin omat pelisäännöt ja niitä päivitettiin tarpeen mukaan. Tavoitteiden toteutumista seurattiin yhdessä ja jokaisella työntekijällä oli asiakasprosessin kehittämisen myötä selkeä käsitys, mihin tiimin toiminta tähtää. Työntekijöille pyrittiin antamaan ajantasaista tietoa tiimin toiminnasta ja saadusta palautteesta keskusteltiin yhdessä. Rekrytointivaiheessa pyrittiin huomioimaan mahdollisimman laaja osaaminen ja vaihtelevat taustat tiimin työntekijöissä. Osaamista jaettiin tiimiläisten kesken ja koulutuksia suunnattiin kunkin osaamistarpeet huomioiden. (Uudistettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamisen käsikirja 2016: 28–36.)

Tällä hetkellä uuden tuottaminen ja työn kehittäminen eivät ole arkipäivää sosiaali- ja terveysalalla, vaan se nähdään enemmän vapaaehtoisena toimintana kuin osana jokaisen työtä. Muut tukevat työyhteisössä olevia muutamia luovia työntekijöitä. Olisi kuitenkin ensiarvoisen tärkeää muokata työtapoja sellaisiksi, että kaikki ottavat vastuuta innovoinnista. Nyt tehdään pieniä, arkea helpottavia kehittämiskohteita, joilla saadaan lisäarvoa ja hyötyä työlle. Johtamisen pitäisi olla laajemmin innovointia tukevaa. Näin saataisiin aiheen asiantuntijat pohtimaan esimerkiksi asiakasrajapintaan parhaita toimintatapoja. Tällä tavalla voitaisiin saada kattavampaa, työntekijälähtöistä innovointia, jolla olisi laajempia ja merkityksellisempiä vaikutuksia muutoksiin ja uudistuksiin. (Sankelo – Heikkilä 2015: 194.) Tiimin työntekijöitä oli varsinkin aluksi vaikeaa motivoida työstämään prosessia, heidän kannaltaan haluttiin puuttua arjessa esiin tulleisiin pienempiin yksityiskohtiin. Kun kehittämisessä edettiin, tiimiläiset totesivat prosessikuvauksen auttavan muun muassa uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdyttämisessä ja toimivan kaikille arkea helpottavana työkaluna.

Asiakasprosessin kehittämisen aluksi tiimi ei ollut motivoitunut eri syistä kehittämään prosessia. Aluksi prosessin kehittämistä ei ymmärretty oikein ja sen hyötyjä ei osattu nähdä. Kehittäminen lisäsi tiimiläisten ymmärrystä prosessin kehittämiseen, sen vaiheisiin ja lopputuloksen hyödyntämiseen. Usein kehittämisessä käytetään paljon aikaa asioista puhumiseen erilaisissa yhteyksissä. Olisi tärkeää suunnata kehittäminen enemmän tekemiseen ja kokeilemiseen kuin asioista puhumiseen. Lean ajattelun mukaisesti kehittämisen tulisi lähteä tarpeesta ja niin sanotusti ruohonjuuritasolta. (Mascitelli 202: 311.) Kun tiimissä ymmärrettiin paremmin Lean-ajattelua, omassa työssä alettiin tunnistamaan

turhia vaiheita ja nähtiin kehittämisen hyöty, opittiin prosessia kehittämään oman työn ohella.

Suomessa puhutaan työntekijöiden hiljaisesta tiedosta, joka ei näy työpaikoilla yhteisön hyvänä vaan kulkee yksilön mukana. Olawale Jumaa (2005: 457) huomioi tutkimuksessaan tämän olevan heikkous hoitotyössä. Yksilö voi pohjata hiljaiseen tietoon liikaa työtään ja tätä näkyy myös johtajilla. Tieto ei yleensä siirry yksilöltä koko työyhteisön käyttöön. Kotiutustiimin asiakasprosessia kehittämällä jokaisen tiimiläisen huomiot saatiin mukaan asiakasprosessiin eivätkä ne jääneet vain yksilön omaan tietoon.

Alussa suunniteltu työskentelytapa ei toteutunut tässä opinnäytetyössä. Tarkoitus oli työstää asiakasprosessia osana viikoittaisia tiimipalavereja. Pian todettiin, että paikalla on liian vähän henkilökuntaa ja tiimin toiminnassa pienempiä asioita, joiden miettimiseen palaveriaika meni. Lisäksi varsinkin alkuvaiheessa tiimissä oli paljon poissaoloja ja tiimiläiset olivat työssään tiukoilla. Tämän vuoksi päädyttiin aluksi keräämään kehittämissuhteita muilta ja vasta kesällä kotiutustiimissä lähdettiin prosessia työstämään perusteellisemmin. Tämä ei tarkoita, ettei toimintaa olisi kehitetty, mutta kehittämistoimet kohdistuivat pieniin osiin prosessia, eivät kokonaisuuksiin. Lisäksi tiimin jäsenet eivät alussa tunteneet toisiaan ja tiimin työskentely oli hajanaista. Tiusanen (20015:125.) toteaa väitöskirjassaan runsaiden poissaolojen vaikuttavan ryhmän henkeen. Muutoksen toteuttamisessa oleellista on tiimin hyvä henki.

Päivävastaavan tehtävien kertaus lienee jäänyt tiimissä tekemättä henkilöstövaihdosten aikaan. Osalle vaikuttaa olevan epäselvää, mitä kaikkea pitäisi muistaa ja osata tehdä. Päivävastaavan tehtäviin kuuluu muun muassa laskutusestojen merkitseminen ensikäynnistä ja kahden päivittäisen käynnin ylittävistä määristä. Tätä osa ei ole muistanut tehdä, vaan muut sitä myöhemmin paikkailevat. Tiimin asiakkaista pidetään manuaalista listaa, joka usein unohtuu päivittää uusista ja siirtyvistä asiakkaista. Tätä osa päivävastaavista sitten päivittää huomatessaan muiden unohtaneen. Päivävastaavan tehtävät täytyy käydä tiimin kanssa läpi ja varmistaa kaikkien ymmärtävän tehtävät. Jo aiemmin on sovittu, että mikäli ei koe päivävastaavan tehtävien olevan kaikille sopivia, voidaan jotkut vapauttaa niistä. Työntekijöistä muutama toi esille olevansa tehottomampia kuin kokemuksensa mukaan muut ja he toivoisivatkin saavansa olla mieluummin asiakastyössä. Vaikka tiimin toiminnassa oletetaan uusien työntekijöiden oppivan paljon ilman,

että kaikki kerrotaan, tulisi perehdytys huomioida paremmin. Varsinkin uuden tiimin toiminnassa on paljon tapoja, jotka muokkautuvat usein ja jos asiasta ei tiedoteta riittävän selvästi, muutokset jäävät huomioimatta ja osa työntekijöistä ei ole niistä tietoisia.

Asiakasprosessin kehittämisessä tuli esille asiakkaan ja hänen läheistensä roolin tärkeys kotiutumisessa ja jatkohoidon suunnittelussa. Hammarin (2008: 11) väitöskirjassa todetaan asiakkaan ja omahoitajan näkemysten asiakkaan voinnissa ja palvelujen tarpeessa eroavan merkittävästi toisistaan. Asiakkaan ja läheisten toiveet on tärkeää ottaa huomioon hoitojakson tavoitteita suunniteltaessa heti kotiutumisen jälkeen. Troberg (2012) on omassa opinnäytetyössään todennut samansuuntaisesti asiakkaan rooliin suurentuneen omassa kotiutumisessaan. Asiakkaan, omaisten ja ammattilaisten rooli tasavertaistuu entisestään eikä niitä jatkossa voida nähdä erillisinä. (Troberg 2012: 79.) Kotiutustiimin toiminnan aluksi työskentely oli henkilöstölähtöistä ja asiakkaiden toiveiden huomioiminen ei ollut luonteva osa työskentelyä. Asiakasprosessin kehittäminen auttoi henkilöstöä ymmärtämään asiakkaan ja läheisten roolin tärkeyden asiakkaan tavoitteiden saavuttamisessa. Asiakas motivoituu saadessaan itse päättää omia tavoitteitaan ja muokata niitä tarvittaessa. Läheiset tukevat asiakasta paremmin kuultuaan heidän itsensä asettamat tavoitteet. Henkilöstön on tärkeää ottaa huomioon asiakkaan elämässä voivan olla asioita, jotka eivät tule selville hoidossa, mutta vaikuttavat asiakkaan toimintakykyyn.

## 6.1 Luotettavuus

Toimintatutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida esimerkiksi määrällisen tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Nämä eivät toimintatutkimuksessa tuo haluttua tulosta. Validiteettia ei pystytä tavoittamaan, koska ei ole mitään mihin tutkimusta verrataan. Reliabiliteetissa taas pyritään tulokseen, joka on mitattavissa uudelleen. (Heikkinen – Syrjälä 2008: 147–148.) Opinnäytetyössä ei ole toistettavuutta, koska kotiutustiimin kaltaista toimintaa ei ole aiemmin Helsingin kaupungissa ollut ja vertailu muiden kaupunkien kanssa ei onnistu palvelujen erilaisuuden vuoksi. Prosessia ei voida myöskään verrata kaupungin sairaalan prosessiin, koska siellä ei tiettävästi ole tehty yhtä laajaa asiakasprosessikuvausta. Vastaavaa tilannetta ja tiimiä tuskin on tulossa myöskään jatkossa, joten työn toistettavuus ei onnistu sellaisenaan.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta lisätään kuvailemalla mahdollisimman tarkasti toteutuksen eteneminen kaikissa vaiheissa. Myös luokittelun syyt ja perustelut kuvaillaan. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2008: 226–227.) Opinnäytetyössä tutkimus ei etene laadullisia keinoja käyttäen, joten luotettavuuden arviointia ei voida tehdä niiden perusteella.

Toimintatutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa joudutaan huomioimaan tutkijan osallistuminen prosessiin ja hänen oman mielipiteensä esille tulo tuloksissa (Williamson 2012: 37). Opinnäytetyöntekijän roolin lisäksi toimin myös kotihoidon ohjaajana kotiutustii-  
missä. Olen ollut mukana koko tiimin toiminnan ajan ja jo aiemmin suunnittelemassa tiimiä. Tämä asetti haasteita opinnäytetyön tekemiseen puolueettomasti. Minulla oli ennakkokäsityksiä koko työn ajan ja mielessä suunta, mihin olisin toivonut päästävän. Mielestäni en kuitenkaan tuonut näitä esille aivoriihiyöskentelyn aikaan, enkä vaikuttanut tiimin kehittämisprosessin etenemiseen muuta kuin aikatauluja luomalla ja etukäteen ohjeistamalla prosessin etenemisen. Siltä osin opinnäytetyö on luotettava.

Kehittämistoiminnassa luotettavuutta arvioidaan tiedon käyttökelpoisuuden kautta. Tiedon todenmukaisuus ei riitä, vaan tiedon täytyy olla hyödynnettävissä toimintaan. (Toikko – Rantanen 2009: 121–122.) Kotiutustii-  
min työntekijöiden arvion mukaan, jo ennen viimeistellyn version valmistumista, asiakasprosessia voidaan hyödyntää tiimissä monipuolisesti. Opinnäytetyön aiheen valinnassa huomioitiin aiheen ajankohtaisuus ja tarpeellisuus hyödyntämisen näkökulmasta.

## 6.2 Eettisyys

Eettisen ajattelun tulisi näkyä koko tutkimusprosessissa. Se alkaa aiheen valinnasta, tavasta toteuttaa tutkimus ja kohteesta, jatkuen aineiston keräykseen ja analysointiin, tulosten kirjoitukseen ja julkaisuun saakka. (Grove – Burns – Gray 2013: 159.) Opinnäytetyön aihe löytyi omasta työstä, aihetta oli tarpeen tiimin kanssa lähteä työstämään. Opinnäytetyön aiheesta sovittiin etukäteen Lounaisen kotihoitoyksikön kotihoitopäällikön kanssa. Hänen kautta löytyi ohjaaja opinnäytetyölle. Palvelupäällikkö, terveystieteiden maisteri Kirsi Salmi työskentelee lännen palvelualueella, Riistavuoren monipuolisessa palvelukeskuksessa. Tutkimuslupa Helsingin kaupungilta myönnettiin 5.4.2016.

Osallistavassa toimintatutkimuksessa työyhteisön, johon tutkimus kohdistuu, osallisuus korostuu (Heikkinen – Konttinen – Häkkinen 2008: 50). Osallistujiksi valikoituivat tiimin jäsenet, koska heillä on asiantuntijoina paras käsitys työnsä kehittämiseen sekä selkeä halu kehittää prosessia paremmaksi. Tiimiin jokainen työntekijä on haastateltu työhön ja samalla tiedusteltu halukkuus olla kehittämässä uutta toimintaa. Asiakasprosessin kehitysvaiheessa kenellekään ei annettu mahdollisuutta olla osallistumatta kehittämiseen ja samalla opinnäytetyöhön, osallisuus opinnäytetyöhön kuitenkin kerrottiin useita kertoja prosessin aikana. Tietojen keruun kohteena olleet Läntisen ja Lounaisen kotihoidon sairaan- ja terveydenhoitajat sekä kotihoidon ohjaajat olivat parhaita henkilöitä tuomaan odotukset ja toteutuneet asiat yhteistyökumppaneiden näkökulmasta. Tehtävän laajuuden rajaamiseksi opinnäytetyöhön ei haluttu ottaa sairaaloiden näkökulmaa, asiakasprosessin koettiin alkavan kun asiakas on jo uloskirjattu sairaalasta. Samaan aikaan on menossa Lännen palvelualueen kotihoitoyksiköiden ja Laakson sairaalan kotiutusprosessin kehittäminen, sieltä saadaan myöhemmin hyödynnettäväksi tietoa kotiutuksen aiemmasta vaiheesta.

Tiedonkeruun osallistujia informoitiin suullisesti tilaisuuden aluksi tai jo etukäteen, esimerkiksi sähköpostin kautta. Heille kerrottiin tietoja hyödynnettävän kotiutustiimin asiakasprosessin kehittämisen lisäksi myös opinnäytetyöhön. Samalla heille annettiin mahdollisuus olla kieltäytyä osallistumasta prosessin kehittämiseen. Jokaisella kerralla esille tuotiin yksittäisen tiedonantajan henkilöllisyyden tunnistamattomuus. Missään vaiheessa ei osallistujien tarvinnut laittaa nimiään mihinkään, eikä niitä kerätty muutenkaan ylös. Tiimin kaikkien jäsenten odotettiin osallistuvan kehittämiseen, mutta heistäkään yksittäisen henkilön panosta ei eritelty missään vaiheessa. Jokainen tiedonantaja sai valita oman panoksensa, eikä kenenkään yksittäisen henkilön antaman tiedon määrää tai laajuutta selvitetty tai kyseenalaistettu. (Mäkinen 2006: 114–115, Bellman 2012: 150–151.)

Toimintatutkimuksessa tutkijan rooli on haastava. Hänen täytyy huomioida organisaation tarve ja toisaalta tutkijana tuottaa totuuden mukaista tietoa. (Colghlan – Brannick 2014: 151.) Tutkijan roolin lisäksi työskentelin kotiutustiimin esimiehenä. Kahdessa roolissa koin haasteita toisaalta haluten saada kehittämisen aikaan mahdollisimman nopeasti ja tehokkaasti ja toisaalta ymmärtäen henkilöstön haasteita sovittaa perustehtävä ja kehittäminen yhteen. Rooleissani pyrin vaikuttamaan mahdollisimman vähän henkilökunnan kehittämiseen joutuen kuitenkin samaan aikaan johtamaan toimintaa. Kehittämistä tehtiin mahdollisimman paljon henkilöstöä kuunnellen ja heidän tarpeistaan.



Kerättyjä tietoja on ollut vain tutkijan hallussa eikä niihin ole ulkopuoliset päässeet käsiin. Jokaisen vaiheen jälkeen tiedot on pyritty kirjaamaan mahdollisimman tarkasti tietokoneelle. Opinnäytetyön tiedonkeruuna on toiminut aivoriihiyöskentely, josta ei juurikaan materiaalia jää. Kaikki materiaali hävitetään opinnäytetyön valmistuttua silppuamalla. Vilkan (2015: 47) mukaan tutkijan tehtävänä on säilyttää tutkimusmateriaalia asianmukaisesti ja varmistaa, ettei se joudu väriin käsiin.

### 6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimuskohteet

Kaikkiin kehittämiskohteisiin ei pystytty vastaamaan toivotusti asiakasprosessin kehittämisen yhteydessä. Asiakkaan näkyminen uudella alueella varhaisemmassa vaiheessa oli mahdoton toteuttaa tietojärjestelmässä, koska asiakkuus voi olla auki vain yhdellä lähipalvelualueella kerrallaan. Asiakkuutta ei myöskään voinut siirtää näkymään kovin paljon aiemmin, koska asiakkaan toimintakyvyssä saattoi tapahtua muutoksia ja siirtokäynnin ajankohta muuttua tai peruuntua esimerkiksi sairaalaan joutumisen vuoksi. Tavoitettavuus koettiin tiimin toiminnan aluksi ongelmaksi. Päivävastaavan työnkuva helpotti tätä, tiimin yhteyspuhelin oli kyseisellä työntekijällä eikä hänellä ollut juurikaan kotikäyntejä. Myös kotihoidon ohjaajan tavoitettavuus parani jonkin verran, kun ohjaaja sai sijaisen. Puhelimet kuitenkin edelleen ruuhkautuivat tiettyinä aikoina kun sairaalat alkoivat lääkärikiertojen päätyttyä ilmoittaa kotiutumisista, eikä tähän löydetty ratkaisua. Toiminnassa jouduttiin näiltä osin päättämään ratkaisuun, joka ei täysin muuttanut tilannetta. Kotiutustiimi on helpottanut kotihoidon ohjaajien työtä vähentämällä puheluja ja selvitystyötä uusien asiakkaiden osalta. Toisaalta kevään aikana vaihtuneet kotiutustiimin asiakkaiden kriteerit ovat hämmentäneet ohjaajia. Kehitetty asiakasprosessi auttaa kotihoitossa työskenteleviä ymmärtämään asiakuuden etenemisen, vaikka muutoksia asiakasohjaukseen tulisi.

Lännen palvelualueen kotihoidon tiimeissä työtä on helpottanut vähentyneet arviointikäynnit ja nopeasti tulevat kotiutukset, varsinkin ilta- ja viikonloppuisin. Uudet asiakkaat siirtyvät valmiimpana tiimeille ja siirtokäyntejä on pystytty sopimaan ja ennakoimaan paremmin. Lisäksi lyhyitä ja tilapäisiä asiakkuuksia tulee vähemmän. Asiakkaat siirtyvät parempikuntoisina ja kotihoitoon kuulumattomia asiakkaita ei enää tule alueille juurikaan. Tiimeille on jäänyt aiemmin hieman epäselväksi mitä kaikkea voi odottaa kun asiakas siirtyy kotiutustiimistä alueen kotihoidon tiimiin. Tiimin toiminnassa on entistä enemmän

kiinnitetty huomiota asiakkaan yksilölliseen toimintakykyyn ja sitä kautta siirron aikatauluun. Asiakkaat ovat eri vaiheissa toipumistaan ja ei voida olettaa, että kaikki mahdollinen olisi pystytty tekemään kotiutustiimijakson aikana. Uuden toimintamallin kokeiluun vuosi on liian lyhyt aika eikä toiminnan hyödynnettävyys ja mahdollisuudet pääse vielä esille kokonaisuudessaan.

Hiltunen (2015) toteaa raportissaan kotihoidossa tarvittavan kehittää erityisesti moniammatillista yhteistyötä ja osallisuutta. Eri ammattilaisten yhteistyöllä lisätään erilaisten toimintatapojen käyttöä. (Hiltunen 2015:11.) Asiakasprosessia kehitettäessä havaittiin selvästi suuri hyöty moniammatillisesta yhteistyöstä samassa tiimissä. Henkilöstön oli yhteisissä palaverissa helppo konsultoida toisiaan ja sopia tarvittaessa myös yhteisiä käyntejä asiakkaiden tilanteen niin vaatiessa. Yhteistyöstä muodostui luonteva osa työtä, vaikka tiimissä eri ammattiryhmillä oli oma roolinsa. Havaintojen perusteella tämä sama ei toteudu muissa kotihoidon tiimeissä, joissa tiimiin ei kuulu terapia- tai sosiaalialanhenkilökuntaa. Jatkossa olisi tärkeää tutkia, kuinka kotihoidolle voitaisiin saada lisää tukea tiimiin moniammatillisella yhteistyöllä.

Kotiutustiimin moniammatillisuuden tarve näkyy myös sosiaaliohjauksessa. Tiimin asiakkaista monella ei ollut lainkaan kontaktia alueen sosiaali- ja lähityöhön, eikä tarvetta olisi välttämättä osattu tunnistaa ilman SosiaaliporrasRA:ta ja tiimin moniammatillisuutta. Asiakkaat eivät usein itse tunnista tarvettaan ja sitä on vaikea havaita sairaalassa tai yhdellä kotikäynnillä. Jatkossa olisikin tärkeää miettiä mitä tapahtuu asiakkaille, joilla ei hoidollista tarvetta kotihoitoon sairaalasta kotiutumisen jälkeen, mutta tarve sosiaaliohjaukselle. Kuinka voidaan varmistaa, ettei kukaan jää ilman tarvitsemiaan palveluita?

Kotiutustiimin tekemä asiakasprosessikuvausta voidaan hyödyntää mukailien jatkossa kotihoidon uusille asiakkaille kaikissa tiimeissä. Lännen kotiutustiimin toiminta on tuonut selkeästi esille tarpeen kuntouttaa asiakasta kotiutumisen jälkeen ja arvioida palvelujen tarvetta jatkuvasti. Selkeää dataa kotiutuvien asiakkaiden jäämisestä kotihoidon palvelujen piiriin ei ole saatavissa kotiutustiimiä edeltävästä ajasta, mutta alueen kotihoitotiimien palautteen perusteella voidaan toiminnasta arvioida olleen suurta hyötyä. Samaan aikaan jatkunut muutos sairaala- ja pitkäaikaishoidon vuodesijojen vähenemisessä hankaloittaa arviointia, koska asiakkaita hoidetaan entistä enemmän kotona.

Kotiutustiimitoiminnan siirtyessä kokonaan kaupunginsairaallalle 1.1.2017 asiakasprosessi on hyödynnettävissä muille kotiutustiimeille, mahdollisesti mukailen, koska kaupungin sairaalan toiminta eroaa jonkin verran kotihoidon kotiutustimistä. Kotiutustiimit päätettiin yhdistää ennakoiden tulevaa keskitettyä palveluohjausta. Pienen yksikön ongelmana oli muun muassa haavoittuvuus työntekijöiden poissaolojen vuoksi. Kaupungin sairaalan kotiutustiimejä on enemmän ja yhteistyön tekeminen tiimien kesken on sujuvampaa samassa yksikössä.

Kotiutustiimitoiminnan kannattavuutta ja hyödyllisyyttä ei päästy lopulta mittamaan suunnitelluin mittarein. Melko varhaisessa vaiheessa todettiin mittareiden toimimattomuus muuttuvissa tilanteissa. Tarkoitus oli vertailla eri mallien kannattavuutta, mutta tähän sovitut mittarit eivät antaneet riittäviä tuloksia. Kotiuttavien yksiköiden toiminta on muuttunut jatkuvasti ja vertailutietoja samassa tilanteessa ei ollut sellaisenaan käytettävissä. Voidaankin siis katsoa, että subjektiivisesti tiimien toiminnasta on ollut hyötyä kotiuttaville yksiköille, mutta mitään tarkkaa rahallista tai muuta mitattavaa tulosta ei ole käytettävissä.

Kotiutustiimin asiakasprosessin kehittämisen kannattavuutta ei päästä seuraamaan tiimin loppumisen vuoksi. Vasta nykyiseen muotoon kirjattu prosessi ei ehdi olla riittävän kauan käytössä, että voitaisiin kysyä mielipiteitä yhteistyökumppaneilta. Voidaan todeta, että asiakasprosessin kehittäminen on helpottanut tiimin omaa toimintaa ja työntekijöiden työtä. Mutta tämän pidemmälle meneviä johtopäätöksiä on mahdoton tehdä. Hammar (2008: 103) katsoo tutkimuksessaan uusien toimintatapojen vievän aikaa ennen kuin niiden vaikutuksia voidaan arvioida.

Tällä hetkellä on tiedossa, että keskitetty palveluohjaus alkaa vuonna 2018 Helsingin kaupungissa. Tähän on tietävästi tarkoitus yhdistää ainakin kotiutustiimitoiminta, kotihoidon ja sosiaali- ja lähityön palvelutarpeen arviointi. Mallista ei vielä ole olemassa selkeää suunnitelmaa, vaan sitä aletaan tehdä pian. Tähän suunnitelmaan voidaan hyödyntää kehitettyä asiakasprosessia sellaisenaan.

## Lähteet

Amabile, Teresa – Kramer, Steven 2012. Pienet suuret teot. Opi johtamaan kehitystä. Liettua: BALTO print.

Bellman, Loretta 2012. Ethical considerations. Teoksessa Williamson, Graham R – Bellman, Loretta – Webster, Jonathan. Action research in nursing and healthcare. Croydon: CPI group.

Chenail, Ron – St. George, Sally – Wulff, Dan 2007. Action Research: The Methodologies. Teoksessa Munhall, Patricia L. Nursing research. a qualitative perspective. 4. painos. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Coghlan, David – Brannick, Teresa 2014. Doing action research in your own organization. 4. painos. Dorchester: The Dorset Press.

Erämetsä, Timo 2003. Myönteinen muutos. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Grove, Susan K. – Burns, Nancy – Gray, Jennifer R. 2013. The practice of nursing research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. 7. painos. St. Louis: Elsevier Saunders.

Haapakorpi, Arja – Haapola, Ilkka 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Hakala, Liisa – Harju, Riitta – Manka, Marja-Liisa – Nuutinen, Sanna 2011. Työn iloa ja imua – työhyvinvoinnin ratkaisuja pientyöpaikoille. 2.painos. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos Tampereen yliopisto. Tampere: Tammerprint Oy.

Hakala, Liisa – Manka, Marja-Liisa 2011. Henkilöstötunnusluvut johtamisen tukena. Tukea tuottavuuden ja työyhteisön hyvinvoinnin kehittämiseen. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos Tampereen yliopisto. Tampere: Tammerprint Oy.

Hammar, Teija 2008. Palveluiden yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palveluiden käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja –tutkimus.

Heikkinen, Hannu L. T. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen, Hannu – Roivio, Esa – Syrjälä, Leena (toim) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3.korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy.

Heikkinen, Hannu L. T. 2015. Toimintatutkimus: kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa Valli, Raine – Aaltola, Juhani (toim) Ikkunoita tutkimus metodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Juva: Bookwell Oy.

Heikkinen, Hannu L.T. – Konttinen, Tiina – Häkkinen, Päivi 2008. Teoksessa Heikkinen, Hannu – Roivio, Esa – Syrjälä, Leena (toim) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3.korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy.

Heikkinen, Hannu L. T. – Syrjälä, Leena 2008. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen, Hannu – Roivio, Esa – Syrjälä, Leena (toim) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Hansaprint Direct Oy.

Helsingin tilastollinen vuosikirja 2015. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Helsinki alueittain 2015. [http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/16\\_05\\_27\\_Helsinki\\_alueittain\\_2015\\_Tikkanen.pdf](http://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/16_05_27_Helsinki_alueittain_2015_Tikkanen.pdf) Luettu 5.11.2016.

Hiltunen, Piritta 2015. Ikääntyneiden hoitotyö Suomessa – katsaus kehittämistarpeisiin. [http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSJULKAISU\\_Hiltunen\\_2015.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/HOTUSJULKAISU_Hiltunen_2015.pdf) Luettu 5.11.2016.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14. osin uudistettu painos. Keuruu: Otava Kirjapaino Oy.

Hänninen, Marita 2014. Muutoksesta jatkuvaan uudistumiseen. Teoksessa Sydänmaanlakka, Pentti (toim) Tulevaisuuden johtaminen 2020. Älykkään johtamisen näkökulmia. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy.

Jämsen, Esa - Kerminen, Hanna - Strandberg, Timo - Valvanne, Jaakko. Kun tauti paranee, mutta potilas ei – Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikkeneminen. Lääkärilehti 2015: 14-15.

Kajamaa, Anu 2011. Unraveling the helix of change. An activity-theoretical study of health care change efforts and their consequences. Helsingin yliopisto, käyttäytymistieteiden laitos. Väitöskirja – tutkimus.

Kajaste, Veikko – Liukko, Timo 1994. Lean – toiminta. Suomalaisten yritysten kokemuksia. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kananen, Jorma 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Tampere: Juvenis Print.

Kanste, Outi 2005. Moniulotteinen hoitotyön johtajuus ja hoitohenkilöstön työuupumus terveydenhuollossa. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja – tutkimus.

Kotihoito. Ikääntyneiden palvelut. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsingin kaupunki. <http://www.hel.fi/www/helsinki/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyneiden-palvelut/kotihoito>. Luettu 15.8.2016.

Krook, Päivi 2012. Aikuissosiaalityö ja asiakasprosessien menetelmät. Aikuissosiaalityön määrittelyä ja asiakasprosessin työmenetelmien etsintää. Tampereen yliopisto, yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu – tutkimus.

Laamanen, Kai – Tinnilä, Markku 2009. Prosessijohtamisen käsitteet. Terms and concepts in business process management. 4. uudistettu painos. Espoo: Redfina Oy.

Low, Lee-Fay – Fletcher, Jennifer – Gresman, Meretith – Brodaty, Henry 2015. Community care for the Elderly Needs and Service Use Study (CENSUS): Who receives home care packages and what are the outcomes? Australian Journal on Ageing 2015: 10.

Mascitelli, Ronald 2002. Building a Project-Driven Enterprise. How to Slash Waste and Boost Profits Through Lean Project Management. Northridge: Technology Perspectives.

Mattila, Pekka 2007. Johdettu muutos. Avaimet organisaatin hallittuun uudistumiseen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Mikkola, Merja - Rintanen, Hannu - Nuorteva, Leena – Kovasin, Merja – Erhola, Marina 2015. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveydenhuollon laitospaikkaselvitys. Tampere: Juvenis Print Oy.

Modig, Niklas – Åhlström Pär 2013. Tätä on lean. Ratkaisu tehokkuusparadoksiin. 3. painos. Tukholma: Rheologica publishing.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäkipää, Sanna 2014. Työyhteisön kehittämisen keinot. Teoksessa Ranta, Iiri – Tiihonen, Eva (toim.) Hoitotyön vuosikirja 2014. Työhyvinvoinnin keinot. Porvoo: Bookwell Oy.

Ojansalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Olawale Jumaa, Mansour 2005. Developing nursing management and leadership capability in the workplace: does it work? Journal of nursing management 2005: 13.

Paljärvi, Soili 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seuranta tutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja – tutkimus.

Palvelukuvaus. Palvelutarpeen arviointi, ikääntyvien palvelut. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsingin kaupunki. <http://www.hel.fi/www/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/hallinto/palvelut/palvelukuvaus?id=3168> Luettu 23.9.2016.

Palvelujen uudistaminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsingin kaupunki. <http://www.hel.fi/www/sote/fi/esittely/julkaisut/uutiskirjeet/palvelutuudistuvat> Luettu 18.10.2016.

Pärnä, Katariina 2012. Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina. Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Turun yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja – tutkimus.

Rother, Mike 2011. Toyotan KATA. Porvoo: Bookwell Oy.

Räsänen, Mikko toim. 2007. Coaching ja johtajuus. Valmentava ote esimiestyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut. Organisaatio. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsingin kaupunki. <http://www.hel.fi/static/sote/virasto/skh-organisaatio.pdf> Luettu 22.9.2016.

Sankelo, Merja – Heikkilä, Johanna 2015. Johtaminen ja osallistuvan innovaatiotoiminnan toteuttaminen sosiaali- ja terveystalalla. Teoksessa Saarisilta, Jaana – Heikkilä, Johanna (toim.). Yhdessä innovoimaan – osallistuva innovointitoiminta ja sen johtaminen sosiaali- ja terveystalan muutoksessa. Tampere: Juvenis Print.

Sarajärvi, Anneli – Mattila, Lea-Riitta – Rekola, Leena 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Simonen, Tarja – Viitikko, Tarja – Heiskanen, Katja 2014. Kountouttava kotiutuminen – pilotti. <https://kotonakokonainenelama.files.wordpress.com/2013/12/loppuraportti-kuntouttava-kotiutuminen-pilotti1.pdf> Luettu 5.11.2016.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>. Luettu 2.11.2016.

Sote – palvelurakennemuutos 2016. Hallituksen tarkentavat linjaukset. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/hallinto-jarjestaminen-tuottaminen/sote-palvelurakennemuutos/Sivut/default.aspx#anchor-details> Luettu 30.10.2016.

Stenvall, Jari – Virtanen, Petri 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sydänmaanlakka, Pentti 2015. Älykäs julkinen johtaminen. Miten rakentaa älykäs verkostoyhteiskunta? Liettua: BALTO print.

Tiusanen, Olavi 2005. Työyhteisön kehittäminen ja tärkeimmät muutosvälineet. Tapauksellinen tutkimus Helsingin liiketalouden ammattikorkeakoulun eli Helian Johdon ja henkilöstön kehittämiskäsityksistä, muutosvälineistä ja muutosmalleista 1995-1997. Tampereen yliopisto, kasvatustieteiden tiedekunta. Väitöskirja – tutkimus.

Toikko, Timo – Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3. korjattu painos. Tampere: Juvenis Print.

Torkkola, Sari 2015. Lean asiantuntijatyön johtamisessa. Liettua: BALTO print.

Troberg, Anna 2012. Kotiuttamisesta kotiutumiseen – aivoverenkiertohäiriöpotilas kohteesta toimijaksi. Kuvaus tulevaisuuden toiminnasta. [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40542/Troberg\\_Anna.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40542/Troberg_Anna.pdf?sequence=1) Luettu 2.11.2016.

Tuominen, Kari 2010. Tehoa ja laatua prosessien ja virtauksien kehittämiseen. Jyväskylä: Bookwell Oy.

Tuominen, Kari, - Laamanen, Kai 2012. Prosessijohtamisen toimintamalli. Itsearviointin työkirja. Vantaa: Hansaprint Direct Oy.

Uudistettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen johtamisen käsikirja 2016. Helsingin kaupunki, sosiaali- ja terveysvirasto. Julkaisematon versio.

Vilkka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Juva: Bookwell Oy.

Virtanen, Petri – Wennberg, Mikko 2005. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Williamson, Graham R 2012. Discussion, debate and controversy surrounding action research. Teoksessa Williamson, Graham R – Bellman, Loretta – Webster, Jonathan. Action research in nursing and healthcare. Croydon: CPI group.