

Henna Myller (toim.)

KOTIHOITO24h

OSAAMISEN VAHVISTUMISTA
JA TOIMINTAMALLIEN UUDISTUMISTA



24^h
kotihoito

Julkaisusarja	C:43
Vastaava toimittaja	YTT, dos. Anna Liisa Westman
Toimittaja	THM, Henna Myller
Graafinen suunnittelu, sivuntaitto ja kansi	Jussi Virratvuori / Viestintätoimisto Kirjokansi
Kannen kuva	Bia Mikkonen 2008

ISBN 978-951-604-119-6 (painettu)

ISBN 978-951-604-120-2 (pdf)

ISSN 1797-3848 (painettu)

ISSN 1797-3848 (pdf)

Paino Juvenes print, Tampereen yliopistopaino Oy 2011

Julkaisun myynti Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu
julkaisut@pkamk.fi
<http://www.pkamk.fi>

*Asiakaslähtöisyys
Inhimillisuus
Turvallisuus
Luottamus*

**24^h
kotihoito**

**ympäri vuorokautisen
kotihoitoon kehittämisen
seudullisena verkostoyhteistyönä
2008 - 2010**

SISÄLLYSLUETTELO

ESIPUHE	7
YMPÄRIVUOROKAUTISEN KOTIHOIDON KEHITTÄMINEN POHJOIS-KARJALASSA	8
Henna Myller	
SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELURAKENTEEEN MUUTOSPROSESSISTA	17
Leena Laaninen	
KOTISAIRAALATASOISEN HOIDON JA JATKOHOIDON KEHITTÄMINEN	23
Mari Hirvonen	
TEHOSTETUN KOTIHOIDON TIIMIN KÄYNNISTÄMINEN JOENSUUSSA	30
Kaija Lähteenmäki & Merja Kinnunen	
KUNTOUTUKSEN ASEMA NYT JA TULEVAISUUDESSA	40
Anu Niemi	
YMPÄRIVUOROKAUTISEN KOTIHOIDON KEHITTÄMINEN MUMMON TURVA OY:SSÄ	43
Jorma Hartikainen	
SAATTOHOITOON KOTIIN	46
Erja Riikonen & Tuulia Kouvalainen	
JÄRJESTÖTYÖ OMAISTEN RINNALLA KULKIJANA JA JULKISEN TERVEYDENHUOLLON KUMPPANINA	50
Anna-Maija Pitkänen & Leena Knuuttila	

TEKNOLOGIA KOTONA TAPAHTUVAN HOIDON TUKENA ... 60

Anne Heikkilä

KOULUTUS – JA TUTKIMUSYHTEISTYÖ
- OSAAMISEN VAHVISTAMISTA JA INNOSTAMISTA
KEHITTÄMISVERKOSTOSSA. 63

Ritva Venejärvi

KEHITTÄMISPROSESSIN POLULLA
– KEHITTÄMISHANKKEEN TIIMIJOHTAJIEN
TYÖSKENTELYN TUKEMINEN 73

Tuula Kukkonen

VERKOSTOKOORDINAATTORINA
KOTIHOITO24 -HANKKEESSA 82

Marita Halonen

KOKEMUKSIA OPISKELIJAN ROOLISTA
KOTIHOITO24 -HANKKEESSA 88

Anne Heikkilä

KIRJOITTAJAT 91

ESIPUHE

Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä hanke, Kotihoito24 -hanke, toteutettiin vuosina 2008–2011. Hankkeen tarkoituksena oli kehittää ympärivuorokautista vaativaa sairaalatasoista kotihoitoa vaihtoehdoksi sairaalahoidolle. Keskeisinä kehittämisaalueina olivat kotiuttamisprosessi, kuntoutumisprosessi, viestintä, kirjaaminen, omaisten tuki ja saattohoito. Hanke toteutui monialaisena ja moniammatillisena yli maakunta- ja organisaatorajat ylittävänä verkostoyhteistyönä Kehittämistoiminnassa olivat mukana sosiaali- ja terveysalan julkisen, yksityisen ja potilasjärjestöjen edustajia. Hankkeen rahoittivat Pohjois-Karjalan maakuntaliiton kautta Euroopan aluekehitysrahasto sekä hankkeeseen osallistuvat kunnat, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, yritykset, järjestöt ja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.

Kotihoidon kasvava tarve ja rajalliset resurssit olivat haasteena etsittäessä hankkeessa uudenlaisia tapoja tuottaa palveluja ympärivuorokautiseen kotihoitoon. Hankkeen kehittämistyön lähtökohtana oli turvata potilaan hoidon jatkuvuus ennen kaikkea kotiutus- ja siirtovaiheessa, mutta myös kotihoidossa. Eri toimintaympäristöissä potilaan kokonaisuhoitoa kehitettiin niin, että se toteutuisi potilaslähtöisesti, turvallisesti suunnitellusti ja taloudellisesti huomioiden eri toimijoiden välinen asiantuntijayhteistyö.

Tässä julkaisussa kuvataan eri näkökulmista hankkeessa mukana olleiden kokemuksia ympärivuorokautisen kotihoidon kehittämisestä Pohjois-Karjalan maakunnan alueella. Julkaisun artikkelit antavat laajan ja monipuolisen kuvan Kotihoito24 -hankkeen kehittämistoiminnan kokonaisuudesta.

Kiitän lämpimästi kaikkia Teitä hankkeessa mukana olleet eri organisaatioiden ja työyhteisöjen kehittäjät, esimiehet ja johtajat, ohjausryhmän jäsenet, opettajat ja opiskelijat sekä eri asiantuntijat merkittävästä toiminnasta ja yhteistyöstä, joka on edistänyt ympärivuorokautisen kotihoidon kehittymistä eri kuntien alueella. Toivon kotihoidon kehittämistyön jatkuvan edelleen yhtä tavoitteellisesti ja innostuneesti. Kiitän myös kaikkia tähän julkaisuun kirjoittaneita sekä teitä, jotka olette edesauttaneet julkaisun valmistumista.

Joensuussa 10. päivänä tammikuuta 2011

Henna Myller
projektipäällikkö

YMPÄRIVUOROKAUTISEN KOTIHOIDON KEHITTÄMINEN POHJOIS-KARJALASSA

Henna Myller

KOTIHOIDON KEHITTÄMISEN TARVE

Terveydenhuollon rakenteiden uudistaminen, taloudelliset tekijät ja toiminnan tehokkuus ovat tällä hetkellä valtakunnallisesti tarkastelun kohteena. Kehittämishaasteita riittää niin kansallisesti, alueellisesti, laitoksittain kuin yksiköittäinkin. Haasteena ovat ikääntyvän väestön terveystarpeiden mukaisen laadukkaan hoidon saatavuus ja palvelujen riittävä määrä, sekä tarkoituksenmukaisen viestintä ja hoitoteknologian käyttöönotto ja hyödyntäminen. Lisäksi haasteena on palvelujärjestelmän kehittämisen siten, että toiminnan eri osapuolten, valtion, kuntien, yksityisen ja kolmannen sektorin toiminta huomioidaan (L169/2007 Kunta- ja palvelurakenteen uudistus, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b).

Valtakunnallisesti hoidon painopistettä ollaan siirtämässä sairaalahoidosta kotihoitoon, mikä aiheuttaa erityisiä haasteita kotihoidon kehittämiseksi. Mahdollisuus asua kodissaan mahdollisimman pitkään ja saada tarvitsemaansa hoitoa, hoivaa, myös vaativaa sairaalatasoista hoitoa tai saattohoitoa kotiin, on myös ikäihmisen toiveiden mukaista. Uudistamalla kotihoidon palveluja vahvistetaan osaltaan perusterveydenhuollon asemaan. Merkittävänä asioina kotihoidon kehittämisessä ovat myös kuntoutumista edistävän toiminnan ja omaisten tuen mahdollisuudet.

Kotihoitoa on kehitetty maakunnassamme viime vuosina kovasti, mutta ympärivuorokautisen sairaalatasoisen kotihoidon kehittämisen haasteet ovat erityisen ajan-kohtaisia Pohjois-Karjalassa. Laadukkaan kotihoidon kehittäminen Pohjois-Karjalaan hanke 2002–2004 ja Palliatiivisen hoidon kehittämishanke 2005–2007 ovat osaltaan luoneet pohjaa ja osoittaneet ympärivuorokautisen kotihoidon kehittämisen tarpeen ja kiireellisyyden maakunnan alueella.

Ympäri- vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hanke, lyhyemmin Kotihoito24 -hanke, käynnistyi elokuussa 2008. Hanke on Euroopan aluekehitysrahaston rahoittamaa, ja rahoitus tulee Pohjois-Karjalan maakuntaliiton kautta. Myös kaikki hankkeeseen osallistuvat kunnat, kuntayhtymä, yritykset, potilasjärjestöt ja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu ovat osallistuneet hankkeeseen omilla omarahoitusosuuksillaan.

Kotihoito24 -hankkeelle on ollut runsaasti perusteluja niin valtakunnallisia suosituksia ja kehittämisohjelmia (mm. L169/2007 Kunta- ja palvelurakenteen uudistus, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b), kun maakunnan väestön terveystarpeista, sairastavuudesta, terveydenhuollon kustannuksista ja sosiaali- ja terveyspalveluiden uudelleen järjestämisestä johtuvia. (POKAT 2010,

Joensuun seudun aluekeskusohjelma 2007–2010). Pohjois-Karjalan maakunnan kuntien sosiaali- ja terveystoimen strategioissa 2006–2008 on kotihoidon kehittäminen on keskeisessä asemassa.

Hankkeen tarkoituksena on ollut kehittää kuntien sosiaali- ja terveystoimen palvelurakenteita turvaamaan ympärivuorokautinen kotihoito maakunnan eri alueilla. Hankkeessa keskeisiä kehittämisalueita ovat olleet kotiuttamisprosessi, kuntoutumisprosessi, viestintä, kirjaaminen, omaisten tuki ja saattohoito. Erityisesti kehittämishaasteena on ollut varmistaa turvallinen ilta- ja yöhoito ympärivuorokautista hoitoa tarvitseville potilaille, myös vaikeasti sairaille potilaille ja saattohoitopotilaille sekä omaisten tarvitsema tuki koteihin. Kehittämistoiminta toteutuu eri tavoin eri hankekunnissa; kotihoitoa voidaan tukea poliklinikoilta, vuodeosastoilta, järjestöistä ja yrityksistä tai kotihoitoa voidaan toteuttaa yksilöllinen toimintamallin mukaisesti soveltaen kotisairaalahoidon tai tehostetun kotihoidon periaatteita.

Hankesuunnitelmassa (2008) hankkeen tavoitteena on ollut kehittää seudullisena verkostoyhteistyönä hankekuntien kotihoidon palveluita ja palvelurakenteita tehostetun kotihoidon tai kotisairaalatoiminnan periaatteiden mukaisesti. Tavoite koskee erityisesti turvallista kotiuttamisprosessia suoraan erikoissairaanhoidosta kotihoitoon sekä ilta- ja yöhoidon kehittämistä. Toisena tavoitteena on ollut kehittää ja vahvistaa toimijoiden omaa osaamista ja osaamisen johtamista sekä verkostodialegia eri organisaatioiden, järjestöjen, yritysten ja toimijoiden välillä niin, että asiakaslähtöinen kotihoito toteutuu saumattomasti, turvallisesti ja kustannustehokkaasti. Tavoite koskee hoitohenkilöstön vaativan sairaalatasoisen kotihoidon osaamista, konsultaatiokäytäntöiden ja yritys yhteistyön kehittämistä.

KOTIUTTAMISPROSESSIN KEHITTÄMINEN

Potilaiden hoitopaikasta toiseen siirtyminen oikeaan aikaan ja hoitaminen oikeassa paikassa ovat tehokkaan sosiaali- ja terveydenhuollon tunnusmerkkejä. Suomessa keskimääräinen hoitajakson pituus oli vuonna 2005–2006 somaattisessa erikoissairanhoidossa 4 hoitopäivää ja terveyskeskuksen vuodeosastolla noin 30 hoitopäivää. Valtakunnallisesti yli 65-vuotiaiden hoitajakset ovat lyhentyneet erikoissairanhoidossa ja jatkohoito tapahtuu edelleenkin perusterveydenhuollossa ennen kotiutumista. (Hammar 2008.) Kokemuksellisen tiedon, mutta myös Hammarin (2008) mukaan potilaan kotiutuminen tapahtuu usein samana tai seuraavana päivänä, kun päätös kotiin lähtemisestä on tehty, jolloin kotiutumisen valmistelulle jää vain vähän aikaa. Yleisin kotiutumispäivä on perjantai, mutta kotiutumisia voi tapahtua joskus myös viikonloppuisin ja iltaisin. Potilaan kotiutumisen jälkeen kriittisimmät ajankohdat ovat ensimmäiset vuorokaudet, joskus jopa kaksi viikkoa, jolloin komplikaatiot tai sairaalaan takaisin joutumiset ovat yleisiä.

Potilaan näkökulmasta onnistunut kotiutuminen ja kotihoito edellyttävät riittävästi apua ja oikea-aikaisia palveluja, jotka tukevat hänen selviytymistään ja turvallisuuden tunnetta. Potilaalle ei useinkaan ole oleellista se, kuka tai mikä taho palveluja tuottaa vaan se, että hän saa tarvitsemansa avun ja että hän kokee olonsa turvalliseksi.

si. Potilaan tarpeisiin vastaaminen vaatii moniammatillisten työntekijöiden yhteisiä toimintaperiaatteita, saumatonta yhteistyötä sekä viiveetöntä tiedon kulkua. Tämä edellyttää työntekijöiltä potilaan koko hoito- ja palveluketjun hahmottamista ja omaa osuutta tässä kokonaisuudessa. Tällöin myös eri ammattiryhmien osaaminen pystytään hyödyntämään parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaan hyväksi. (Perälä & Hammar 2003.)

Pohjois-Karjalan maakunnassa kehittämishaasteeksi on muodostunut potilaan jatkohoitomahdollisuuksien uudelleen tarkastelu ja organisointi, paneutuminen erityisesti potilaan suoriin kotiuttamisiin erikoissairaanhoidosta. Tähän ovat johtaneet kuntien siirtoviivemaksut, jotka hankkeen alkaessa ovat muutamissa hankekunnassa olleet erityisen korkeat. Erikoissairaanhoidossa vuodepaikkoja on sitoutunut potilaille, joiden paikka olisi perusterveydenhuollossa tai kotihoidossa. (Turunen 2007.) Kotihoito24 -hankkeessa on paneuduttu vaativaa hoitoa tarvitsevien potilaiden kotiutusten asiakaslähtöiseen, turvalliseen ja riittävään valmisteluun. Onnistunut kotihoito vaatii huolellisesti tehdyn, kokonaisvaltaisen ja oikea-aikaisen kokonaistilanteen arvioinnin. Tätä on vahvistettu mm. ottamalla käyttöön kotiutuksen ennakoitinkäytäntö ja paneutumalla hoito- ja palvelusuunnitelma-, kotiutus- tai saattohoitoneuvottelujen vahvistamiseen (vrt. Tepponen 2009). Videoneuvottelun avulla on tarkoitus kokeilla potilaan hoito- ja palvelusuunnitelmaneuvoitteluja maakunnan äärialueille.

Aina ei ole kotiuttavalla taholla ollut tietoa perusterveydenhuollon tarjoamista hoitomahdollisuuksista, eikä kolmannen sektorin asiantuntemusta ole osattu hyödyntää. Yhteistyö eri kunnallisten palveluntuottajien välillä on ollut niukkaa ja yhtenäisiä käytäntöjä ei juuri ole ollut. Kotihoidon kokonaistilanteen hallinta on ollut haasteellista, kun potilas on tarvinnut apua usealta palveluntarjoajalta Kehittämisprosessin aikana erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon henkilöstön tietoisuutta on lisätty hankkeeseen osallistujien toimintamahdollisuuksista ja näin omalta osaltaan on edistetty suoria kotiutumisia. Tätä on vahvistanut kehittämistyössä verkostoyhteistyö, jossa yhteistyötä ovat tehneet erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, hoito- ja hoivayritysten sekä järjestöjen moniammatilliset toimijat. Myös kuntien sisällä kotiutumista ja kotihoitoa edistävät ja ylläpitävät eri palvelujen tuottajat ovat kehittäneet yhteistyötään verkostoitumalla. Säännölliset yhteistyöneuvottelut ovat avanneet uusia toimintamahdollisuuksia paikallisille yrittäjille mm. palvelusetelin avulla (ks. Hartikaisen artikkeli julkaisussa). Hoitohenkilökunnan kotihoitoa tukeva ajattelu on saanut vahvistusta ja kotihoidon näkeminen ensisijaisena jatkohoidon muotona mahdollisimman monelle potilaalle on saanut tukea. Joissakin hankekunnissa kotiutus-hoitajan rooli on koettu merkittävinä kotiutumisen onnistumisen kannalta ja tähän vastuutehtävään on nimetty hoitajat. (vrt. Hirvonen 2010, Tepponen 2009.)

VIESTINTÄ JA KIRJAAMINEN

Sairaalasta kotiutusten tiedonsiirrossa on edelleen kehittämistä. Yhtenäinen hoito- ja palveluketju voi katketa tiedon puutteeseen potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon tai kotiin ja päinvastoin kotihoidosta sairaalan vuodeosastolle. Potilaan siirtyessä hoitopaikasta toiseen vastuu ja tieto potilaan hoidosta ei välitä-

mättä siirry saumattomasti vastaanottavalle taholle tai siinä on viiveitä, sillä useinkaan kenelläkään ei ole vastuuta asiakkaan/potilaan koko hoidon tai palvelun kokonaisuudesta. Puutteellinen tieto tai tiedon saaminen viiveellä aiheuttaa hoitoon katkoksia tai päällekkäistä työtä. (Hammar 2008.) Pohjois-Karjalassa tiedottaminen potilaan siirtymisestä organisaatiosta toiseen on tapahtunut lähinnä puhelimen välityksellä. Puhelimitse tapahtuva tiedottaminen on tuonut esille muun muassa vastuukysymykset hoito-ohjeista, ulkomaalaistaustaisen hoitohenkilöstön kieliongelmat, mutta myös kuuluvuusongelmat syrjäseuduilla ovat olleet haittana. Erilaiset näkemykset ja tieto asiakkaan hoidon tarpeesta sekä tietämättömyys eri palvelujen tuottajien toiminnasta vaikeuttavat palvelujen yhteensovittamista asiakkaan kannalta parhaalla mahdollisella tavalla. Myös ensihoidossa on ollut puutteita saada tietoa hoidettavista potilaista, mikä on osaltaan hankaloittanut niin kotihoitoa, kun ensihoitoakin.

Pohjois-Karjalan maakuntaan julkiseen terveydenhuoltoon on valittu yhteinen potilastietojärjestelmä Mediatri. Sen käyttöönotto ja sisällön edelleen kehittäminen on aloitettu asteittain vuodesta 2009 eri kunnissa ja Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymässä. Viimeisenä hankkeeseen osallistuvista kunnista mukaan vuonna 2011 on tullut Joensuun kaupunki. Kotihoito24 -hankkeessa tavoitteena on ollut luoda maakunnallisesti yhtenäinen tiedonsiirronlomake/hoitotyön yhteenveto, missä otetaan huomioon kaikkien organisaatioiden työyksiköiden erilaiset tarpeet potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Suunnittelussa on hyödynnetty yhtenäisiä rakenteisen kirjaamisen periaatteita. Tarkoituksena on suunnitellun lomakkeen tietojen hyödyntäminen Mediatri -potilastietojärjestelmän kehittämisessä. Kotihoito24 -hankkeesta on sähköisen viestinnän ja kirjaamisen asiantuntija mukana Mediatri -potilastietojärjestelmän hallinnoijan organisoimassa suunnitteluyhteistyöryhmässä. Työryhmässä on paneuduttu akuutteihin päivystystilanteisiin ja kriittisiin tietoihin potilassiirroissa.

Kun Mediatri -potilastietojärjestelmä on käytössä maakunnan terveydenhuollossa vain julkisella puolella, niin haasteeksi muodostuu ajantasainen tiedonsiirto yksityiseen hoito- ja palvelukotiin siirtyvän potilaan tai pelastuslaitoksen ensihoitoa tarvitsevan potilaan kohdalla. Neuvotteluja on käyty yksityisten hoitokotien sähköistä potilastietojärjestelmää ylläpitävän toimijan ja Mediatriin hallinnoijan kanssa. Kyseessä on erityisesti ajantasainen tiedonsiirto potilaan perustietojen, hoitotyön yhteenvedon, lääkärin epikriisin, potilaan lääkehoidon ja kuntoutumissuunnitelman osalta. Tällä hetkellä dokumentoidut potilaan tiedot ovat potilaan siirto- ja kotiutusvaiheessa yksityisiin hoitokoteihin ja pelastuslaitoksen ensihoidon henkilökunnalle tulostettavissa paperiversioiksi Mediatri -tietojärjestelmästä. Dokumentointia ja tiedonsiirtoa varmistetaan myös hankkeessa kehitetyllä hiirimatolla, johon on kirjattu potilaan siirrossa ja kotiutuksessa huomioitavat tärkeät asiat. Hiirimattoa on jaettu maakunnan julkisiin ja yksityisiin terveydenhuollon organisaatioihin ja hankkeessa oleviin järjestöihin. Lisäksi ensihoidon sähköisen dokumentointiin liittyen on sairaanhoitaja-opiskelija laatinut työharjoittelutehtävänänsä ensihoidon kenttäkirjaamisen tarvemäärityksen. Tämä pohjatyö on merkittävää kehitettäessä ensihoidon osuutta sähköisessä potilastietojärjestelmässä.

POTILAAN KUNTOUTUMISEN EDISTÄMINEN

Ikäihmisten palveluja koskevassa laatusuosituksessa painotetaan varhaista puuttumista terveydentilan ja toimintakyvyn heikkenemiseen sekä sairauksien tehokkaaseen hoitoon ja kuntoutukseen. Kuntoutuspalvelujen sisältöä tulee kehittää, erityisesti kotiin annettavia kuntoutuspalveluja. Laadukas kotihoito on kuntoutumista edistävää ja vastaa asiakkaan fyysisiin, kognitiivisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin kuntoutustarpeisiin. Kotona annettava asumista tukevan kuntoutuksen tulee painottua juuri kotona annettaviin kuntoutusmuotoihin. (STM, 2008a.)

Potilaan kuntoutumista edistävässä toiminnassa korostuu terveyslähtöisyys, tavoitteellisuus ja moniammatillisuus. Terveyslähtöisyys merkitsee potilaan voimavarojen arviointia ja tukemista. Tavoitteellisuus näkyy puolestaan hoito- ja/tai kuntoutumissuunnitelmaan kirjattuina tavoitteina, joiden toteutumista arvioidaan säännöllisesti. Näiden avulla voidaan tukea potilaan ja omaisen aktiivista osallistumista hoitoon. Omahaohitajan tehtävänä on arvioida asiakkaan toimintakykyä, toimia moniammatillisen hoitotiimin koordinaattorina ja laatia hoito- ja kuntoutumissuunnitelmat yhteistyössä potilaan, omaisten ja muiden hoitoon osallistuvien kesken. Kuntoutumista edistävä toiminta edellyttää sekä hoitajan tietoja ja taitoja, mutta myös yhteistä kuntoutumista edistävää toimintafilosofiaa, johon sitoudutaan. (Vähäkangas 2010.)

Kuntoutussuunnitelmista on olemassa erilaisia versioita, jotka sisältävät mm toimintakyvyn kuvauksen, sosiaalisen tilanteen ja terapiat. Sairaaloissa, terveyskeskuksissa, hoitokodeissa tai jo kotona oleville potilaille ei järjestelmällisesti laadita kuntoutussuunnitelmaa. On organisaatioita, työyhteisöjä, joissa on käytössä liikuntasuunnitelma hoito- ja palvelusuunnitelmien lisäksi. Liikuntasuunnitelman laatiminen ja hyödyntäminen on kuitenkin vielä satunnaista. Vaarana on, että potilaan siirtymässä organisaatiosta toiseen kuntoutuminen jää kesken puutteellisen tiedon vuoksi.

Kuntoutussuunnitelma tulee laatia siinä organisaatiossa, jolla on potilaan hoito- ja kuntoutusvastuu. Kuntoutussuunnitelman laatiminen tulisi nähdä prosessina, jonka tavoitteena on saada aikaan yhteinen sopimus kuntoutuksen tavoitteista, keinoista ja arvioinnista. Kuntoutuksen lainsäädäntö edellyttää myös kuntoutujan ja /tai hänen omaisensa mukana oloa kuntoutuksen suunnittelussa. Kuntoutussuunnitelma tulee laatia kirjallisena. Kirjallista muotoa edellytetään laeissa, joissa suunnitelma on peruste etuuksien tai joidenkin palvelujen saamiselle. Kuntoutussuunnitelman sisältö määräytyy ensisijaisesti kuntoutusasiakkaan tarpeiden, organisaation toiminnan ja kuntoutussuunnitelman käyttötarpeen mukaan.

Kotiuttaminen ja kotona asuminen edellyttävät koko hoito- ja palveluketjun ja siinä mukana olevat toimijat toteuttamaan samoja, potilaan kanssa yhdessä laadittuja, suunnitelmia. Jotta tämä onnistuu mahdollisimman joustavasti ja aukottomasti, on tärkeää olla yhteinen malli kuntoutumissuunnitelmasta ja siihen kuuluvista tärkeistä osa-alueista. Tällä tavalla luodaan hyvä käytänne sille, että perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido ja yksityiset hoitokodit ja muut terveyspalveluja tuottavat tahot tukevat samalla tavalla kuntoutujaa ja tämän tavoitteita. Myös apuvälineiden lainaus ja asunnonmuutostyöt tulee olla organisoitu niin, että kaikilla hoitoon osallistuvilla tahoilla on tieto toimintaperiaatteista.

Kotihoito24 -hankkeen aikana on moniammatillisena yhteistyönä laadittu yhtenäinen malli potilaan kuntoutumissuunnitelmaksi. Sen käyttökelpoisuutta potilaan hoidon jatkuvuuden turvaamisen ja merkittävyyden kannalta on pilotoitu kolmen kuukauden ajan erikoissairaanhoidossa, terveyskeskuksissa, hoitokodeissa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Pilotoinnin perusteella kuntoutumissuunnitelmaa on pidetty tärkeänä ja merkittävänä kuntoutumisprosessin jatkuvuudelle. Kun suunnitelma on laadittu ja kirjattu huolellisesti yhdessä potilaan ja hänen omaisen kanssa, niin tällöin yhteistyö on onnistunutta ja tavoitteisiin sitouttavaa. Moniammatillisessa yhteistyössä ja tiedonsiirron jatkuvuuden turvaamisessa kuntoutumissuunnitelma on koettu merkittävänä. Sitä on pidetty myös hyvänä arviointivälineenä, yhteisen hoitolinjan muodostajana ja jatkokuntoutumista edistävänä. (Härkönen ym. 2010.) Tarkoituksena on, että hankkeessa laadittu ja pilotoitu kuntoutumissuunnitelma viedään sähköiseen Mediatri -potilastietojärjestelmään.

Apuvälinepalvelut ovat osa laajempaa kuntoutuspalvelua ja niiden suunnittelun ja seurannan tulee sisältyä kuntoutussuunnitelmaan aina, kun asiakas tarvitsee apuvälineitä. Apuvälinepalveluista tiedottamien on osa kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon tiedottamista. Tiedottamisen tavoitteena on, että kuntalaiset saavat riittävästi tietoa sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvistä apuvälinepalveluista ja siitä, mitä palveluja on saatavilla, mistä palveluja saa ja miten niihin hakeudutaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee osata ohjata apuvälineen tarvitsija sopivan palvelun ja sitä hoitavan ammattihenkilön luo.

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella on laadittu apuvälinepalveluiden alueellinen palvelusuunnitelma, jossa sovitaan mm. apuvälinepalvelujen työn- ja vastuunjaosta sekä alueella vallitsevista apuvälineisiin liittyvistä yhdenmukaisista käytännöistä. Kotihoito24 -hankkeen aikana on tullut ilmi, ettei apuvälinepalvelu ole aina tuttua edes päivittäin hoitotyötä tekeväälle henkilöstölle. Epäselvyyttä on mm. joutuuko apuvälineen tarvitsija maksamaan apuvälineistä ja mitä kautta apuvälineen lainaus tai hankinta tapahtuu. Mitkä ovat apuvälineiden saannin kriteerit ja minkälaisia apuvälineitä on olemassa. Myös keskussairaalan ja terveyskeskusten työnjako apuvälineasioissa ei aina ole selvä. Kotihoito24 -hankkeen aikana laaditaan kuntien organisaatioihin yhteistyössä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän apuvälineyksikön kanssa tiedotetta maakunnan apuvälinepalveluista sekä kootaan kuntien eri organisaatioiden apuvälineiden vastuuhenkilöt.

OMAISENA TERVEYDENHUOLLOSSA JA HÄNEN SAAMANSA TUKI

Omaisilla ja läheisillä on tärkeä merkitys perheen elämän muutostilanteissa, mm. perheenjäsenen sairastuessa. Terveystienhuollon toimintaympäristöt ja toiminta voivat olla omaisille outoja ja tuntemattomia, jolloin hän tarvitsee tietoa, tukea ja ohjausta. Omaisten merkitystä ja roolia tulee kehittää edistämällä omaisen/läheisen ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä. (Åstetedt-Kurki, Jussila, Koponen, Lehto, Maijala, Paavilainen & Potinkara 2008.)

Parhaimmillaan potilaan omainen/läheinen voi olla henkilökunnan kumppani, joka osallistuu potilaan hoitoon sopivassa määrin ja on tuki potilaalle (Åstetedt-Kurki ym. 2008). Tämä vaatii uutta ajatusmaailmaa, kulttuuria terveydenhuollossa. Myös omainen voi ajatella, että hän on toiminnan kohteena, tuettavana eikä aktiivisena toimijana, tämäkin on hyväksyttävää ja riittävää.

Tuettaessa omaista sairastunut saa paremmat mahdollisuudet selvitä kotona sairaudesta huolimatta. Omaisten tuki ei saa olla kuitenkaan erillinen, oma toiminta-alueensa. Tuen tavoitteena tulee olla sairastuneen omaisen kautta saama hyvä apu, hoito ja tuki. Ammatillisen hoitotyön lisäksi kotihoidon onnistumiseksi tarvitaan omaiselle kumppania, joka tuettuna selviytyy kuormittuneesta arjesta. Hän osaa, jaksaa ja motivoituu hoitavan omaisen tilanteeseen. Näin ajatellen omaisen tuki on osa hyvää kokonaisuhoitoa. Kumppanuusverkosto antaa mahdollisuuksia omaiselle saada tarpeidensa mukaista tietoa, ohjausta, hoitoapua, kodinhoitoapua, vertaistukea, virkistystä ja lepoa.

Pohjois-Karjalan maakunnan alueella on monipuolista ja aktiivista potilasjärjestötoimintaa, joiden toimintaedellytykset ovat vahvat ja kehittyvät (Yhteistä Hyvää 2007). Kotihoito24 -hankkeessa on tuotu tietoisuuteen potilasjärjestöjen monipuolisia toimintamahdollisuuksia (mm. ammatillisesti ohjattu ryhmä-, kurssi- ja vertais-toiminta, hyvien käytänteiden toteuttaminen verkostoyhteistyönä) ja edistetty verkostotoiminnalla kuntien julkisen terveydenhuollon toimijoiden, yksityisyrittäjien ja potilasjärjestöjen avointa, kumppanuuteen perustuvaa yhteistyötä.

Ympäri vuorokautisen kotihoidon haasteena ovat Pohjois-Karjalan alueella suuret välimatkat, puutteelliset asumismuodot ja vanhusväestön suuri määrä suhteessa monen kunnan muun ikäiseen väestöön. Yksityisiä palveluja on vielä vähän pienten kuntien alueella. Ympäri vuorokautisen kotihoidon järjestäminen taajama-alueen ulkopuolelle onnistuu vain, jos hoitojärjestelyihin saadaan omaiset mukaan yhteistyössä muiden palvelutuottajien, järjestöjen ja mahdollisen naapuriväestön kanssa. Kehittämällä omaisten tuen toimintamallia voidaan mahdollisesti välttää kotihoidossa olevan laitoshoidon joutuminen omaisen uupuessa, muuttuvassa hätä- tai kriisitilanteessa tai vaikka keinottomuuden vuoksi. Sairaus ei aina aiheuta laitoshoidon tarvetta, vaan laajempi kotihoito uhkaava tilannekokonaisuus. Kotihoito24 -hankkeessa on pidetty tärkeänä tunnistaa ne seikat, jotka vaikuttivat sairaalaan joutumiseen ja millä keinoin kotihoito mahdollistuu, mutta myös miten perhe/omainsen ”kannatellaan” tuen piiriin. Tärkeänä pidetään, että perhe/omainsen/läheinen on mukana laadittaessa hoito- palvelu- ja kuntoutussuunnitelmaa sekä kotiutus- ja arviointipalaverissa. Merkittävää on myös, että perheelle on nimetty omahoitaja/ammattihenkilö niin, että omainen tietää kenen puoleen kääntyä. Verkostoyhteistyötä on edistetty myös apteekin kanssa. Erityisesti muisti- tai monisairaana asiakkaan hoidossa apteekki on tarjonnut mahdollisuutena lääkehoidon kokonaisarviointia yhteistyössä lääkärin kanssa.

SAATTOHOITO KOTONA

Saattohoito on kuolemaa lähestyvän potilaan laadukasta hoitoa ja läheisten tukea sairauden viime vaiheissa, ennen kuolemaa ja kuoleman jälkeen. Saattohoidossa on keskeistä potilaan oireiden ja kärsimyksen lievitys. Saattohoito ei ole riippuvainen diagnoosista, mutta edellyttää potilaan kanssa tehtyä päätöstä saattohoitoon siirtymisestä. Saattohoidon lähtökohtana on potilaan etenevä parantumaton sairaus, johon ei ole tarjolla ennustetta parantavaan hoitoon tai potilas on kieltäytynyt siitä, ja jäljellä olevan elinajan arvioidaan olevan lyhyt. (ETENE 2003, Käypähoitosuositukset 2008, STM 2010.)

Saattohoitoa toteutetaan sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla, hoitokodeissa, saattohoitokodeissa sekä omissa kodeissa. Koti saattohoitoympäristönä edustaa potilaalle pysyvyyttä, mikä luo turvallisuuden tunnetta. Kotiympäristössä potilas voi kokea vapautta toimia sekä saada toiveensa ja tarpeensa paremmin huomioituksi.

Pohjois-Karjalassa saattohoidossa oleva potilas voi saada hoitoa kotonaan, julkisessa terveydenhuollon laitoksessa tai yksityisessä hoitokodissa. Saattohoitopainotteisia vuodeosastoja tai saattohoitokotia ei Pohjois-Karjalan alueella ole. Saattohoito kuuluu pääasiassa perusterveydenhuollon vastuulle, mutta tällä hetkellä saattohoitoja on myös erikoissairaanhoidon vuodeosastoilla. Ihanteellista on jos maakunnan alueella voidaan ulottaa kotisairaanhoidon-/tehostetun kotihoidon-/kotisairaalatoiminta myös vanhainkoteihin ja palveluasumisen yksiköihin, että saattohoidossa oleva potilas voi saada hoidon omassa tutussa hoitoympäristössä eikä tarvitse vaihtaa hoitopaikkaa viimeisinä elinpäivinä.

Pohjois-Karjalassa on saattohoitoa kehitetty mm. Palliatiivisen hoidon kehittämishankkeessa 2005–2007. Hankkeen aikana selkiytettiin saattohoidon käsitteitä ja vastuukysymyksiä sekä vahvistettiin saattohoidon osaamista verkostoyhteistyöllä sekä koulutuksen avulla. Hankkeen aikana kehitettiin saattohoitokäytänteitä ja luotiin potilaslähtöinen, omaisen tuen huomioonottava saattohoitomalli. lisäksi hankkeessa laadittiin useita työohjeita oireenmukaiseen hoitoon.

Kotihoito24 -hankkeessa on jatkettu edellisen hankkeen hyvien käytänteiden jalkauttamista arjen toiminnoiksi, mutta erityisesti on keskitytty kotisaattohoitojen kokonaisuuden organisointiin. Kotisaattohoidon järjestämisen aloittaminen perustuu potilaan tahtoon, myös omaisten mukaan tulo ja heidän tukeminen ovat tärkeitä tekijöitä (ks. Riikosen & Kouvalaisen artikkeli julkaisussa). Hankkeen aikana on luotu yhteisiä käytänteitä kotisaattohoidossa mukana olevien hoitoverkostossa toimivien tahojen kanssa. Toimintamalleja on laadittu ja hiottu erikoissairaanhoidon konsultaatiokäytänteistä sekä tukiosastotoiminnasta eri kunnissa. Pyrkimyksenä on, että organisaatioihin tai työyhteisöön saadaan nimettyä saattohoidosta vastaava hoitaja. Tarkoituksena on myös luoda kotihoidon saattohoidon malli toimintaohjeineen.

LÄHTEET

- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa – kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Stakes. Tutkimuksia 179. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino.
- Hirvonen, M. 2010. Kotisairaalaosaston hoidon ja jatkohoidon kehittäminen. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, Sosiaali – ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen.
- Härkönen, E., Karjalainen, T., Knuutila, L., Kouvalainen, T., Vihma, M. & Venejärvi, R. 2010. Kotihoito24 -toimintamallien pilotointi 1.2.–30.4.2010. Palauteraportti. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.
- Hyvä saattohoito Suomessa. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Joensuun seudun aluekeskusohjelma 2007–2010. Ohjelma-asiakirja. Joensuun Seudun Kehittämissyhtiö JOSEK. Joensuu.
- Käypähoitosuositus 2008. Kuolevan potilaan oireiden hoito. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/hoi50063#s1>. 8.11.2010.
- L169/2007. Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. Puitelaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169>. 20.10.2010.
- Laadukkaan kotihoidon mallin kehittäminen Pohjois-Karjalaan 2002–2004. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hankesuunnitelma 31.10.2001.
- Palliatiivisen hoidon kehittämishanke 2005–2007. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hankesuunnitelma 25.4.2005.
- POKAT 2010. Pohjois-Karjalan maakuntaohjelma 2007–2010. Pohjois-Karjalan maakuntaliitto. Julkaisu 99. Jyväskylä: Kopijyvä.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008a. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. Kaste-ohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Helsinki.
- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Kuopion yliopiston julkaisu E. yhteiskuntatieteet 171. Kuopio: Kopijyvä.
- Turunen M-S. 2007. Terveydenhuollon Pohjois-Karjalan mallin II-vaihe; erikoissairaanhoidon jälkeiset jatkohoitajärjestelyt. Loppuraportti. Pohjois-Karjalan sairaanhoito -ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2003. Saattohoito. ETENE julkaisu ja 8. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf. 8.11.2010.
- Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1060. Juvenes print. Tampere.
- Yhteistä Hyvää. Pohjois-Karjalan hyvinvointialan järjestöstrategia 2015. Pohjois-Karjalan maakuntaliitto. Julkaisu 106 2007. Joensuu: Kopijyvä.
- Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisen verkostoyhteistyönä 2008–2010. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hankesuunnitelma 16.6.2008.
- Åstedt-Kurki, P., Jussila, A-L., Koponen, L., Lehto, P., Maijala, H., Paavilainen, R. & Potinkara, H. 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELURAKENTEEN MUUTOSPROSESSISTA

Leena Laaninen

LIPERIN KUNNAN JA OUTOKUMMUN KAUPUNGIN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN YHTEISTOIMINTA-ALUE

Kunnissa eletään tällä hetkellä muutosten aikaa. Valtioneuvosto käynnisti keväällä 2005 PARAS-hankkeen kunta- ja palvelurakenteen uudistamiseksi. Kuntien vastuulla oleville palveluille halutaan turvata riittävän vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta, jotta kunnat voivat järjestää palvelut myös tulevaisuudessa.

PARAS- hanke mahdollistaa kuntaliitokset tai kuntien yhteistyön vähintään 20 000 asukkaan yhteistoiminta-alueina. Yhteistoimintaa sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan tehdä kuntayhtymän, vastuukunnan tai sosiaali- ja terveystoimen muodossa. Liperin kunta ja Outokummun kaupunki muodostavat puitelain mukaisen yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveyspalveluiden turvaamiseksi isäntäkuntamallin mukaisesti vuoden 2009 alusta (Outokummun kaupungin ja Liperin kunnan sosiaali- ja terveystoimen palvelustrategia vuosille 2009–2012).

Rakenteellisen ja taloudellisen perustan vahvistamisen lisäksi on valtakunnallisesti haluttu panostaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen sisältöön. Valtioneuvosto vahvisti sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (KASTE) 31.1.2008. Ohjelman haasteena on rakentaa asiakkaan kannalta aidosti yhtenäinen palvelukokonaisuus ja uudistaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita. Kuntien on tulevaisuudessa suunnattava olemassa olevia voimavaroja uudelleen ja kehitettävä vaikuttavampia toimintatapoja ja palveluja. Kaste -ohjelman päätavoitteita ovat:

- lisätä kuntalaisten osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä
- lisätä väestön hyvinvointia ja terveyttä, ja kaventaa samalla terveyseroja
- parantaa palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta, vähentää alueellisia eroja.

Riittävien ja laadukkaiden palvelujen turvaamiseksi tarvitaan kykyä ylittää kunnissa paitsi hallintokuntarajat, niin myös kuntarajat ja jopa maakuntarajat. Yhteistyö on tärkeää jo senkin vuoksi, että kuntiin saadaan päteviä työntekijöitä. Henkilökunnan rekrytointi korostuu suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtymisen myötä. Kunnallisten

palvelujen rinnalla saattaa yksityisten palvelujen kysyntä kasvaa maksukykyisten keskuudessa. Globalisaation myötä myös kansainväliset palvelujen tuottajat voivat tuoda palvelujaan Suomeen ja toisaalta esim. EU-kansalaisilla saattaa olla halukkuutta tulla Suomeen viettämään eläkepäiviään yksityisten tai julkisten palvelujen piiriin.

LIPERIN KUNNAN JA OUTOKUMMUN KAUPUNGIN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN YHDISTYMINEN

Liperin kunta ja Outokummun kaupunki käynnistivät laajan sosiaali- ja terveystoimen yhteistyön vuonna 2005. Yhteistyön avulla voidaan turvata sosiaali- ja terveyspalvelut nykyistä rakennetta paremmin. Tavoitteena on palvelujen saatavuuden turvaaminen ja päällekkäisyyksien poisto sekä palvelu- ja hoitoketjujen sujuvuuden varmistaminen. (Outokummun kaupungin ja Liperin kunnan sosiaali- ja terveystoimen palvelustrategia vuosille 2009–2012.)

Valtuustot päättivät 18.12.2006 pidetyissä kokouksissaan yhteistyön organisoitavaksi kuntalain (L365/1995) tarkoittaman ns. isäntäkuntamallin, eli palvelutuotannosta vastaa yhteinen toimielin. Kyseinen organisoitimuoto on myös kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annettavan puitelain (169/2007) mukainen. Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin yhteisen sosiaali- ja terveystoimen palvelut on tuotettu isäntäkuntamallin mukaisesti 1.1.2009 alkaen. Isäntäkuntana toimii Liperin kunta ja palvelujen tuottamista varten perustettiin yhteinen sosiaali- ja terveyslautakunta, johon valittiin jäsenet kummastakin kunnasta. Vuoden 2009 alusta Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen henkilöstö siirtyi Liperin kunnan palvelukseen liikkeen luovutussäännösten mukaisesti. Näin syntyi noin 400 henkilön sosiaali- ja terveystoimen työyhteisö.

YHTEISTOIMINNASTA YLEISESTI

Sosiaali- ja terveystoimen visiona on, että vuoteen 2015 mennessä Outokummun kaupungin ja Liperin kunnan väestöt saavat sosiaali- ja terveyspalveluja tasavertaisesti asuinpaikasta riippumatta, sosiaali- ja terveyspalvelut tuotetaan laadukkaasti ja asiakaslähtöisesti ja yhteinen laatujärjestelmä on käytössä. Outokummun kaupungin ja Liperin kunnan sosiaali- ja terveyspalvelujen strategiset painotukset vuosien 2009–2012 aikana ovat lasten, nuorten ja perheiden hyvinvointi, iäkkäiden hoidon ja hoivan kehittäminen sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen. Ensimmäistä toimintavuotta leimasi vahvasti palvelutuotannon ja toimintakulttuurien yhtenäistämistyö. Suurelta osin on luotu yhtenäiset käytänteet ja palvelujen antamisen kriteerit, millä on edistetty tasavertaisten palvelujen toteutumista väestölle. Yhteistoiminnan tavoitteena on turvata laadukkaat, kattavat ja taloudelliset palvelut. Palvelurakenteen kehittämisen ja muutoksen tueksi käynnistettiin palvelurakennetyöryhmä, jossa on yhteislautakunnan, viranhaltijoiden, henkilöstön ja Polvijärven virkamiesedustus. Palvelurakennetyöryhmän tehtävänä on ollut arvioida nykyistä palvelurakennetta ja laatia ”Palvelurakennesuunnitelma vuoteen 2015”. Palvelurakennemuutoksen mukaisesti palvelurakennetta on tarkasteltu laitoshoidon vähen-

tämisen, ostopalvelua omaksi toiminnaksi ja palvelujen keskittämisen näkökulmista. Lisäksi yhtenä painopisteenä on tarkasteltu palvelujen järjestämisen uusia muotoja. Palvelurakennetyö liittyy kiinteästi talouden tasapainottamiseen Liperissä ja Outokummussa.

Ensimmäisen toimintavuoden aikana käynnistyi myös laadunhallintatyöskentely ja käyttöön otettiin SHQS laatuohjelma. Syksyllä 2009 aloitettiin ensimmäiset menetelmäkoulutukset, jotka jatkuivat kevään 2010 aikana. Tavoitteena on, että sisäinen auditointi on tehty vuoden 2012 alkuun mennessä.

Outokummun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen henkilöstön siirryttyä Liperin kunnan palvelukseen on hiottu yhteisiä pelisääntöjä ja käytäntöjä. Isommat toimintayksiköt ja sitä kautta kollegiaalinen tuki on koettu myönteiseksi. Yhteistoiminnan käynnistyttyä työntekijöiden perustyö ei ole pääosin muuttunut, mutta samanaikaisesti useiden uusien ohjelmistojen käyttöönotto on vaatinut aikaa. Erityisesti uuden potilastietojärjestelmä Mediatriin sisäänajo hidasti alkuun käytännön toimintaa.

Yhteistoiminnan aikana asiakasyhteydenotot palveluiden saatavuudesta tai toimivuudesta eivät ole lisääntyneet, joten voidaan arvioida, että palvelujen järjestämisessä on onnistuttu. Lisäksi yhteistoiminnan avoimna oleviin virkoihin/tehtäviin on ollut paljon päteviä hakijoita, mikä kertoo yhteistoiminta-alueen vetovoimaisuudesta työnantajana.

Tällä hetkellä sosiaali- ja terveystoimen palveluja tuotetaan neljässä toimipisteessä; Liperin keskustassa, Ylämyllyllä, Viinijärvellä ja Outokummussa. Organisatorisesti sosiaali- ja terveystoimi on jaettu neljään tulosalueeseen: hallinto, terveystoimi, vanhuspalvelut ja sosiaalipalvelut.

Yhteistoiminnan hallinnointi ja sen tuomat vaateet ovat olleet haasteellisia kaikilla tasoilla. Talouteen liittyvät asiat ovat yhteistoiminnassa monimuotoisia ja hallinnointiin liittyvien asiakirjojen määrä on ollut merkittävä.

TERVEYSPALVELUT

Terveystoimien tulosalueella suurin palvelurakenteeseen liittyvä haaste on väestön palvelutarpeen mukainen palvelujen keskittäminen. Vuoden 2009 aikana toteutettiin kustannusvaikuttavuusanalyysi, joka tuki merkittävästi palvelujen keskittämiseen liittyviä ratkaisuja. Yhteistoiminnan puitteissa on pystytty hoitamaan outokumpulaisia potilaita myös Liperin terveyskeskussairaalaan, joiden osalta muutoin olisi voinut kertyä erikoissairaanhoidon jonopäiviä. Ympäristöterveydenhuollon käytännön toiminnassa yhteistyön hyöty näkyy lähinnä lyhyiden sijaisten sisäisenä järjestymisenä. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa sekä terveysneuvonnassa työmääriä on pystytty tasaamaan Liperin ja Outokummun välillä. Pienet, muutaman työntekijän yksiköt ovat kokeneet isommaksi muuttuneen työyhteisönsä antoisaksi.

Outokummun mallin mukaisesti aloitettiin Liperin alueella tehtävien siirrot (terveydenhoitajat, sairaanhoitajat) sekä diabeteksen hoidon ja ennaltaehkäisyn kehittäminen. Lääkäreiden vastaanotoilla ja neuvolassa on aloitettu pienimuotoisena sähköinen ajanvarauskokeilu, joka on laajentunut käsittämään myös Marevan lääkehoitoa saavien potilaiden tiedonsaannin sähköisesti kotikoneelta omista verikoetuloksista

ja niitä koskevista ohjeista. Liperin ja Outokummun hammashuollossa on yhteinen ajanvarausjärjestelmä. Loma-ajan hammashuollon päivystyspotilaita voidaan ohjata naapurikuntaan mm. lomajärjestelyjen takia. Henkilöstön yhteiskäyttö kunnasta toiseen on mahdollistunut esimerkiksi sijaisuuksien osalta.

VANHUSPALVELUT

Liperin kunta ja Outokummun kaupungin yhteinen vanhuspoliittinen strategia vuosille 2008–2015 hyväksyttiin vuoden 2008 syksyllä. Vuosien 2009 ja 2010 aikana vanhuspalveluissa on edetty hyväksytyyn strategiaan ja valtakunnallisten linjausten mukaisesti. Merkittävin kehittämisen painopiste on ollut laitoshoidon vähentäminen. Liperin vanhainkodissa muutettiin 25 paikkaa ja Outokummun vanhainkodissa 12 paikkaa laitoshoidosta tehostetun palveluasumisen käyttöön. Outokummussa laitoshoitopaikkojen vähentäminen 15:llä jatkuu vuoden 2011 aikana. Lisäksi on käynnistetty uuden 12-paikkaisen tehostetun palveluasumisen yksikön sekä pienryhmäkotien (noin 25 paikkaa) suunnittelu Outokumpuun. Erityisesti pienryhmäkodit tukevat valtakunnallisia kehittämisen linjauksia, joiden tavoitteena on edistää uusia asumisen ratkaisuja ja luopua samalla laitospainotteisista vanhuspalveluista.

Vanhuspalveluissa on käynnistetty neuvontakeskustoiminta. Yhden numeron puhelinneuvonta alkoi vuoden 2009 loppupuolella. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit 75 vuotta täyttäneille on pystytty turvaamaan ja järjeistämään yhteistoiminnan myötä. Liperissä valmisteltiin vanhusten päiväkeskustoimintaa siten, että toiminta pystyttiin aloittamaan heti vuoden 2010 alusta alkaen. Myös omaishoitajien ja hoitettavien ryhmämuotoinen toiminta on tukenut omaishoitajia jaksamaan arjessa. Liperissä järjestöjen kanssa on tehty yhteistyötä erityisesti monipuolisen kaikille avoimen päivätoiminnan järjestämiseksi. Outokummussa Kyykerin innovaatiokylätalon kanssa on tehty yhteistyötä avoimen päivätoiminnan järjestämisestä parempikuntoisille vanhuksille. Tasavertaisten palvelujen saamisen turvaamiseksi ja palvelujen oikean hoidonporrastuksen turvaamiseksi kotipalveluasiakkaiden palvelusuunnitelmat avattiin ja arvioitiin uudelleen palvelujen tarve. Liperissä käynnistettiin myös SAS (suunnittele, arvioi, sijoita)-monitoimijaiset palaverit oikean hoidonporrastuksen tueksi. Palveluseteli otettiin käyttöön kotiin annettavissa palveluissa syyskuussa 2010. TAK-asiakaspalautejärjestelmä on myös käytössä laajasti vanhuspalveluissa.

Vanhuspalvelujen kehittämistä omalta osaltaan on tukenut eri hankkeissa mukana oleminen, kuten valtakunnallinen Vanhus-Kaste-, maakunnallinen Kotihoito24- ja eOsmo-hankkeet.

KOTIHOITO24 –HANKE

Yhteistoiminta-alueella on oltu mukana Kotihoito24-hankkeen kolmessa osahankkeessa: kotiuttamisprosessin kehittäminen, omaisten tuen kehittäminen ja saattohoidon kehittäminen. Kotiuttamisprosessin pilotoinnin tuloksena todettiin, että asiakkaat tarvitsevat lisääntyvässä määrin kotihoidon palveluita ja ateriapalvelua. Lisäksi apuvälineiden ja lääkkeiden annosjakelun tarve lisääntyvät. Tuloksena oli, että

asiakkaan kotiutuksessa tulee kiinnittää huomiota jatkohoito- ja kotiuttamisohjeiden antamiseen ja saamiseen sekä siihen, että hoito- ja palvelusuunnitelmapalaverit tulee pidetyksi mahdollisimman hyvissä ajoin. (Härkönen, Karjalainen, Knuuttila, Kouvalainen, Vihma & Venejärvi 2010.)

Omaisten tuen kehittämisen osahankkeessa pilotointi tehtiin järjestyhteistyönä. Omaisten huomioon ottaminen on noussut tärkeäksi. Omaishoitajien ja läheisten/perheen tuen tarve on korostunut erityisesti muistiasiakkaiden, kuntoutusasiakkaiden ja palliatiivisessa hoidossa olevien potilaiden kohdalla. (Härkönen ym. 2010.)

Kotisaattohoidon pilotoinnin tuloksena oli, että kotisaattohoito koettiin tarpeelliseksi niille potilaille ja perheille, jotka ovat siihen valmiita. Hoitajien kokemukset olivat pääasiassa hyviä ja asiakkaat/potilaat omaisineen olivat tyytyväisiä saadessaan saattohoidon kotiin. Jatkossa pidetään tärkeänä lääkäreiden osallistumista kotisaattohoitoon ja paneutumista sen kehittämiseen. (Härkönen ym. 2010.)

SOSIAALIPALVELUT

Ensimmäisenä yhteisenä toimintavuotena sosiaalipalveluissa on panostettu erityisesti esimiestyöhön. Kaikkia sosiaalipalvelujen osa-alueita (lastensuojelu, aikuissosiaalityö, vammaispalvelut, vanhusten sosiaalityö) on kehitetty ja lisätty. Outokummussa uuden lastensuojeluyksikön, kunnallisen lastensuojelulaitoksen suunnittelu käynnistettiin, tehtiin henkilöstövalinnat ja toiminta päästiin käynnistämään keväällä 2010.

Uuden päihde- ja mielenterveyskuntoutujien työ- ja päivätoiminnan yksikön, Vaskikammarin toiminta käynnistyi Outokummussa. Vaskikammarin toiminnalla pyritään vaikuttamaan muun muassa asumispalvelujen ostojen hillitsemiseen sekä vähentämään mielenterveyskuntoutujien kotiohjausta erikoissairaanhoidosta. Tavoitteena on, että kotiohjaus hoidetaan omana toimintana tulevaisuudessa. Outokummussa päihdepalvelujen tarve on huomattava ja asunnottomuus lisääntynyt.

Kehitysvammaisten työ- ja päivätoiminnassa sisällöllistä kehittämistä on tehty paljon mm. lisätty kotiohjausta. Laitoshoitoa on saatu purettua kehitysvammaisten asumispalveluissa. Perheneuvolan omaa toimintaa on vahvistettu siirtämällä puhe- ja toimintaterapiapalveluita omaksi toiminnaksi. Toimintaterapian oma toiminta alkoi näkyä heti kustannusten pienenemisenä.

Yhteenvetona voi todeta, että niin palvelujen määrälliseen kuin sisällölliseen kehittämiseen on ollut hyvät mahdollisuudet ja palvelurakennetta on kehitetty valtakunnallisten suuntaviivojen ja paikallisten tarpeiden mukaisesti. Kehittämistyön haasteena on palvelutason ylläpitäminen ja väestön ikärakenteen mukanaan tuomat palvelutarpeet ja niihin vastaaminen. Yhteistoiminta-alueella on paljon hyviä käytäntöjä, joita on pystytty hyödyntämään molemmin puolin. On hienoa todeta, että yhteistyö on ollut pitkälti toinen toista tukevaa ja voimaannuttavaa.

LÄHTEET

- Härkönen, E., Karjalainen, T., Knuuttila, L., Kouvalainen, T., Vihma, M., Venejärvi, R. 2010. KOTIHOITO24 –toimintamallien pilotointi 1.2-30.4.2010. Palauteraportti. Kevät 2010. L365/1995. Kuntalaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1995/19950365>. 20.10.2010.
- L169/2007. Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta. Puitelaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070169>. 20.10.2010.
- Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin vanhuspoliittinen strategia vuosille 2008–2015. http://www.liperi.fi/fi/document.cfm?doc=show&doc_id=2077. 20.10.2010.
- Outokummun kaupungin ja Liperin kunnan sosiaali- ja terveystoimen palvelustrategia vuosille 2009–2012. http://www.liperi.fi/fi/document.cfm?doc=show&doc_id=1559. 20.10.2010.
- Sosiaali- ja terveysministeriö.2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. Kaste-ohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Helsinki.

KOTISAIRAALATASOISEN HOIDON JA JATKOHOIDON KEHITTÄMINEN

Mari Hirvonen

Artikkeli perustuu ylemmän ammattikorkeakoulututkintoni opinnäytetyöhön **Kotisairaالاتasoisen hoidon ja jatkohoidon kehittäminen**. Opinnäytetyössä tarkastelin kotisairaالاتasoista hoitoa ja jatkohoidon toteutusta sekä sovelsin käytänteitä Pohjois-Karjalan alueelle. Opinnäytetyö toteutui itsenäisenä tutkimuksena, mutta oli Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hankkeen toimeksi antama.

Kotona asumista edistävien hoidon palvelurakenteiden ja kotihoidon ympärivuorokautisen toteutuksen kehittäminen on keskeistä kansallisessa sosiaali- ja terveysalan palvelumuutoksessa. Vanhusten ja kotonaan hoitoa saavien terveydenhuollon asiakkaiden itsenäistä selviytymistä ja kotona asumista on mahdollista parantaa heidän elämänlaatuun ja vuorovaikutuksen mahdollisuuksiaan parantamalla. Kotisairaالاتasoisen hoito ja kotiutustiimitoiminta ovat meillä Suomessa uudehkoja mutta monin paikoin voimakkaasti kehittyviä palvelumalleja. Kotisairaالاتasoista hoitoa ja kotiutustiimitointaa voidaan pitää niin sanottuina peruserikoissairaanhoidon palveluina, joiden tehtävänä on edistää erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapintojen toimivuutta (Itä- ja Keski-Suomen aluejohtoryhmä 2009, 20). Kotisairaالاتasoisen hoito ja kotiutustiimitointa mahdollistavat perinteistä palveluiden järjestämisen tapaa paremman joustavuuden ja liikkuvuuden hoidon toteutuksessa. On sekä potilaan että hoitavan tahon etu, että oikeat asiat hoidetaan oikea-aikaisesti ja tarkoituksenmukaisessa paikassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008 ja 2010.)

KOTISAIRAALATASOINEN HOITO

Kotisairaالاتasoisella hoidolla tarkoitan kaikkia eri tavoin organisoituja ja toteutettuja kotisairaala- ja tehostetun kotihoitotoiminnan muotoja. Kotisairaالاتasoisen toiminta organisoituu Suomessa sekä varsinaisina kotisairaaloina että kunnallisen kotihoidon tapaan toteutetusti esimerkiksi tehostettuna kotihoitona. Kotisairaالاتasoisen hoidon palvelut edistävät parhaillaan potilaan toimintakyvyn ylläpitämistä ja kuntoutumista. Omassa kodissaan potilailla on sairaalahoitoon verrattuna paremmat mahdollisuudet normaaleihin sosiaalisiin suhteisiin sekä toisaalta yksityisyyteen. Hoidon ympäristönä toimiessaan potilaan oma koti ja omaiset antavat palvelu- ja hoitotoiminnalle aivan oman erityisluonteensa. Omaiset ovat hoitohenkilöstölle hyvin tärkeitä yhteistyökumppaneita hoidon toteutuksessa. Kotisairaالاتasoisen hoidon tarkoituksena on yleensä vastata potilaan välittömään sairaalahoidon tarpeeseen tai

potilaan vähenevään sairaanhoidolliseen tarpeeseen esimerkiksi erikoissairaanhoidosta kotiuduttaessa. Kotisairaالاتasoisen hoidon käyttöaiheena mainitaan usein myös potilaan sairaalaan joutumisen estäminen tai nopean kotiutumisen edistäminen. (Jester & Turner 1998,1; Liikka 2006, 9; Saarelma 2005, 203; Sariola 2001, 1874; Visakorpi 2002.)

Kotisairaالاتasoista hoitoa kotonaan saava potilas on siinä määrin sairas, että hänen hoitonsa olisi muutoin toteutettava perinteisesti sairaalassa. Kotisairaالاتasoisen hoito onkin nähtävä vaihtoehtona sairaalassa toteutettavalle hoidolle. Hoito perustuu aina potilaan halukkuuteen tulla hoidetuksi kotonaan ja edellyttää potilaalta kykyä sitoutua hoidon arkiseen toteutukseen. Kotisairaالاتasoista hoitoa toteuttavat tiimit hyödyntävät toiminnassaan uudenlaisia palvelumuotoja kuten sairaanhoitajan iltakäyntejä tai potilaiden voinninseurantakäyntejä. Kotisairaالاتasoisen hoidon tiimit osallistuvat mahdollisuuksiensa mukaan myös potilaidensa kotiutusjärjestelyihin (esim. saattohoitopotilaiden siirtymässä kotihoitoon). Lisäksi näiden palveluiden avulla voidaan luoda tervetulleita mahdollisuuksia niiden potilaiden hoidon toteutukseen, jotka kärsivät hoitopaikan vaihdosten aiheuttamista muutoksista: Kotisairaالاتasoista hoitoa toteutetaan usein palvelutaloissa, dementia kodeissa ja kehitysvammalaitoksissa (myös Jester & Turner 1998, 2). Myös lastaan kotona hoitavat vanhemmat tai omaishoitajat hyötyvät kotisairaالاتiimin palveluista.

Tavallisimmin kotisairaالاتasoisen hoito on infektio potilaiden hoitoa (suonensisäisten antibioottihoitojen toteutus), anemian hoitoa veritiputuksin, saattohoitopotilaiden hoitoa ja esim. lääkityksen tasapainotuksen vuoksi tarkkaa seuranta vaativien potilaiden hoitoa (myös Liikka 2006, 6; Visakorpi 2002). Vaikka hoito viedäänkin potilaan kotiin, voidaan hoidon toteutuksissa hyödyntää myös terveyspalveluiden perinteisiä rakenteita kuten lääkärin vastaanottoa terveyskeskuksessa. Potilaan hoidon tarpeen ajantasainen arvioiminen on olennaisen tärkeää hoidon toteutuksen kannalta. Hoidon toteutus riippuu käytännössä aina myös käytettävissä olevista resursseista.

JATKOHOIDON KEHITTÄMINEN JA KOTIUTUSTIIMITOIMINTA

Kotiutumiseen ja potilaiden jatkohoidon järjestämiseen liittyviin haasteisiin vastataan monin paikoin kotiutushoitajakäytänteitä tai kotiutustiimitoimintaa kehittämällä. Varsinaisen kotiutustoiminnan lisäksi eri toimijoiden välisen yhteistyön laadun parantaminen on tärkeää. Kotiutustiimitoiminnan keskeisimmät periaatteet liittyvät kotiutumisen ja kotiutuvan asiakkaan turvallisuuden kokemuksen parantamiseen hänen omaa selviytymistään, kuntoutumistaan ja toimintakykyään tukemalla. Toiminnassa tavoitellaan järjestelyvaraa ja valmiutta kyetä hoitamaan asiakkaiden hoidon siirtymävaiheiden haasteet ajantasaisesti. Kotiutustiimit toimivat myös eri hoitopaikkojen välistä liikkuvuutta parantavina palvelumuotoina. Aito asiakaslähtöisyys on toiminnassa erittäin tärkeää. Kotiutustiimit toimivat monin paikoin itsenäisinä palvelumuotoina tai kotisairaالاتasoisen hoidon toteutuksen rinnalla, mutta ne ovat yleisesti kunnallisia palveluita. Toiminta ei ole kotisairaالاتasoisen hoidon tapaan varsinaisesti sairaanhoidollista, vaan kotiutustiimit tukevat kotiutuvaa asiakasta mm. kotiutumiseen liittyvien asioiden järjestelyssä ja olemalla kaikkina vuorokaudenaikoina

vaivattomasti saatavilla. Pelkkä mahdollisuus nopeaan avun saamiseen näyttää luovan kotiutuvien asiakkaiden tarvitsemaa turvaa. Kotiutustiimien palveluista hyötyvät kokemusten perusteella erityisesti haasteelliset kotiutujat, jotka ovat vaarassa laitostua kotona kokemansa turvattomuuden vuoksi (myös Koponen 2003, 116–117).

Kotiutustiimit hoitavat asiakastaan jopa pari viikkoa tämän kotiutumisen jälkeen, ja jos asiakkaan hoidon tarve jatkuu vielä tämän jälkeen, voidaan hoito siirtää esimerkiksi kotihoidon aluevastuisille tiimille. Kotiutustiimitoimintaan liittyvät kokemukset ovat vakuuttavia: Vain harva kotiutustiimin tuella kotiutunut palaa sairaalaan. Kotiutustiimien ennakoidaan vastaavan tulevaisuudessa jossain määrin myös asiakkaiden hoidon tarpeen arvioimisen asiantuntijatehtävistä esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä.

Hoidon toteutus asiakkaan kotona on palveluiden järjestämisen näkökulmasta paljon enemmän kuin tekijöidensä summa. Kotisairaalasoinen hoito ja kotiutustiimitoiminta tarvitsevat ympärilleen moniammatillisen, nykyaikaisen ja eheän palveluverkon, jossa eri tahot toimivat hyvässä keskinäisessä yhteistyössä. Ainakin yksityiset palveluntuottajat ja järjestötoimijat, yhdistykset ja seurakunnat toimivat tavallisesti läheisessä yhteistyössä kunnallisten kotihoidon palveluiden kanssa. Kotihoidon paikallinen toteutus noudattelee parhaillaan Tepposen (2009, 136) väitöskirjassaan esittämän kotihoidon laajan toteutuksen kuvaa: Kotihoito sisältää henkilökohtaisen hoivan, kodinhoidon palveluiden ja sairauden hoidon palveluiden lisäksi hoidon ennakoidun ja ennaltaehkäisevän tuen palveluita, tukipalveluita, gerontologisia sosiaalityön palveluita, kuntoutuspalveluita, palveluiden ympärivuorokautisen saatavuuden, kotiutumisen palveluita sekä tehostetun kotihoidon palveluita.

Kotihoidon toteutuksen tueksi kaivataan nykyistä vaivattomampia eri toimijoiden välisiä konsultaatio- ja yhteistyökäytänteitä. Myös lyhytaikaishoivan parempi saatavuus edistäisi monin paikoin kotihoidon mielekästä toteutusta. Erilaiset omaishoitajan lyhytaikaisen sijaistamisen mahdollisuudet ja kotihoidon asiakkaiden tilapäishoitopalvelut vastaavat asiakkaiden tarpeeseen. Kotihoidossa kaivataan myös kuntoutumisen ja fysioterapian nykyistä parempaa saatavuutta.

Alueellisen palvelunohjauksen tehtävänä on hallita kotihoidon palveluiden laajaa kokonaisuutta ja räätälöidä tarvittavat palvelut yksilöllisesti kotihoidon asiakkaille. Jos asiakas ei ole oikeutettu kunnalliseen palveluun, palvelunohjauksien tulisi hyödyntää tarjonnassaan avoimesti muita palveluvaihtoehtoja. (Mäkinen, Valve, Pekkarinen, Mäkelä 2006; Voutilainen, Raassina & Nyfors 2008). Kotihoidon palvelukokonaisuuden ja siihen liittyvien kustannusten hallinta helpottuu kun asiakkaille järjestettävät palvelut perustuvat kattavaan ja totuudenmukaiseen palvelusuunnitelmaan. Palveluiden asiakaslähtöinen tarjoaminen paitsi parantaa hoidon laatua, mutta tulee yhteiskunnalle edullisemmaksi kuin kaikille samansisältöinen palvelu (Voutilainen ym. 2008, 18). Palvelusuunnitelmassa tulee kyetä myös ennakoimaan asiakkaan tulevaa hoidontarvetta. Asiakkaiden hoidon tarvetta ennakoivaa ja ennaltaehkäisevää työtä voidaan pitää suoranaishoidon edellytyksenä hoidon palvelurakennemuutoksessa menestymiselle.

KOTIHOIDON PALVELUIDEN KEHITTÄMISESTÄ

Kotisairaالاتasoinen hoitotoiminta tai kotiutustiimitoiminta käynnistyy käytännössä monessa kunnassa oman organisaation voimin ja ilman ulkopuolista rahoitusta. Toimintaa kehitetään tiiviissä yhteistyössä muiden alueellisesti toimivien sosiaali- ja terveysalan palveluntuottajien kanssa. Henkilöstö on avainasemassa pohdittaessa sitä, kuinka hoidon toteutusta voidaan kehittää ja hoidon laatua parantaa. Käyttöön otettujen toimintatapojen kriittistä tarkastelua varten laaditaan arviointi- ja päivityssuunnitelmat. Palveluiden toimivuutta taas arvioidaan sekä koko sosiaali- ja terveyspalveluiden kannalta että palveluja käyttävän asiakkaan näkökulmasta.

Kotihoidon kehittämistä ei voida perustella yksin kustannustekijöillä, eikä pitkällekkään resurssoitu kotihoito ei ole kaikille potilaille tai kaikkiin tilanteisiin sopiva ratkaisu. Kotisairaالاتasoisesta hoitoa on tutkittu varsinkin kustannustehokkuuden ja asiakastyytyväisyyden näkökulmista. Kotisairaالاتasoisien hoidon liikkuva ja vaihteleva toteutus vaikuttaa hoidon kokonaiskustannusten koostumiseen siten, ettei palveluita voida tuottaa yksiselitteisesti tai merkittävästi perinteistä hoitoa halvemmalla (Andersson ym. 1999; Shepherd ym., 2008). Sen sijaan kotisairaالاتoiminnan hoidon laatu korostuu tutkimuksissa sekä potilaiden että omaisten kokemana. Myös henkilöstö on kotisairaالاتasoisessa hoidossa tutkitusti varsin tyytyväistä. (Andersson ym. 1999, 22; Liikka 2006, 11; Shepherd ym. 2008; Visakorpi 2002, 96). Perinteisen sairaalahoidon ja kotisairaالاتasoisien hoidon vertaileminen onkin mielekästä juuri hoidon laatua tarkasteltaessa.

Kaikessa asiakkaan kotona toteutettavassa hoidossa on pyrittävä arvioimaan sekä hoidon turvallisuutta että asiakkaan kotonaan kokemaa turvallisuutta. Asiakkaan kokemana turvattomuus kuuluu yleisesti kotihoidon keskeisimpiin haasteisiin. Omaiselle kotisairaالاتasoinen hoito taas voi muodostua varsin kuormittavaksi. Kotisairaالاتasoisien hoidon ei katsotakaan soveltuvan vakavasti muistisairaille yksin asuville tai henkilöille, jotka eivät kykene sitoutumaan hoitoon. Hoidon toteutusta tulee aina arvioida yksilöllisesti asiakkaan lähtötilanteesta ja elämänlaatutekijöistä käsin. Kotihoidon asiakkaiden ja heidän omaistensa kokemana hoidon laatu on sidoksissa kotihoidon yleiseen arvostukseen, jota taas voidaan pitää edellytyksenä kotihoidon palveluiden laajamuotoiselle yleistymiselle tulevaisuudessa.

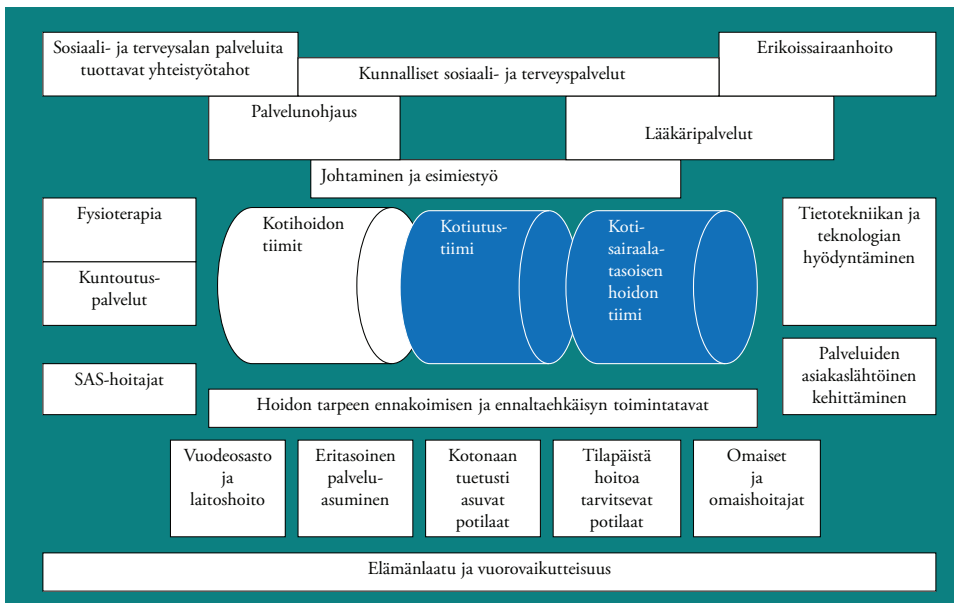
Opinnäytetyöni sisältö tiivistyy Kotisairaالاتasoisien hoidon ja jatkohoidon toteuttamisen alueelliseen malliin. Malliin liittyvä kuvio 1. on esitetty tämän artikkelin lopussa. Mallissa kotisairaالاتasoinen hoito ja kotiutustiimitoiminta toteutuvat rinnakkain perinteisen kotihoidon kanssa kunnallisessa sosiaali- ja terveystoimessa. Palvelut rinnakkaisesti toteuttamalla voidaan parantaa henkilöstön keskinäisen yhteistyön toteutumista ja hoidon resurssien käyttöä. Hoidon vieminen asiakkaan kotiin on sekä hänen itsensä että palveluiden järjestäjän kannalta mielekästä, kun potilaan elämänlaatuun ja elämän vuorovaikutteisuuteen liittyvät tekijät ovat kunnossa. Kotihoidon asiakkaan tilanteen ja hoidon tarpeen muuttuessa myös palvelua pitää pystyä mukauttamaan joustavasti. (Hirvonen 2010, 70–75).

Kotisairaahoito, kotiutustiimi ja kotisairaالاتasoisien hoidon tiimi hyödyntävät mallissa alueen lääkäripalveluita, palvelunohjausta, kuntoutus- ja fysioterapiapalve-

luita sekä tietoteknisiä palveluita kuten alueellisesti yhteistä potilastietojärjestelmää. Kunnallisissa palveluissa tehdään läheistä yhteistyötä muiden sosiaali- ja terveystalouden palveluita tuottavien yhteistyötahojen kanssa. Erikoissairaanhoidon kanssa tehtävä yhteistyö muodostuu varsinaisen potilastyön lisäksi aktiivisesta potilasprosessien kehittämistyöstä. Ensisijaisesti kuntien ja erikoissairaanhoidon välillä tulisi kehittää potilaiden hoidon sujuvuuteen ja turvallisuuteen, hoidon tarpeen ennakoimiseen ja ammattiryhmien väliseen sujuvaan konsultoimiseen liittyviä käytänteitä. (Hirvonen 2010, 70–75).

Kotisairaalasosien hoidon ja kotiutustiimitoiminnan tulevaisuuden kehittämishaasteina on nähtävä tällä hetkellä jäsentymättömän peruserikoissairaanhoidon tulevaisuuden merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjako näiden palveluiden alueellisessa kehittämisessä ja ylläpitämisessä on epäselvä. On ennakoitu, että myös terveyspalveluiden asiakkaat ovat tulevaisuudessa valmiita panostamaan entistä enemmän laadukkaaseen palveluun. Tämä vaikuttaa todennäköisesti parhaillaan muotoutuvaan palveluympäristöön ja jääkin nähtäväksi, kuinka merkittäväksi yksityis- ja järjestösektorin osuus palveluissa muodostuu. Tulevaisuuden terveyspalveluiden toteutukseen vaikuttavat mitä suurimmassa määrin ainakin lainsäädännölliset ja palveluiden kustannusten jakautumiseen liittyvät tekijät.

Terveydenhuollon organisaatioiden muutoskyvyttömyys tai johtamisongelmat vaikuttavat helposti kotisairaalasosien hoidon kaltaiseen, tekijänsä näköiseksi muodostuvaan ja jopa innovatiivisuutta vaativaan hoidon toteutukseen. Kotihoidon uudistaminen vaatii ennakkoluulotonta ja jopa kokeilevaa tapaa johtaa sosiaali- ja terveyspalveluita. Kehittämistyötä johtavalta esimieheltä vaaditaan kotihoitotoiminnan kokonaisuuden hallinnan taitoja, sillä uuden palvelun käyttöönottovaiheessa kustannukset saattavat pyrkiä tilapäisesti nousemaan. Myös osaavan henkilöstön saatavuus vaikuttaa olennaisesti palveluiden toteutukseen kaikkialla sosiaali- ja terveystoimessa. Hyvät kokemukset palveluiden toimivuudesta ja asiakaslähtöisyydestä saattavat houkutella myös henkilöstöä työskentelemään kotihoidossa. Uudistuvat kotihoidon palvelut mahdollistavat joka tapauksessa henkilöstölle työskentelyn osaamista hyödyntävissä ja haasteellisissa hoitotyön tehtävissä.



Kuvio 1. Kotisairaala- ja jatkohoidon kehittämisen alueellinen malli

LÄHTEET

- Andersson, A., Beck-Friis, B., Britton M., Carlsson P., Fridegren, I., Fürst, C-J., Strang, P. & Willman, A. Palliatiivisesta kotisairaalahoidosta vastaavana avustajajäsenenä: Miller M., MD. 1999. Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering Effekter och kostnader. <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Avancerad-hemsjukvard-ochhemrehabilitering-Effekter-och-kostnader/>. 12.12.2008.
- Hirvonen, M. 2010. Kotisairaالاتاسaisen hoidon ja jatkohoidon kehittäminen. Pohjois-Karjalan Ammatikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. <http://www.urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010060111147>. 9.6.2010.
- Itä- ja Keski - Suomen aluejohtoryhmä. 2009. Kaste- ohjelman Itä- ja Keski - Suomen alueellinen toimeenpanosuunnitelma. Kuopion kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-7908.pdf.22.4.2009.
- Jester, R. & Turner, D. 1998. Hospital at home: the Bromsgrove experience. <http://ovidsp.uk.ovid.com/tietopalvelu.ncp.fi:8080/spb/ovidweb.cgi>.17.1.2009.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Akateeminen väitöskirja, Tampereen Yliopisto. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5822-2.pdf>. 19.12.2008.
- Liikka, P. 2006. Kotisairaالاتassa kuolleiden potilaiden omaisten kuvaus ammatihenkilöstöltä saama-taan tuesta. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Pro gradu -tutkimus.
- Mäkinen, S., Valve, R., Pekkarinen, S. & Mäkelä, T. 2006. Kuinka uudistamme palvelujärjestelmää? Innovatiivisella prosessien kehittämisellä kohti laadukkaampia ja tuottavampia vanhusten palveluja. Lappeenrannan teknillinen yliopisto, Lahden yksikkö. Päijät-Hämeen ja Itä-Uudenmaan sosiaalialan osaamiskeskus Verso. Helsingin yliopiston koulutus ja kehittämiskeskus Palmenia. Verson julkaisuja 3/2006. <http://www.lut.fi/fi/lahti/publications/2006/Documents/Tuottavuushankkeen%20raportti%20lopullinen.pdf>. 20.4.2009.
- Saarelma, K. 2005. Palliatiivinen hoito kotisairaالاتassa. *Duodecim* 2005 (121), 203–209.
- Sariola, S. 2001. Kotisairaالاتatoiminta laajenee nopeasti. *Suomen Lääkärilehti* 56 (17), 1874.
- Shepherd, S., Doll, H., Angus, R., Clarke, M., Illiffe, S., Kalra, L., Ricauda, N A. & Wilson, A. D. 2008. Admission Avoidance hospital at home. *Cochrane database of systematic reviews* 2008: Issue 4, Art. CD007491. 6.10.2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio.http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9404.pdf. 12.3.2010.
- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion Yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 171. <http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1230-4.pdf>. 30.3.2010.
- Visakorpi, P. 2002. Hyvän kotisairaالاتatoiminnan vaatimukset ja edellytykset. Kuopion yliopisto. Hoi-totieteen laitos, Pro gradu -tutkielma.
- Voutilainen, P., Raassina, A.-M. & Nyfors, H. 2008. Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 2008:47. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-6421.pdf. 12.3.2009.

TEHOSTETUN KOTIHOIDON TIIMIN KÄYNNISTÄMINEN JOENSUUSSA

Kaija Lähteenmäki & Merja Kinnunen

TAUSTATIETOA JOENSUUN KAUPUNGIN KOTIHOIDOSTA

Joensuun kaupungin vanhuspalvelujen tulosalueeseen kuuluvat seuraavat vastuualueet: kotona asumista tukevat palvelut, kotihoito ja asumispalvelut. Tulosaluetta johtaa vanhuspalvelujen johtaja ja vastuualueita johtavat vastuualueiden päälliköt.

Sosiaalihuoltolain mukainen kotipalvelu ja kansanterveyslain mukainen kotisairaanhoito on Joensuussa yhdistetty yhteiseksi kotihoidoksi. Kotona asumista tukevat palvelut, kuten aterian-, turvapalvelut on erotettu kotihoidosta omaksi vastuualueeksi. Vastuualueella on oma henkilöstö sekä neuvonta- ja palvelupiste, Seniorineuvonta Ankkuri.

Kotihoito on jaettu 3 alueeseen; Itäinen alue, Läntinen alue ja Maaseutualue. Maaseutualueen muodostavat Eno, Pyhäselkä, Kiihtelysvaara ja Tuupovaara. Esimiehinä toimivat aluevastaavat. Henkilöstö toimii tiimeissä omahoitajamallin mukaisesti. Tiimissä on kotiavustajia, kodinhoitajia, perushoitajia, lähihoitajia ja 1 sairaanhoitaja kutakin tiimiä kohden. Tehostetun kotihoidon tiimissä on 4 sairaanhoitajaa, joista yksi toimii tiimivastaavana. Jokaisella kotihoidon alueella on kotiutussairaanhoitaja, jonka tehtävänä on ottaa palvelupyynnöt vastaan ja käynnistää asiakkaan hoitoprosessi.

Turvapalvelu ja säännöllinen yöhoito ostetaan kokonaan yksityiseltä palvelun tuottajalta. Lisäksi on käytössä palveluseteli lyhytaikaiseen hoivaan ja sairaanhoitoon.

TEHOSTETUN KOTIHOIDON TARVE

Tehostetun kotihoidon toiminnan käynnistämiseen vaikuttivat Ikäihmisten palveluja koskevan laatusuosituksen tavoitteet (Voutilainen 2007), ilta- ja viikonlopun sairaanhoitajan puute sekä kasvava jonotilanne niin erikoissairanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa.

Ikäihmisten palveluja koskevan laatusuosituksen (Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto 2008) mukaan pitkäaikaishoidossa tulisi olla vuoteen 2012 mennessä enää 3 % 75 vuotta täyttäneistä. Tavoite tarkoittaa myös Joensuussa ratkaisevaa muutosta pitkäaikaisen laitoshoidon vähentämisessä ja sen rinnalla avohoidon kehittämistä.

Kotisairaanhoitajat toimivat arkisin klo 8.00–16.00 välisenä aikana. Yöhoitoa tarjoavalla palvelun tuottajalla, Mummon Turva Oy:llä on yövuorossa aina sairaan-

hoitaja ja lähihoitaja. Kotihoidon vuoden 2008 tuloskorttiin asetettiin tavoitteeksi ympärivuorokautisen kotisairaanhoidon toimintamallin luominen ja iltasairaanhoidon käynnistäminen.

Erikoissairaanhoidon jononpurkuun vuodeksi 2008 varatut määrärahat oli ylitetty jo helmikuun loppuun mennessä. Tavoitteena oli, että kaksi (2) henkilöä/vuorokausi odottaisi siirtoa erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, mutta todellisuudessa tilanne oli noin 15 henkilöä/vuorokausi odotti siirtoa. Samaan aikaan terveyskeskussairaalassa noin 4 asiakasta/vuorokausi odotti jatkohoitopaikkaa joko tehostettuun palveluasumiseen tai vanhainkotiin.

Joensuun kaupungin sosiaali- ja terveyslautakunta käsitteli jonotilannetta ja yhdeksi korjaavaksi toimenpiteeksi asetettiin kotiutusten määrätietoinen kehittäminen sekä tehostetun kotihoidon tiimin perustaminen. Yhteisenä mielipiteenä todettiin, että sairaala ei ole kenenkään vanhuksen koti, vaan sairaalahoidon tulee keskittyä akuuttihoitoon ja kuntoutukseen. Vanhusasiakkaan sairaalahoidossa nähtiin tärkeäksi viiveetön taudin tutkimus, hoidon aloittaminen ja jatkohoidon suunnittelu sekä varhainen kotiuttaminen. Kotiuttamisen valmistelut tulee aloittaa heti asiakkaan tullessa sairaalahoitoon.

Tehostetun kotiuttamisen tavoitteena tulee olla sairaanhoidon turvaaminen ympärivuorokautisesti, erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon odottavien potilaiden määrän (jonot) vähentäminen ja terveyskeskussairaalassa olevan potilaan kotiutumisen nopeuttaminen. Moniammatillinen työryhmä asetettiin valmistelemaan tehostetun kotihoidon tiimin perustamista.

TEHOSTETUN KOTIHOIDON TIIMIN PERUSTAMINEN

Tehostetun kotihoidon tiimiin kuuluu 4 sairaanhoitajaa, joiden valintaan on kiinnitetty erityisen paljon huomiota. Vaatimuksena on, että henkilöstöllä on vahva sairaanhoidollinen osaaminen ja kokemus, kehittämishalukkuus, hyvät tiimityötaidot ja joustavuus. Tiimissä on hyvä olla asiantuntijuutta erikoissairaanhoidon, terveyskeskussairaalan ja kotihoidon tehtäväkentästä.

Tehostetun kotihoidon tiimille on nimetty vastuulääkäri. Tiivistä yhteistyötä tehdään kotiutussairaanhoidajien, Siilaisen terveyskeskussairaalan jonohoitajan, Seniorineuvonta Ankkurin sosiaalipalveluohjaajien, SAS-työparin (selvitä-arvioi-sijoita), vanhuspalvelujen fysioterapeutin kanssa.

Tehostetun kotihoidon tiimi kuuluu hallinnollisesti Läntisen kotihoitoon. Toimisto sijaitsee Siilaisen terveyskeskussairaalan yhteydessä. Tiimivastaava huolehtii työvuorojen suunnittelusta, tilastoinnista, toimintaohjeiden laatimisesta ja toiminnan kehittämisestä yhteistyössä kotihoidon esimiesten ja henkilöstön kanssa. Toiminta-alueeksi on määritelty kantakaupunki.

TEHOSTETUN KOTIHOIDON TIIMIN TEHTÄVÄ

Tehostetun kotihoidon toiminnan tarkoituksena on tuottaa ympärivuorokautisesti turvattua ennaltaehkäisevää ja kuntouttavaa kotihoitoa Joensuulaisille henkilöille, jotka

sairaalasta kotiutumisen tai vaikean sairauden vuoksi tarvitsevat vaativaa kotisairaanhoidoa. Toiminta tapahtuu yhteistyössä yksityisen palvelun tuottajan Mummon Turva Oy:n kanssa, jolta kaupunki ostaa säännöllisen yöhoidon. Toiminnan tavoitteena on turvallinen ja inhimillinen kotona selviytyminen, potilasjonojen ja kustannusten hallinta.

Tehostetun kotihoidon tiimin tehtävänä on antaa hoitoa kotiin niille asiakkaille, jotka eivät välttämättä tarvitse sairaalahoitoa, mutta tarvitsevat sairaanhoidollista apua. Diagnoosin on oltava selvä ja hoidon jatkuvuus on turvattava. Jatkohoito-ohjeet tulevat, joko asiakkaan mukana tai faksattuna. Asiakkaan suostumus kotona tapahtuvaan hoitoon on välttämätön. Asiakkaan on selviydyttävä päivittäisistä toiminnoista lähes omatoimisesti tai arkipäivästä selviytyminen on järjestynyt omaisen tai muiden tahojen turvin. Kotiuttamistilanteissa hoidon tarpeessa on usein monisairas ja esim. leikkauksen jälkeen apua tarvitseva ikäihminen. Kuntouttava ja ennaltaehkäisevä työote ohjaavat toimintaa.

Asiakkaina ovat joensuulaiset kantakaupungissa asuvat. Lääkäri päättää asiakkaan siirtymisestä tehostetun kotihoidon tiimin hoidettavaksi. Mikäli asiakkaat tarvitsevat pitempiaikaista hoitoa, he siirtyvät viimeistään 2 viikon kuluttua oman alueen kotihoidon tai muun sovitun hoitotahon asiakkaaksi.

Tiimin tehtävät on määritelty tarkemmin viiteen osa-alueeseen, joita ovat:

1) Tehostettu kotiuttaminen

Tehtävänä on järjestää kotiutuvalla asiakkaalle voimavarojen ja palvelutarpeen arvioinnin perusteella tarvittavat tukipalvelut ja kotihoito, yhteistyössä kotihoitotiimin, omaisten ja yksityisen palvelun tuottajan kanssa.

2) Tehostettu kotihoito

Tehtävänä on järjestää turvallinen, inhimillinen, vaativa sairaanhoito kotona vaikeasta sairaudesta toipuville tai saattohoidossa oleville asiakkaille, jotka eivät välttämättä tarvitse sairaalahoitoa. Hoito toteutetaan yhteistyössä hoitoon osallistuvien tahojen ja omaisten kanssa.

3) Kotihoidon asiakkaiden tilannearviointi ja hoito iltaisin ja viikonloppuisin

Tehtävänä on kotihoidon asiakkaan akuutin tilanteen arviointi, neuvonta, ohjaus ja tarvittaessa hoidon järjestely. Tarkoituksena on ehkäistä asiakkaan hakeutuminen päivystykseen silloin, kun sairauden tutkimus ja hoito voidaan järjestää kotona.

4) Kotihoidon henkilöstön ammatillinen tuki

Tehtävänä on ohjata ja neuvoa kotihoidon henkilöstöä haasteellisissa asiakastilanteissa.

5) Tehostetun palveluasumisen ja vanhainkodin ammatillinen tuki

Tehtävänä on sairaanhoitajan ammattitaitoa vaativan konsultointi tai ammatillinen apu vanhainkotiin ja palveluasumisen yksikköön silloin, kun heillä ei ole sairaanhoitajaa työvuorossa.

SUONEN SISÄISTEN LÄÄKKEIDEN HANKINTA

Iv-lääkehoidon toteuttamista varten on jouduttu käymään laajaa keskustelua, mistä saadaan suonen sisäisesti annettavat lääkkeet, jotka eivät kuulu Kela -korvauksen piiriin. Lääkelain, (1987), 62 §:n mukaan kunnan ylläpitämästä sairaala-apteekista tai lääkekeskuksesta voidaan lääkkeitä toimittaa saman kunnan alueella oleviin julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköihin, ei avoterveydenhuollon asiakkaalle. Joensuun kaupungissa on sovittu, että Kela-korvauksen ulkopuolella olevat iv-lääkkeet, – infuusiot toimittaa terveyskeskuksen lääkekeskus ja kustannukset kohdistuvat avoterveydenhuoltoon asiakkaan asuinpaikan mukaan.

TEHOSTETUN KOTIHOIDON ASIAKASMAKSUT

Tehostetun kotihoidon asiakkaat maksavat tilapäisestä yhdestä (1) käynnistä päivässä kotihoidon kertakäynnin maksun ja kahdesta tai useammasta käynnistä päivässä kaksi kertaa kertamaksun hinta. Maksupäätöstä ei tällöin tehdä asiakkaalle. Silloin kun tehostettu kotihoito toteutetaan yhteistyössä kotihoidon tiimin kanssa, asiakaskäynnit sisältyvät tulojen mukaan tehtyyn asiakasmaksupäätökseen. Tehostetun palveluasumisen ja vanhainkodin asiakaskäynnit kuuluvat vanhainkodin tai palveluasumisen hoitomaksuun. Tarvittavista tukipalveluista tehdään sovittujen taksojen mukainen maksupäätös. Asiakas kustantaa itse reseptilääkkeet ja -valmisteet.

Asiakasmaksuun sisältyy:

- lääkärin ohjeiden mukainen tehostetun kotihoidon tiimin antama hoito
- tarvittaessa lääkärin kotikäynti
- iv-lääkkeet ja -infuusiot ja niihin liittyvät tarvikkeet
- haavahoidon tarvikkeet: haavan peittotuotteet, hoitotarvikkeet sekä haavahoidon järjestelyn alkuvaiheessa kotihoidon valikoiman mukaiset haavaa hoitavat tuotteet enintään yhden viikon ajan, mutta ei reseptivalmisteet

KOKEMUKSIA TEHOSTETUN TIIMIN TOIMINNASTA

Tehostetun kotihoidon toiminta käynnistettiin 11.8.2008 siinä vaiheessa, kun 4 sairaanhoitajan tiimi oli saatu kokoon. Toimintamallia kehitettiin ja hiottiin, verkostoja haettiin ja laadittiin työohjeita.

Elokuussa kotiutettiin 11 asiakasta, joiden hoitona oli suonensisäisesti annettava antibioottilääkitys. Ensimmäinen verensiirto tehtiin samana syksynä. Ensimmäinen kotisaattohoito tuli myös toiminnan alettua. Tiimillä oli 12 kotisaattohoitoa 1.8.2008–31.5.2009 välisenä aikana. Tiimi pystyi toteuttamaan asiakkaan toiveen ”saada kuolla kotona”. Työ oli henkisesti raskasta, mutta omaisten antama hyvä palaute, sekä tiimissä toistemme tukeminen auttoivat jaksamaan.

Toiminta keskeytettiin säästötoimenpiteiden takia kesän 2009 ajaksi. Toiminnan aloittaminen kesätauon jälkeen oli voimia vievää. Kotiutettavat asiakkaat olivat ns. voinnin seuranta asiakkaita. Käynneillä seurattiin kotiutumisen onnistumista, vointia, lääkitystä, sekä lämmitettiin ruokaa, kuntoutettiin ja avustettiin yöunille. Hoitajaksot olivat silloin pidempiä, mutta pysyttiin sovitussa 2 viikon hoitoajassa. Tarvitessa asiakas siirtyi 2 viikon jälkeen jatkohoitoon säännöllisen kotihoidon tiimiin. Iv-antibiioottihoitoja oli harvakseltaan. Verensiirtoa tarvitsevia asiakkaita oli 3–6 kuukaudessa.

Tammikuussa 2010 aloitettiin tiiviimpi yhteistyö Pohjois-Karjalan keskussairaalan ensiavun tarkkailuosaston ja perusterveydenhuollon päivystyksen kanssa. Tarkoituksena oli saada aikaan hyvä yhteistyö ja käytännön kotiuttamisen toimintamalli tehostettuun kotihoitoon. Tehostetun kotihoidon tiimi onnistui kotiuttamaan kymmeniä asiakkaita ilman jatkohoitoa Siilaisen terveyskeskussairaalamme.

Kotiuttamisen toimintamallissa tehostetun tiimin kotiutushoitaja menee keskussairaalaan osastoille, ja selvittää, onko tehostetun kotihoidon turvin kotiutettavia jonne ensuulaisia potilaita. Ensiavun tarkkailuosastolta potilas pyritään kotiuttamaan suoraan, joko tehostettuun kotihoitoon tai suoraan kotihoidon tiimiin. Vuodeosastoilla selvitetään, onko terveyskeskussairaalaan jonottavia potilaita. Motivoimalla ja rohkaisemalla potilasta kotiutumaan, vältetään yksi sairaalajakso ja potilas myös kuntoutuu nopeammin omassa tutussa ympäristössä.

Kotiuttamisen toimintamallin tavoitteena on, että asiakkaat pyritään kotiuttamaan samana päivänä, kun pyyntö on saapunut. Nopeat kotiuttamiset ilman sitoutunutta ja hyvin toimivaa yhteistyöverkostoa eivät onnistu. Yhteistyökumppaneiden kanssa yhteistyö on ollut sujuvaa.

Apuvälineyksiköstä asiakkaan tarvitsemat apuvälineet on saatu nopeasti. Myös yöhoitoa antavan Mummon Turva tiimi on pystynyt tekemään pyydyt yökäynnit toivottuna aikana. Ateriapalvelu on tarvittaessa saatu käynnistettyä kotiutumispäivänä niin, että ateria haetaan Siilaisen sairaalan keittiöstä ja viedään asiakkaalle ensimmäisellä kotikäynnillä.

TEHOSTETUN TIIMIN TOIMINTAA TILASTOJEN VALOSSA

Ensimmäisenä toimintavuotena 11.8.2008 alkaen asiakkaita oli yhteensä 167, joista 73 oli vain tehostetun tiimin hoidossa. Käyntejä yhteensä oli kertynyt 1164, keskimäärin 233 käyntiä kuukaudessa. Hoitoon tulossyynä oli useimmiten jokin tulehdussairaus ja hoitona suonen sisäinen antibiioottihoito. Kuusi (6) asiakasta oli saattohoidossa, joista kahden asiakkaan kohdalle mahdollistui kuolla kotiin. Lisäksi muutamalla asiakkaalla oli suonen sisäinen nestehoito tai voinnin tarkkailu kotiutuksen jälkeen. Keskimääräinen hoitoaika oli 5,8 vrk ja asiakkaiden keski-ikä 74-vuotta. (Taulukko 1.)

Vuonna 2009 asiakkaita oli yhteensä 322, joista 145 oli vain tehostetun tiimin hoidossa. Käyntejä oli yhteensä 2685, keskimäärin 295 käyntiä kuukaudessa. Toiminta oli keskeytyksissä 3 kk ajan. Antibioottihoitossa olevia asiakkaita oli edelleen

eniten, mutta saattohoidossa oli toimintavuoden aikana yhteensä 16 asiakasta, joista 11 asiakasta kuoli kotiin. Keskimääräinen hoitoaika oli 6,7 vrk ja keski-ikä 67,5 vuotta. (Taulukko 1.)

Kuluvan vuoden aikana, ajalla 1.1–30.9.2010 asiakkaita oli yhteensä 285, joista oli 137 vain tehostetun tiimin hoidossa. Käyntejä oli yhteensä 2829, keskimäärin 314 käyntiä kuukaudessa. Saattohoitoasiakkaita oli 7, joista 2 henkilöä kuoli kotiin. Verensiirrot ovat lisääntyneet, samoin arviointikäynnit päivystävän lääkärin määräyksestä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Tehostetun kotihoidon tiimin toimintatilasto vuosina 2008–2010

Tilastoidut asiat Ajanjakso	11.8 – 31.12.2008	1.1 2009 – 31.5.2009 1.9 – 31.12.2009	1.1 – 30.9.2010
Asiakkaat yhteensä	167	322	285
Omat asiakkaat	73	145	137
Käynnit yhteensä	1 164	2 658	2 829
Käynnit keskimäärin/ kuukausi	233	295	314
Saattohoito	6	16	8
Kotikuolema	2	11	4
Hoitoaika keskimäärin/ vuorokausi	5,8	6,7	7,6
Keski-ikä/vuotta	74	67,5	74

TEHOSTETUSSA KOTIHOIDOSSA HOIDETTUJEN ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA

Asiakastyytyväisyyskyselyä ei ole vielä tehty. Asiakkaat ovat esittäneet ajatuksiaan kotikäyntien yhteydessä ja erityisesti saattohoitoasiakkaiden omaisilta on tullut hyvin kiitollista palautetta kotikuoleman järjestymisestä. Tietoa tällaisesta toiminnasta ei monellakaan ollut etukäteen. Kotona annettu hoito on koettu hyväksi ja turvalliseksi vaihtoehdoksi sairaalahoidolle. Kotona annettava hoito myös aktivoi potilasta ja kuntoutuminen nopeutuu. Sairaalainfektioriski pienenee, sairaalahoidon pelkävälle potilaalle tehostettu kotihoito on hyvä vaihtoehto. Omaisten palaute on ollut pääsääntöisesti hyvää ja he saavat osallistua hoitoon. Esimerkiksi erään saattohoitoasiakkaan puoliso kertoi, että sairaalassa vieressä istuminen on raskasta, kotona voi olla vapaasti ja tehdä myös kotitöitä. Ongelmana monet asiakkaat kokevat, että tehostettu kotihoito ei kerrytä hoitomaksukattoa, eikä maksu myöskään ole Kela-korvattava.

HANKKEEN TUKI KOTIUTTAMISEEN JA TEHOSTETUN TIIMIN TOIMINNALLE

Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä -hanke on tukenut tiimin käynnistymistä ja kotiuttamisen kehittämistä. Hanke on antanut tietoa ja vertaistukea ympärivuorokautisen kotihoidon kehittämiseen. Ympäri vuorokautisen kotihoidon tarve ja merkitys on kirkastunut sekä vahvistunut.

Verkostomaisen hankkeen aikana on ollut mahdollisuus arvioida omaa toimintaa ja tehdä vertailuja muiden kuntien vastaavaan toimintaan. Hankkeeseen osallistujilta on saatu tukea ja vinkkejä erilaisista käytännön toimintamalleista ja ratkaisuksista. Toisten kertomat kokemukset myös huonosti onnistuneista ratkaisumalleista, ovat auttaneet välttelemään sudenkuoppia.

Hankkeen aikana perustettu asiakasmaksutiimi sekä kotihoidon jokaiselle alueelle asiantuntijasairaanhoitajan toimi, muuttamalla vastaavan sairaanhoitajan nimikkeet (kuvio 1). Lähiesimieheltä on siirtynyt asiakastyön koordinointi ja ohjaus asiantuntijasairaanhoitajalle, joka toimii omalla kotihoidon alueella kotiutushoitajana. Hän ottaa asiakkaiden palvelupyynnöt vastaan ja sopii asiakkaan ja omaisen kanssa hoitoneuvottelusta. Hoitoneuvottelussa asiakkaan tilanteen kartoituksen ja voimavarojen arvioinnin perusteella laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, jota tiimi alkaa toteuttaa. Maksutiimi valmistelee asiakasmaksun ja tekee maksupäätöksen. Nämä rakenteelliset toimenpiteet ovat selkiyttäneet ja parantaneet asiakkaan hoitoon ottamista. Muutos on myös selkeästi helpottanut lähiesimiehen ja kotiutushoitajan työtä, koska kumpikin saa keskittyä omaan tehtäväänsä. Vrt. aikaisempi malli, jossa lähiesimies teki kartoituskäynnit ja vastasi myös henkilöstöhallinnosta. Toimenpiteiden myötä myös kotiuttamisprosessi on selkiintynyt.

Hankkeen aikana kotiuttaminen tehostetun kotihoidon turvin on nopeutunut. Keskussairaalan vuodeosastoilta sekä tarkkailuosastolta on kotiutunut vaativaa kotisairaanhoitoa tarvitsevia asiakkaita suoraan kotiin, mikä aikaisemmin oli melko harvinaista. Terveyskeskussairaalaan kotiuttaminen onnistuu myös ilta- ja viikonloppuaikaan. Myös perusterveydenhuollon päivystyksestä kotiutuu asiakkaita suoraan kotihoitoon.

Hankkeessa pilotoitiin kotiuttamisen toimintamallia ajalla 1.2–30.4.2010. Joensuun osalta kyselyyn vastasi 51 asiakasta. Sairaalaan kotiutumisen jälkeen etenkin kotihoidon ja ateriapalvelun tarve lisääntyi. Hoitosuunnitelmapalavereja pidettiin pääsääntöisesti vasta kotona. Joensuun kotihoito pystyi pääsääntöisesti vastaamaan potilaan lisääntyneeseen kotihoidon tarpeeseen. Kotiutuksen viivästyminen johtui useimmiten voinnin huononemiseen liittyvistä seikoista. Tieto potilaan kotiutumisesta tuli ajoissa ja suurimmalla osalla asiakkaista oli tarvittavat hoito-ohjeet mukanaan. Puutteet ja virheet koskivat etupäässä lääkehoitoon liittyviä ohjeistuksia.

Hankkeen aikana tiedotettiin laajalti hankkeesta ja sen tavoitteista. Kotona asumisen turvaaminen ja kotiuttamisen sujuvuus ovat varmaan kaikkien toimijoiden näkökulmasta avaintekijöitä. Keskussairaalan eri osastojen henkilöstön tietoisuus lisääntyi myös Joensuun kaupungin kotihoidon ja tehostetun kotihoidon toiminnasta, mikä on näkynyt lisääntyneinä yhteyden ottoina kotiuttamistilanteissa. Perusterveydenhuollon lääkäreiden tietoisuus on lisääntynyt merkittävästi.

Kotiuttamisprosessin kehittämispäivässä 17.2.2010 sairaanhoitaja Merja Kinnunen puhui sairaalatasoisesta tehostetusta kotihoidosta ja kotiuttamisen toimintamallista ja kotiutushoitaja Marja Lappalainen säännöllisen kotihoidon asiakkaan kotona olevasta hoitokansiosta. Päivän anti oli monipuolinen, jossa päästiin tiedottamaan omasta toiminnasta laajalle kuulijakunnalle sekä saatiin arvokasta tietoa toiminnan kehittämiseksi eteenpäin.

NYKYTILANNE JA TULEVAISUUDEN SUUNNITELMAT

Tehostetun kotihoidon tiimissä on neljä (4) vakituista sairaanhoitajaa. Kotiutuksia tehdään n. 15–20 kuukaudessa, kotikäyntejä on noin 250–340 kuukaudessa. Toimintamuoto on vakiintunut ja siitä on tullut hyvää palautetta niin asiakkailta kuin yhteistyökumppaneiltakin. Asiaksmäärän lisääminen ei ole enää mahdollista tällä henkilöstöllä.

Henkilöstön jaksaminen henkisesti ja fyysisesti vaativassa työssä nousee vahvasti esiin. Kotikuolemien hoitaminen, tarkkuutta ja kekseliäisyyttä vaativa hoitotyö, yksintyöskentely ja samalla toimintamallin kehittäminen kuormittavat. Hyvä tiimin henki, esimiehen ja työkaverin tuki sekä asiakkaiden antama palaute ovat auttaneet jaksamaan. Säännöllinen työnohjaus on ajankohtainen asia ja se on tarkoitus aloittaa marraskuussa 2010.

Tehostetun kotihoidon tiimi tekee erittäin kiinteää yhteistyötä Siilaisen terveyskeskussairaalan jonohoitajan ja kotiuttamisosaston kanssa. Tiimin toimisto sijaitsee jo nyt Siilaisen terveyskeskussairaalan yhteydessä. Tiimi on tarkoitus siirtää hallinnollisesti terveyskeskussairaalan kotiutusosaston 1A:n yhteyteen, mutta aikataulusta ei ole tässä vaiheessa tietoa. Siirtyminen osaksi terveydenhuollon toimintaa takaa sen, että voidaan vielä paremmin vastata haasteisiin asiakkaan oikean hoitopaikan valinnassa, koti vai sairaala. Myös iv-lääkkeiden hankinta helpottuu ja sairaalan ja tehostetun kotihoidon yhteistyö paranee. Syöpäpotilaiden saattohoito kotona terveyskeskussairaalan tukiosaston avustuksella pystytään turvaamaan paremmin, jolloin myös asiakkaat voivat kokea olonsa turvallisemmaksi.

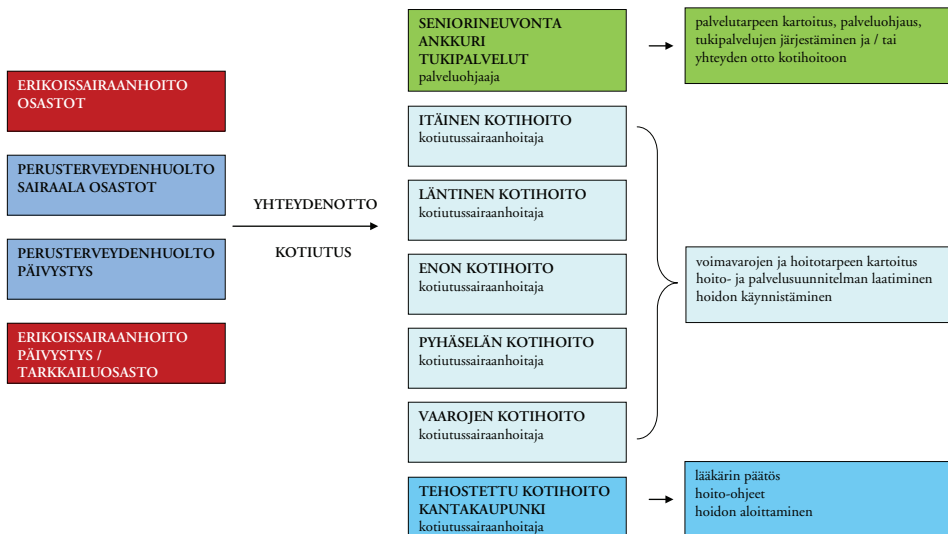
Toimintaa halutaan kehittää asiakkaiden tarpeista lähtien. Kehittämisen kannalta on tärkeää tietää asiakkaiden tyytyväisyys saamiinsa palveluihin sekä kuulla asiakkaiden ajatuksia toiminnan parantamiseksi. Asiakastytyväisyyskysely otetaan käyttöön, jolloin saadaan tutkittua tietoa asiakkaiden kokemuksista.

Tehostetun kotihoidon toiminta tunnetaan jo huomattavasti paremmin kuin aikaisempina vuosina. Asiakkaat ja omaiset ottavat suoraan yhteyttä hoitajiin, osastojen yhteydenotot ovat lisääntyneet. Valtaosa asiakkaista on yhteisiä asiakkaita kotihoidon kanssa. Kotihoidon palveluna asiakkailla on tällöin, joko kotona asumista tukevat palvelut tai säännöllinen kotihoito. Tehostetun tiimin asiakkaiden hoitoon ottamisen perusteita joudutaan tarkentamaan, sekä myös arvioimaan voidaanko asiakkaat siirtää nopeammin kotihoidon tiimien hoidettavaksi.

Tehostetun tiimin tehtäviksi ovat nyt muodostuneet seuraaviksi:

1. Kotiutuksen järjestäminen ja sen tukeminen
2. Sairaanhoidollisten toimenpiteiden suorittaminen
 - suonen sisäinen antibioottihoito
 - suonen sisäinen nestehoito
 - verensiirtojen toteuttaminen
 - lääkehoidon toteuttaminen
 - haavahoidon toteuttaminen
 - katetroinnin suorittaminen
 - sokeritasapainon seuranta ja insuliinihoidon tasapainottaminen
 - leikkauksen jälkeinen tarkkailu
3. Saattohoidon toteuttaminen ja kotikuoleman hoitaminen
4. Hoidon tarpeen arviointi päivystävän lääkärin määräyksestä
5. Kotihoidon ja palveluasumisen asiakkaiden tilannearviointi ja hoidon ohjaus
6. Kotihoidon ja palveluasumisen henkilöstön tuki ja ohjaus

Kotiutukset ovat olleet nyt pääsääntöisesti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta ja perusterveydenhuollon päivystyksestä. Toiminnasta tiedottamista tulee kuitenkin pitää yllä kaiken aikaa, aina on henkilöitä, jotka eivät ole kuulleetkaan toiminnasta. Kotihoidon toiminnasta ja henkilöstön osaamisesta yleensä tiedetään aika vähän. Monilla on vielä viimeinen tieto ajalta, jolloin kodinhoitajat kulkivat talosta taloon autellen asiakkaita. Erityisesti kotiuttavien lääkäreiden tietoisuus toiminnasta on merkittävä.



Kuvio 1. Kotiutuksen toimintamalli Joensuun kotihoidossa 25.10.2010

LÄHTEET

- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.
- Voutilainen, P. (toim.). 2007. Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Stakes. Helsinki: Valopaino.

KUNTOUTUKSEN ASEMA NYT JA TULEVAISUUDESSA

Anu Niemi

Kuntoutustoimintaa vahvasti ohjaavat periaatteet ovat asiakaslähtöisyys, verkostoituminen ja moninäkökulmaisuus. Kuntoutuja ei ole objekti, vaan subjekti ja niinpä viime vuosina onkin ryhdytty puhumaan kuntoutuksen sijasta kuntoutumisesta. Kuntoutustoimenpiteitten ajoitus on tärkeää ja valitettavasti usein kuntoutuksen käynnistymisessä on tarpeetonta viivettä. Viiveen johdosta saatetaan menettää kuntoutuksen potentiaalia. Valtiontalouden tarkastusviraston vuonna 2009 tekemän selvityksen mukaan kuntoutuksen palveluketjut eivät toimi optimaalisesti kuntoutuksen vaikuttavuuden näkökulmasta.

Onnistunut kuntoutusprosessi edellyttää kuntoutujan ja hänen läheistensä sekä häntä hoitavien tahojen vahvaa sitoutumista kuntoutumiseen ja yhteisten tavoitteiden asettamista. Kuntoutujan omat tavoitteet voivat yllättäen poiketa huomattavastikin terveydenhuollon ammattilaisten asettamista tavoitteista. Perinteisesti kuntoutus on nähty kuntoutuksen ammattilaisten toteuttamana temppuna. Nykykäsityksen mukaan kuntoutus on osallistavaa, aktiivista ja pitkäjänteistä. Käytännössä tavoitteellinen kuntoutus edellyttää tavoitteiden kirjaamista ja tavoitteiden saavuttamisen jatkuvaa arviointia. Parhailtaan hallituksen esityksestä eduskunnalle siirtynyt terveydenhuoltolakiluonnos korostaakin yksilöllisen kirjallisen kuntoutussuunnitelman merkitystä niin, että vaade kirjallisen kuntoutussuunnitelman laatimisesta on nostettu lakitekstin tasolle. Kuntoutussuunnitelman laadinta samalla ankkuroi kuntoutusvastuun ja -seurannan. Hyvä kuntoutussuunnitelma on myös laadittu moniammatillisesti.

Rajanveto sairauden hoidon ja kuntoutuksen välillä on häilyvä, mikä on omalta osaltaan altistamassa siihen, että mielikuvatasolla oletetaan kuntoutuksen toteuttamisen vaativan erityisen toimintaympäristön. Kotona toteuttava kuntoutus on tuloskeskasta ja se on integroitavissa osaksi kuntouttavaa hoitotyötä. Valitettavan usein edelleen kuitenkin kuntoutumisen esteeksi nousee passiivisuuteen altistavat asenteet sekä hoitohenkilökunnan, mutta myös kuntoutujan omaisten piirissä.

Kuntouttava arki tarkoittaa kuntoutujan voimavarojen proaktiivista käyttöönottoa. Kodin kulttuurinen perusta sekä sukupuolten ja ikäryhmien väliset kulttuuriset erot on tiedostettava ja otettava huomioon. Kuntoutujan arkinen elinympäristö ja sen mahdollisuudet on tunnettava. Kuntouttajien omaksumat stereotypiat ”hyvästä kuntoutujasta” on tunnistettava ja niitä on vältettävä kuntoutujan yksilöllisiä tarpeita ja tavoitteita noudatettaessa. Täten vältetään kuntoutujaa passivoivia toimintoja. Kuntoutujat eivät myöskään ole yhtenäinen ryhmä. Rutiininomaiset kuntoutustoimenpiteet eivät aina vastaa kuntoutujien yksilöllisiin tarpeisiin ja pahimmillaan aiheuttavat vain turhia kustannuksia. Terapioissa opittuja asioita on voitava soveltaa arjessa. Uu-

sien taitojen harjoittelun pitää jatkua myös arkipäivän elämässä, jossa tarvitaan innostusta sosiaaliseen osallistumiseen. Tämän vuoksi muun muassa, erikoissairaanhoidossa aloitetun kuntoutuksen sisällön ja toteutuksen jatkumon varmistamiseksi tulee toteuttaa tiiviissä vuorovaikutuksen kuntoutujan kotikunnan sosiaali- ja terveystoimen kanssa. Pääasiallisen vastuun kuntoutuksen kantaa kuntoutujan kotikunta eli käytännössä perusterveydenhuolto ja pienemmässä mittakaavassa erikoissairaanhoido.

Geriatrinen kuntoutus on pitkäjänteistä ja suunnitelmallista yhteistyötä, joka tukee ikäihmisen yhteiskuntaan osallistumista ja arjessa selviytymistä. Sen ydinkysymyksiä ovat kuntoutujan osallisuus kuntoutuksessa sekä vaikuttaminen kuntoutujan ympäristöön. Liikuntakyvyn heikkeneminen ennakoii palvelutarpeen huomattavaa lisääntymistä. Toisaalta liikunta- ja toimintakyky säilyvät ja paranevat vain liikkumalla ja toimimalla. Näin ollen kaikki toimenpiteet ikäihmisen elinympäristössä, mitkä edistävät terveysliikuntaa ovat erittäin kustannustehokkaita.

Kuntoutuksen erottaa terveysliikunnasta kuntoutukseen liittyvä suunnitelmallisuus. Kuntoutuksessa etsitään yhdessä kuntoutuksen asiantuntijan kanssa keinoja edistää fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja ja toimintaedellytyksiä tilanteessa, jossa uhkana on toimintakyvyn lasku tai jo tapahtunut romahtaminen.

Kuntoutuksen tavoitteet on perinteisesti kirjattu varsin ympäröiviksi ja siksi kotihoitohankkeen aikana on lähdetty hakemaan ratkaisuja, jotka auttavat kuntoutustavoitteiden kirjaamista adl-toiminnoista kumpuavalle tasolle. Maakunnan potilastietojärjestelmä on vuoden 2011 aikana yhtenäistymässä, mikä mahdollistaa nykyistä paremman tiedonsiirron eri organisaatioiden välillä. Yhtenäiseen tietohallintojärjestelmään siirtyminen vaatii kuitenkin maksimaalisen hyödyn saamiseksi yhtenäisen kirjaamisen opettelu ja ennen kaikkea yhteisen näkemyksen siitä, että kuntoutukseen panostaminen on kannattavaa.

Kotikuntoutuksen kehittämisen kannalta positiivista on, että mm. lähihoitajien perustutkinnon aikana voi erikoistua kuntoutukseen. Samoin sosiaali- ja terveydenhuollon välisen raja-aidan kaatuminen organisaatiouudistuksissa tukee kuntoutuksen moniammatillista periaatetta. Lisäksi Pohjois-Karjalassa on vuoden 2010 alussa käynnistynyt työvoimapolitiittinen 2-vuotinen toimintaterapeuttikoulutus. Toimintaterapeutti on arjen toimintakyvyn ylläpidon kuntoutuksen toteutuksen ammattilainen. On ollutkin ilo huomata, että ennakkointiin panostavat kunnat ovat hyödyntäneet toimintaterapeutin ammattitaitoa geriatrinen potilaiden kotikuntoutuksessa.

LÄHTEET

- Huusko, T., 2001. Hip Fractures in Central Finland and Geriatric Rehabilitation after Hip Fracture Operation Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 236. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Karttunen, J.; 2009. Ryhmäkuntoutuksen vaikutus 67 vuotta täyttäneiden toimintakykyyn, elämäntilaan ja terveyspalveluiden kustannuksiin. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 456. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Lääkinnällinen kuntoutus. 2009. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 193/2009. http://www.vtv.fi/files/1837/1932009_Laakinnallinen_kuntoutus_netti.pdf. 8.11.2010.
- Raassina, A., Rissanen, P. & Aalto, A-M. 2002. Kuntoutuksen kustannuksista ja vaikuttavuudesta: Tausta-aineisto valtioneuvoston kuntoutusselontekoon. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 5. Helsinki.
- Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Suomen akatemia. 2008. Konsensuslausuma. Äkillisten aivovaurioiden jälkeinen kuntoutus <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f231511789/kuntoutuksen-konsensuslausuma2008.pdf>. 8.11.2010.
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. Porvoo.WS Bookwell.

YMPÄRIVUOROKAUTISEN KOTIHOIDON KEHITTÄMINEN MUMMON TURVA OY:SSÄ

Jorma Hartikainen

Perheyriyksenä Mummon Turva Oy osallistui Kotihoito24 -hankkeen käytännön pilotointiin keväällä 2010. Meille se tarkoitti kotisairaanhoidon kehittämistä. Yrityksen osuus oli avustaa Pohjois-Karjalan keskussairaalan silmäosaston asiakkaita toimenpiteeseen valmistautumisessa ja kotiuttamisessa. Tavoitteena oli helpottaa asiakkaan taakkaa toimenpiteen yhteydessä ja vähentää sairaaloiden ja hoitoyksikköjen hoitopäiviä. Hankkeeseen varauduttiin niin, että hoitajillamme on valmiudet auttaa asiakasta toimenpiteen valmisteluissa ja jatkohoidossa. Mummon Turvan hoitajat tekevät suurelta osin vanhustyötä, siksi osallistuminen myös saattohoidon pilotointiin sopi luontevasti hankkeen osaksi.

MITÄ SAIMME

Saimme hyvää koulutusta hankkeen kautta. Pohjois-Karjalan keskussairaalan silmäosasto on tässä suhteessa ansainnut kiitokset täydennyskoulutuksesta hoitajillemme. Myös Kotihoito24 -hankkeen järjestämä ja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun toteuttama näytteenottokoulutus antoi lisävalmiuksia työntekijöillemme.

Toinen positiivinen asia, mikä hankkeesta on seurannut, on verkostoituminen. Hyöty yhteistyöstä on enemmän kuin kilpailu ja osaamisen panttaaminen yksityisen ja julkisen sektorin sisällä. Molemmat voivat yhdistää voimavaransa ja hyöty kohdistuu asiakkaaseen. Konkreettisten tulosten lisäksi yrityksellemme syntyi uusia yhteyksiä, tutustuimme muihin alan yrittäjiin ja pääsin jakamaan näkemyksiäni julkisen sektorin päättäjien kanssa. Kaikki terveyst- ja sosiaalialan verkostot ovat tärkeitä yrittäjille, koska ikinä ei tiedä, mitä seuraavan oven takaa löytyy. Projektin suurin anti oli juuri verkostoituminen lähialueiden toimijoiden kanssa.

LYHYT AIKA

Yrittäjän kannalta pilotoinnin lyhyys kuitenkin oli hankalaa. Pilotoinnin ajankoh- ta sijoittui keväälle 2010 ja kesti 3 kuukautta, mikä osoittautui yksityisen toimijan kannalta aivan liian lyhyeksi ajaksi. Asiakassuhteiden luominen ja verkostoituminen myös julkisen sektorin kanssa vaatii paljon aikaa ja pitkäjänteistä työskentelyä. Hankkeeseen keskeisenä osana kuulunut yritystoimintojen laajentaminen kotihoitoon on

tavoiteltavaa, mutta nyt aikapula pilotoinnissa muodostui esteeksi. Pilotoinnin jälkeen on yhteisten asiakkaiden ja yhteistyön määrä kuitenkin lisääntynyt ja se ei näy vielä pilotoinnin aikana.

YHTEISTYÖN SUUNTA

Hanke oli laadukas ja osoitti hyvin suunnan, mihin terveydenhuollon tulisi mennä. Tänä päivänä on lyhytnäköistä katsella toimijakenttää vanhoista rooleista ja jakaa se julkiseen ja yksityiseen sektoriin. Ne eivät ole olleet enää aikoihin toisensa pois-sulkevia osioita, vaan tukevat toinen toistaan ja rakentavat yhdessä laadukkaan ja kokonaisvaltaisen palvelun asiakkaalle. Se, joka toimijoiden limittämisessä voittaa, on asiakas. Hanke osoitti, miten arvot asiakaslähtöisyys, inhimillisuus, turvallisuus ja luottamus pystytään parsimaan kestäväksi verkoksi. Näen, että tehostettu kotihoito ja kotisairaaloiminta ovat lähtökohta uudentyypiselle, asiakaslähtöiselle toimintamallille.

KOMPASTUSKIVET

Kun puhuin hankkeesta tuntemieni keskussairaalan hoitajien kanssa, sain hämmästyttävän usein kuulla, etteivät he olleet kuulleetkaan koko hankkeesta. Tiedottaminen on vaikea laji, varsinkin alalla, joka on jatkuvien muospaineiden alla. Hoitotyötä koskevia tutkimuksia ja hankkeita on meneillään niin paljon, että on vaikea erottaa jyvät akanoista. On ymmärrettävää, että hankkeet mielletään melko abstrakteiksi asioiksi, jotka eivät koske arkista työntekijää. Päivittäinen perustyö vie säästötoimien aikana niin paljon voimavaroja, että ylimääräiseksi koetut asiat tulee sivuutettua helposti.

Näkisin, että tässä hankkeessa avainasemassa ovat kotiutushoitajat. Heidän asenteensa näyttää merkittävintä osaa siinä, miten yksityinen toimija pääsee mukaan kotiutusprosessiin. Ehkä on edelleen helpompaa ottaa yhteys entisen tapaan kaupungin kotisairaanhoidon.

JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSIA

Tällä hetkellä käytössä on kotihoidon, kotisairaanhoidon ja omaishoidon palveluseleitä. Hankkeen edetessä uskon, että palveluseteli saattaisi tulla kyseeseen tämänkin tyyppisessä toiminnassa, nimenä voisi olla vaikka kotiutusseteli. Yrityksellämme on hyviä kokemuksia palvelusetelitoiminnasta. Seteliä käytettäessä asiakkaalle tulee entistä paremmin valinnanvapautta. Kun palveluntarjoajia on useampia, voi hän käyttää itselleen mieluisia yrittäjiä, eikä seteli sulje pois kunnallistakaan vaihtoehtoa, jos asiakas haluaa sitä käyttää. Kun valinnanvaraa ja kilpailua on enemmän, hoitotyön laatu paranee.

Nyt pilottivaiheessa testattiin saattohoitotyötä ja toimintaa silmäosaston kanssa. Jatkossa en näkisi mitään estettä laajentaa pilotoinnin mukaista yhteistyötä esim.

päiväkirurgiaan. Osa sairaalavuorokausista saataisiin helposti pois ja kustannukset olisivat todennettavissa yksinkertaisella plus- ja miinus-laskulla. Myös leikkauksiin valmistautuminen sujuisi asiakaslähtöisesti kotoa käsin.

Tiedotusta yrityksistä ja niiden tarjoamasta palvelusta tulee edelleen kehittää. Yritykset eivät voi olettaa, että tieto niiden toiminnasta on automaattisesti muiden toimijoiden tiedossa. Sama toisin koskee myös julkisen sektorin toimintoja, jotka myös muuttuvat ja kehittyvät jatkuvasti.

SAATTOHOITOON KOTIIN

Erja Riikonen & Tuulia Kouvalainen

Olemme työskennelleet jo vuosia erikoissairaanhoidossa ja auttaneet kuolevia potilaita kotihoitoon. Artikkelini pohjautuu pitkälti omiin kokemuksiimme saattohoitopotilaan kotiuttamisesta. Artikkelini lopussa kuvaamme tiivistetysti kuvion avulla kotiutusprosessia kotisaattohoitoon. Kuvio voi toimia muistin tukena kotihoitoa järjestettäessä.

Saattohoito on vaikeasti sairaan potilaan hoitoa, jolloin parantavasta hoidosta on luovuttu, sairaus etenee ja kuolema alkaa lähestyä. Saattohoito on hyvää potilaan oireiden hoitoa, joka tähtää oireiden lievittämiseen, hyvinvointiin ja jossa korostuu ihmisarvon kunnioittaminen ja turvallisuus. Sen aloittaminen ei ole sidoksissa tiettyyn diagnoosiin. (Hänninen 2008, 12.) Hyvää saattohoitoa voi toteuttaa sairaalassa, hoitolaitoksessa, saattohoitokodissa tai kotona (Autio & Sonkajärvi 1998, 4). Vaikka edelleenkin kuolevan potilaan hoito tapahtuu useimmiten laitoshoidossa, on ihmisten tietoisuus kotisaattohoidosta lisääntynyt. Toive olla kotihoidossa elämän loppuun saakka on yhä yleisempää. Ihmisellä tulisi olla oikeus valita, missä hän haluaa kuolla. Elämä on sitäkin arvokkaampaa, mitä vähemmän sitä on jäljellä. Tämän vuoksi on tärkeää pyrkiä kunnioittamaan potilaan ja omaisen toiveita ja tahtoa.

Kotona tapahtuvan saattohoidon onnistumiseen vaikuttaa potilaan oman kotipaikkakunnan hoitopalveluiden saatavuus. Perusterveydenhuollosta tulisi saada kotiin tarvittaessa ympärivuorokautista hoitoapua ja hoitovastuu siirtyy tällöin kotihoidon henkilökunnalle ja terveyskeskuksen lääkärille. Potilaan oma tahto kotisaattohoitoon on kuitenkin kaiken lähtökohta. Myös omaisten tahto on välttämätön, sillä ilman heidän osallistumistaan kotisaattohoito ei ole mahdollista. Omaiset ovat hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa tärkeitä kumppaneita. Läheiset ja ystävät turvaavat potilaan perustarpeet, mutta kotihoidolla on ammatillinen vastuu sairaanhoidollisista tehtävistä ja kokonaishoidon onnistumisesta. Potilaan, omaisten ja kotihoidon henkilökunnan kanssa yhdessä arvioidaan onko kotisaattohoitoon edellytyksiä ja tehdään päätös kotiutumisesta.

Rantasalo (2007, 21–22) on kuvannut selkeästi kotiutusprosessia ja seuraavat osat alueet ovat keskeisiä myös saattohoitopotilasta kotiutettaessa: asiakkaan kotiutusvalmiuden arviointi, asiakkaan kotiutuspäätöksen tekeminen, kotiutuksen valmistelu ja arviointi sekä kotiutusprosessin toteutuksen arviointi. Ajoissa ennakoitu kotisaattohoidon suunnitelma antaa enemmän aikaa kotiutusprosessin toteuttamiseen ja kotihoidon järjestelyihin. Kuolevan potilaan kohdalla kotiutusprosessissa korostuvat yksilöllisyys ja inhimilliset arvot. Kotisaattohoidon toteuttamisessa tieto tulevasta kuolemasta antaa erilaisen lähtökohdan hoidon toteuttamiselle. Kotihoidon onnistumiseksi voidaan joutua tekemään poikkeuksellisiakin ratkaisuja, jotka vaativat hoi-

toon osallistuvilta tahoilta joustavuutta ja sitoutuneisuutta. Esimerkiksi kuntouttava hoito onkin lähinnä oireiden helpottamista.

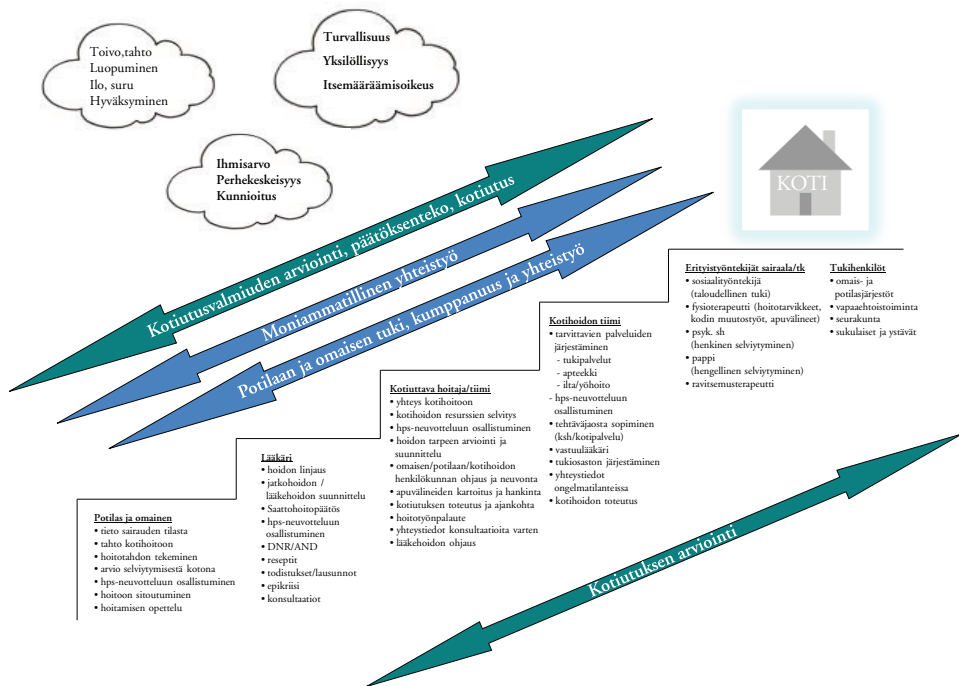
Ennen kotisaattohoitoon siirtymistä tarvitaan lääkärin tekemä saattohoitopäätös. Lääkärin tulee käydä potilaan ja läheisten kanssa saattohoitokeskustelu parantavien hoitojen lopettamisesta ja oireenmukaiseen hoitoon siirtymisestä. Se ei siis tarkoita kaikkien hoitojen lopettamista. Yhdessä potilaan ja omaisten kanssa keskustellaan oireiden hoidosta kotona sekä sairauden tilanteesta ja siitä kuinka luonnollinen kuolema kotona voi tapahtua ja että se on sekä toivottua että sallittua (AND = sallitaan luonnollinen kuolema). Samalla tehdään päätös elvytys ja tehohoito toimenpiteistä luopumisesta (DNR = ei elvytetä tai tehooideta). Hoitavan ammattihenkilöstön on kaikessa toiminnassaan kunnioitettava itsemääräämisoikeutta, yksilöllisyyttä ja ihmisen elämän arvokkuutta. Päätökset tehdään yhteisymmärryksessä potilaan ja omaisten kanssa, huomioiden myös potilaan hoitotahto.

Kotihoito edellyttää hoitavalta henkilökunnalta potilaskohtaista hoitosuunnitelmaa oireiden hoidosta, avuntarpeesta ja toimintamalleista. Tällöin käsitellään sairauden aiheuttamia oireita ja kartoitetaan missä elämisen toiminnoissa potilas tarvitsee apua. Kotihoidon toteutus suunnitellaan hoito- ja palvelusuunnitelmeneuvottelussa, jossa yhdessä potilaan ja omaisten kanssa sovitaan miten apua kotiin järjestyy; mitä palveluita, apuvälineitä ja hoitovälineitä kotiin on mahdollista saada. Samalla sovitaan kotiutumisen käytännön järjestelyt, ketkä osallistuvat hoitoon, mitä he tekevät ja milloin he käyvät kotona. Mukana suunnittelussa voi olla potilas itse, hänen läheisensä, vuodeosaston sairaanhoitaja, lääkäri sekä kotihoidossa mukana oleva ammattihenkilöstö, esimerkiksi lääkäri ja kotisairaanhoitaja. Myös potilaan hoitoon osallistuvat erityistyöntekijät kuten sosiaalihoitaja ja fysioterapeutti otetaan tarvittaessa mukaan kotiuttamisprosessiin.

Potilaalle, omaisille ja kotihoidon henkilökunnalle annetaan suullista ja kirjallista tietoa potilaan oireiden mukaisesta hoidosta, kuten esimerkiksi kivun-, hengenahdistuksen-, drenien-, infuusioiden ja haavan hoidosta. Potilas ja omaiset tarvitsevat ohjausta myös perushoitotyöstä ja potilaan käsittelystä. Potilaan tulee tietää, että hänellä on itsemääräämisoikeus hoitojen suhteen, joten hänellä on oikeus kieltäytyä elämästä pitkittävästä hoidosta. Lääkärin osallistuminen ohjaukseen on merkittävää kotiuttamisprosessin onnistumisen kannalta. Vaativaa hoitoa tarvitsevalle potilaalle on hyvä varata riittävästi aikaa. Lääkärillä on vastuu myös tarvittavien reseptien ja lausuntojen tekemisestä ajoissa, esimerkiksi epikriisi, B- ja C-lausunnot.

Kotiin voidaan tarvita apua paljon tai vähän, tilanteesta riippuen. Potilaan ja omaisten on tärkeä saada tietoa sairauden etenemisestä ja muutoksista joita potilaan voinnissa tulee tapahtumaan ja mistä he tarvittaessa voivat saada tietoa, apua ja tukea ympärivuorokauden (Hänninen 2008, 8). Ennen kotiin siirtymistä on myös sovittava tukiosasto, jonne potilas pääsee, jos hoito kotona tulee liian raskaaksi. Kotiin tulee saada myös riittävästi apu- ja hoitovälineitä. Lisäksi sosiaalihoitajan on tärkeä selvittää taloudellisten tukimuotojen mahdollisuudet niin, että taloudellinen toimeentulo on turvattu.

Saattohoito kotona on aina vaativa prosessi sekä potilaalle että omaisille ja siihen ryhtyminen vaatii omaiselta uskallusta ja sitoutumista. Omaisilla on kotisaattohoidossa kaksoisrooli, jossa he toimivat sekä hoitajana että tukea tarvitsevana läheisenä.



Kuvio 1. Kotiutusprosessi kotisaattohoitoon

Kotihoitoa suunniteltaessa on hyvä kartoittaa keitä omaisia ja /tai ystäviä hoitoon osallistuu. Hoidon pitkittyminen tai potilaan voinnin heikkeneminen voi myös johtaa läheisten väsymiseen ja aiheuttaa riittämättömyyden tunteita. Tilannetta helpottavat hoitoringin perustaminen, jolloin hoitorinkiin kuuluvat vuorollaan hoitavat potilasta, tilapäinen osastosiointi tai hoidon uudelleen arviointi (Hänninen 2008, 8.) Saattohoitotilanteessa sekä potilas että omaisen joutuvat kohtaamaan moninaisia tunnetiloja ja kuolemasta puhuminen on usein vaikeaa. Perhe voi tarvita koko saattohoitoprosessin ajan keskusteluapua, ohjausta ja tukea, jonka tulee olla inhimillistä, hienovaraista ja rehellistä. On myös hyväksyttävä, jos potilas itse kieltäytyy tai ei pysty puhumaan kuolemasta. Potilaan ja omaisen tunteiden ja mielialojen vaihtelut voivat lisätä väsymystä. Tällöin perheen henkisenä tukena hoitoringissä voi olla mukana esimerkiksi, psykiatrinen sairaanhoitaja ja yhdistysten- tai seurakunnan vapaaehtoistyöntekijät. (Autio & Sonkajärvi 1998, 6.)

Omaisten palautteet onnistuneen kotisaattohoidon jälkeen ovat olleet kannustavia. Usein omaiset ovat vasta hoitoprosessin aikana saaneet tietää, että vaikeasti sairaan potilaan kotihoito on mahdollista; vuodeosastohoito ei olekaan ainoa vaihtoehto. Omaisille on ollut tärkeää saada riittävästi tietoa ja ohjausta sekä ammatillista apua potilaan oireiden hallintaan. Omaiset ovat olleet hyvin kiitollisia kotihoidon mahdollisuuden, käytännön järjestelyiden hoitamisesta, saadusta tuesta ja etteivät ole jääneet yksin vaikeassa elämäntilanteessa. Erityisen paljon kiitosta omaiset ovat antaneet perusterveydenhuollon kotihoidolle. Omaisille on ollut tärkeää saada auttaa

läheistään, viettää aikaa yhdessä ja toteuttaa läheisensä toive saada viettää elämänsä viimeiset hetket kotona. Omaisten kokemusten mukaan moni tärkeä keskustelu olisi jäänyt tekemättä sairaalahoidon aikana. Kotona omassa rauhassa on tehty suunnitelmia ja päätöksiä ja potilas on helpommin ilmaissut tunteitaan ja toiveitaan. Kotihoito on myös helpottanut arkea, koska sairaalassa vierailu koetaan raskaaksi. Samalla sunn ja ystävien on ollut helpompi käydä tervehtimässä. Turvallisuutta on tuonut tieto konsultaatiomahdollisuudesta erikoissairaanhoidon ja mahdollisuus siirtyä oman terveyskeskuksen vuodeosastolle kotihoidon käydessä liian raskaaksi. Myös etukäteen saatu tieto kuoleman jälkeisistä järjestelyistä on ollut tarpeellista. Hyvin onnistunut kotihoito on tukenut omaisia heidän surutyössään. Hyvät muistot ja kokemukset säilyvät ja kantavat läpi elämän.

Joissakin kunnissa kotihoitoa on kehitetty voimakkaasti mm. luomalla kotisairaalatoimintaa, tehostetun hoidon tiimejä ja saattohoitokoteja. Tällöin paranevat edellytykset toteuttaa ympärivuorokautista kotisaattohoitoa turvallisesti ja laadukkaasti. Hyvä oireenmukainen hoito (esimerkiksi kivunhoito) edellyttää jatkuvaa ammattihenkilöstön kouluttautumista saattohoitoon sekä ymmärtävää ja myönteistä asennetta. Jokaisessa kunnassa tulisi olla vähintään yksi palliatiiviseen hoitoon perehtynyt sairaanhoitaja ja lääkäri, jotka tukevat kotisaattohoidon onnistumista ja ovat osalltaan kehittämässä oman kuntansa palliatiivisen potilaan hoitotyötä. Yhteiskunnan palvelurakenteiden muutoksessa kotihoidon mahdollisuus on tärkeä hoitovaihtoehto vaikeasti sairaan potilaan kohdalla. Asiantunteva hoito tulisi järjestyä kotiin, jos se on potilaan ja omaisen tahto. Jos inhimilliset arvot ja taloudelliset resurssit kohtaavat, yhtälö on toteuttamisen arvoinen.

LÄHTEET

- Autio, T., & Sonkajärvi U., 1998. Lähellä elämä ja kuolema, kirjanen omaisen ja vapaaehtoisen tueksi kotona tapahtuvaan saattohoitoon. Helsinki: Omaiset ja Läheiset.
- Hänninen J. 2008. Saattohoito, potilaan ja omaisen opas. 9. uudistettu painos. Helsinki: T.A Sahalan kirjapaino.
- Rantasalo, K. 2007. Sairaalasta kotiin – Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin-kotiutuneille potilaille. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.

JÄRJESTÖTYÖ OMAISTEN RINNALLA KULKIJANA JA JULKISEN TERVEYDENHUOLLON KUMPPANINA

Anna-Maija Pitkänen & Leena Knuutila

OMAISHOITAJUUDEN TUNNISTAMINEN – AVAINASEMASSA TERVEYDENHUOLTO

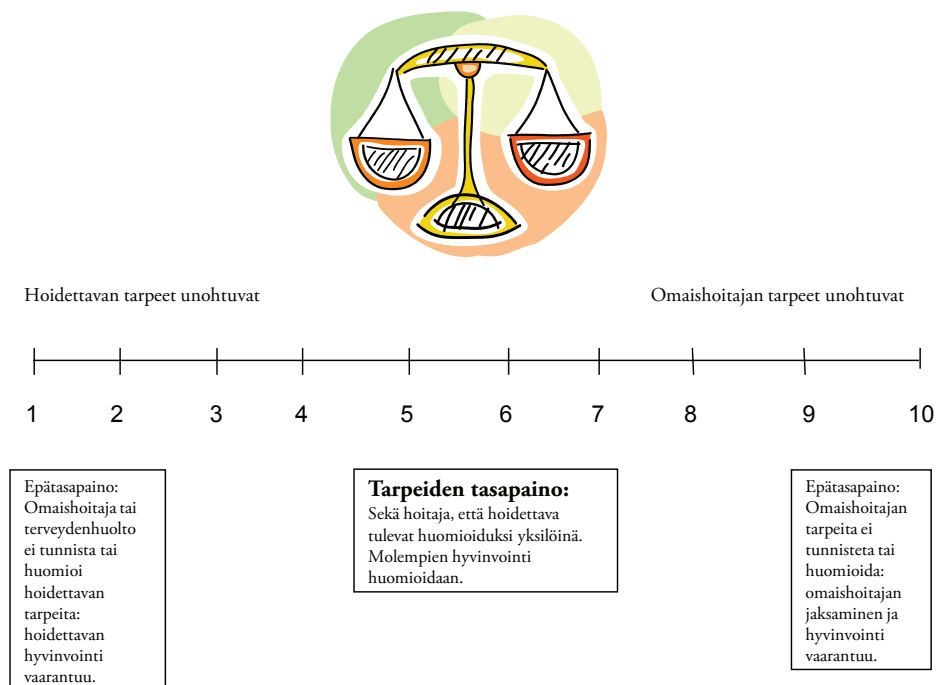
Omaishoitajat ja Läheiset-Liitto ry:n käyttämän määritelmän mukaan omaishoitaja on henkilö, joka pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, joka sairaudesta, vammaisuudesta tai muusta erityisestä hoivan tarpeesta johtuen ei selviydy arjestaan omatoimisesti. Omaishoidon taustalla on suhde, joka on ollut olemassa jo ennen omaishoidon alkamista. Tärkeitä omaishoitajuuden elementtejä ovat: 1) lähimmäisyys, 2) kotona tapahtuva hoiva ja huolenpito, 3) hoidettava ei selviydy yksin arjestaan. Omaishoitajuus-käsitettä on vaikea mieltää omaksi eikä omaishoitajuutta välttämättä tunnisteta, vaikka sen tunnusmerkit täyttyisivätkin. Oman tilanteen arvioiminen ei aina ole helppoa. Vammaiselle lapselle tai pitkäaikaissairaalle lapselle on ensisijaisesti lapsen isä tai äiti. Puolisona ajattelee, että molemminpuolinen tuki ja huolenpito ovat luonnollinen osa yhteistä arkea. Ikääntyvien vanhempien avun tarve on lisääntynyt huomaamatta. Joskus huomaa olevansa omaishoitaja vasta vuosien hoitotyön jälkeen.

Omaishoitajuutta ja sen tunnistamista on hyvä tarkastella sekä perheen että terveydenhuollon näkökulmasta. Omaisen saattaa olla vaikea puhua omaishoitajuudesta, siksi terveydenhuollon henkilöstön on puhuttava siitä. Omaishoitajuuden tunnistaminen ja tarkasteleminen omalla kohdalla pitää tehdä ihmisille mahdolliseksi. Onko sittenkin niin, että omaishoitajuuden tunnistamisen näkökulmasta katsottuna avainasemassa on terveydenhuolto?

TARPEIDEN TASAPAINO OMAISHOITOPERHEISSÄ

Omaishoitotilanne muuttaa elämää ja perheen sisäistä tasapainoa. On tärkeää, että koko omaishoitoperhe elää mahdollisimman rikasta, oman iän mukaista elämää sekä harrastaa ja nauttii mahdollisuuksien mukaan. Terveitä elämänalueita vahvistamalla ja niistä kiinni pitämällä voidaan pyrkiä tasapainoon muuttuneesta tilanteesta huolimatta. Mikäli tarpeiden tasapaino ei toteudu, on vaarana kaksi ääripäätä: Omaishoitajan ja muun perheen tarpeet unohtuvat täysin ja sairaus saa vallan. Toisessa ääripäässä hoidettavan tarpeet sivutetaan ja koko omaishoidon perusta vaarantuu. Tällaisissa tapauksissa hoitaja on ehkä uupunut, eikä jaksakaan enää pitää huolta hoidettavasta. Kos-

ka uupuminen voi tulla hyvin lyhyessä ajassa, on tasapainosta huolehtiminen tärkeää heti omaishoitotilanteen alusta asti. Kotihoidon mahdollistamiseksi koko perhe tarvitsee tukea (Kuvio 1.).



Kuvio 1. Tarpeiden tasapaino (Miisa Lamminen 2010)

Tutkimukset osoittavat, että omaishoitajilla on suuri riski kuormittuneisuuden, raskuuden ja stressin tunteille. Heidän keskuudessaan esiintyy myös enemmän depressiota ja he kokevat oman terveydentilansa huonommaksi kuin samanikäiset henkilöt, jotka eivät ole omaishoitajia. (Mäkelä, Karisto, Valve, & Fogelholm 2010). Viitteitä on saatu myös omaishoitajien suuremmasta sairastuvuudesta ja ennenaikaisemmasta kuolleisuudesta. Dementiaperheiden Omaishoito yhteistyönä – tukimalli osoitti, että pitkäaikaishoitoa voidaan lykätä ja puoliso-omaishoitajan hyvinvointia lisätä räätälöityjen ja koordinoitujen palvelujen avulla. Merkittävää on, että räätälöidyt, koordinoituvat palvelut maksoivat 5000€ vähemmän/perhe/henkilövuosi kuin koordinoimattomat ja räätälöimättömät palvelut. (Eloniemi-Sulkava, Saarenheimo, Laakkonen, Pietilä, Savikko & Pitkälä 2006.)

JÄRJESTÖTYÖ PERHEEN POLULLA

Järjestöjen toiminnasta kantaa vastuun vapaaehtoistyötä tekevä yhdistyksen hallitus. Järjestötoiminta on aina vapaaehtoisuuteen perustuvaa. Järjestö voi olla palveluntuottaja, mutta osa järjestöistä on linjannut palvelunsa perinteisen järjestötyön alueelle. Tämä on yleishyödyllistä toimintaa, johon toimintarahoitusta saadaan esim. Raha-automaattiyhdistys ry:ltä. Tällöin valtioneuvosto päättää avustuksista vuosittain hakemusten ja Raha-automaattiyhdistyksen esityksen pohjalta. Rahoitusta linjataan valtakunnallisesti. Rahoitus voi olla projektirahoitusta tai rahoitusta yhdistyksen osatoimintoon, jolle saadaan jatkuvampaa tukea. Osa järjestöistä toimii täysin vapaaehtoistyön voimin. Järjestöjen tehtävänä on vertais- ja vapaaehtoistoiminta. Useilla järjestöillä on omaisille suunnattua vertaistoimintaa, joka tarjoaa ihmisille osallistumisen, liittymisen ja sosiaalisen kanssakäymisen mahdollisuuksia. Järjestöt ovat edunvalvojia ja vaikuttajia.

Järjestöyöntekijät toimivat asiantuntijoina ja ammattiosajina sekä kumppaneina perheiden arjessa. Tavoitteellinen omaishoitoperheiden tukeminen tarvitsee ammattimaista otetta ja ammatillisesti toimivien järjestöjen yhteistyötä. Järjestötyön tulee verkostoitua siihen palveluverkoston, jossa perhekin elää. Hyvänä esimerkkinä tästä on Kotihoito 24 -hankkeeseen osallistuneiden Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry Yhteinen Polku-hankkeen ja Pohjois-Karjalan Dementiayhdistys ry Muistiluotsi Pohjois-Karjalan yhteistyössä kehittämä muistisairaana perheen järjestöpohjainen vertaistuen malli. Malli kuvaa muistisairaana perheen polkua sairauden varhaisesta vaiheesta omaishoidollisen elämäntilanteen päättymiseen saakka. Mallissa järjestöpohjaiset palvelut on kuvattu perheen etenevän polun varrelle.

Kun muistisairaana perheen arki on sairauden alkuvaiheessa vielä varsin normaalia ja perheellä on tarve ymmärtää sairauden tuomia muutoksia, järjestöpohjaisen mallin mukaisesti kokemuksia voi jakaa vaikkapa Muistimiitinkiryhmässä tai alle 65-vuotiaana sairastuneiden ensitieto- ja vertaistoiminnassa. Nämä palvelut toteutetaan yhteistyössä julkisten, järjestöjen ja yksityisten toimijoiden kanssa.

Sairauden edetessä tullaan tilanteeseen, jossa perheellä on tarve keskustella tulevaisuuteen varautumisesta. Perheen arjessa alkaa myös näyttäytyä omaishoitotilanteelle tyypillisiä tunnusmerkkejä. Miten helpottaa arkea, kun sairastunut tarvitsee yhä enemmän toisen ihmisen jatkuvaa tukea? Miten helpottaa omaisen kuormitusta? Tähän elämäntilanteeseen perhe voi saada apua ja tukea Pariskuntaryhmästä, joka toteutetaan molempien järjestöjen ja Joensuun kaupungin yhteistyönä.

Sairauden edetessä muuttuva arki tuo mukanaan yhä enemmän omaisen jaksamiseen liittyviä kysymyksiä. Näihin voidaan vastata esimerkiksi yksilöllisen perhetyön tai vuorohoito-osastolla omaisten vertaistukiryhmän keinoin. Omaishoitajan prosessi jatkuu vielä omaishoitajuuden päättymisen jälkeenkin, jolloin tukea voi saada sururyhmästä. Omaisille tarjoutuu tukimuotoja muistisairaana läheisensä rinnalla sairauden kaikissa vaiheissa sekä molempien järjestöjen omina palveluina että yhdessä toteutettujen palvelujen muodossa. Monet palvelut verkostoituvat muiden toimijoiden kanssa tehtävään yhteistyöhön.

Pohjois-Karjalan alueen erilaiset järjestöt on koottuna internet www.jelli.fi sivustoille. Järjestöillä on paljon tietoa, verkostoja ja materiaalia, joita hoitotyöntekijät

ja alan opiskelijat voivat käyttää hyödykseen. Toisaalta koulutus ja työelämä voivat kertoa järjestöille kehittämistarpeita, joita voidaan mahdollisuuksien mukaan viedä eteenpäin eri tahoille. Järjestöjen toiminnassa verkostoyhteistyö on tärkeää varsinkin silloin, kun järjestö saa toiminnalle valtion tukea ja sillä on palkattuja työntekijöitä.

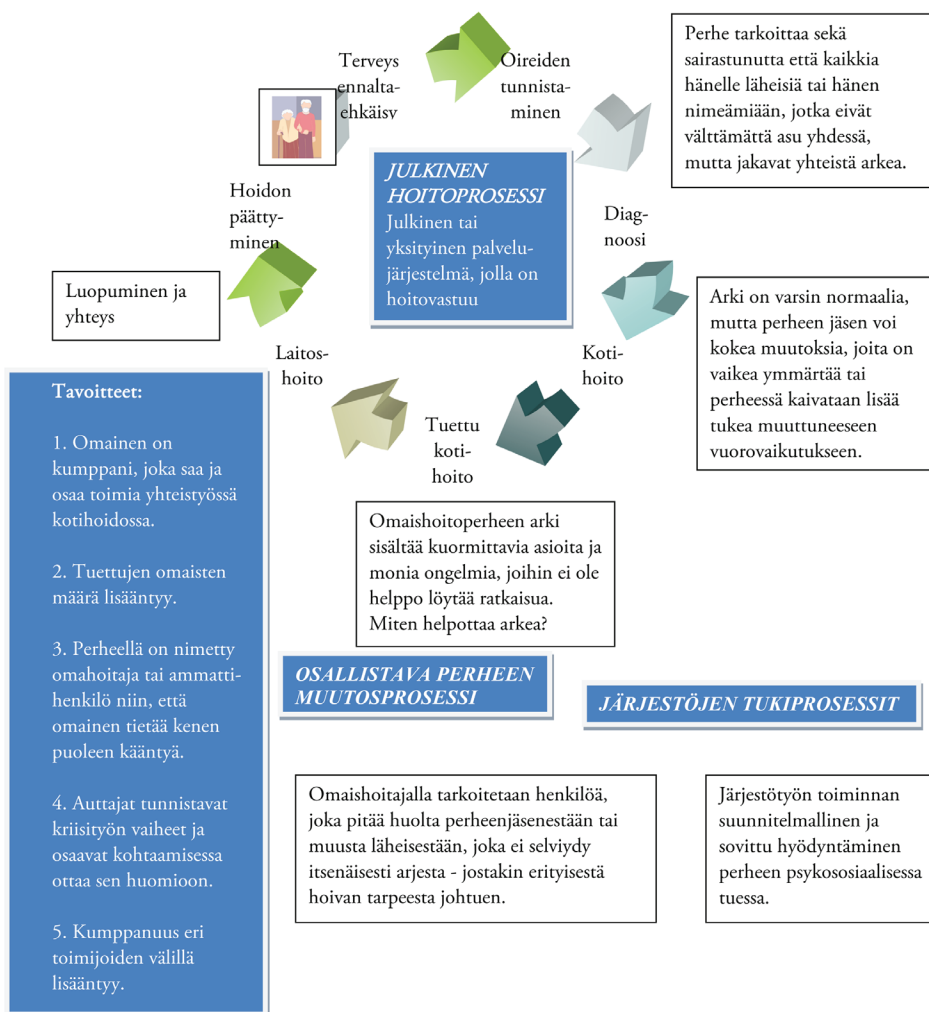
JULKINEN TERVEYDENHUOLTO JA JÄRJESTÖT VOIVAT YHTEISTYÖLLÄ NÄHDÄ PIDEMMÄLLE JA ENNAKOIDA TULEVAA

Kotihoito²⁴ -osahankkeen omaisten tuki tavoitteena ovat: omainen kumppanina ja omaisten tuen sisällöllinen ja menetelmällinen kehittäminen. Lisäksi tavoitteena on saada lisäystä tuettujen omaisten määrään. Omaiset ovat osallisia jo tällä hetkellä läheisensä sairastuessa, mutta järjestäytynyt tuki on vajaata. Uutta ajatusmaailmaa, kulttuuria, vaatii se, että omainen ja muut toimijat nähdään kumppaneina. Myös omaisilla saattaa olla ajatuksia, että he ovat toiminnan kohteena, tuettavina eivätkä aktiivisina toimijoina. Omaisten tuen kautta sairastunut saa paremmat mahdollisuudet selvitä kotona sairaudesta huolimatta eli omaisten tuki ei saa olla erillinen, oma toiminta-alueensa. Tuen tavoitteena tulee olla sairastuneen omaisen kautta saama hyvä apu, hoito ja tuki. Ammatillisen hoitotyön lisäksi kotihoidon onnistumiseksi tarvitaan kumppania, joka tuettuna selviytyy kuormittuneesta arjesta. Hän osaa, jak-saa ja motivoituu hoitavan omaisen tilanteeseen. Näin ajatellen omaisten tuki on osa hyvää kokonaisuhoitoa.

Kumppanuusverkosto antaa omaiselle mahdollisuuksia saada tarpeidensa mukais-ta tietoa, ohjausta, hoitoapua, kodinhoitoapua, vertaistukea, virkistystä ja lepoa. Esi-merkiksi neurologiset ja syöpäsairaudet koskettavat sairastuneen lisäksi hänen lähei-siään, koska sairauden hoidon lisäksi perhe joutuu muuttamaan normaalia arkeaan ja roolejaan, etsimään uusia tapoja selvitä kotitöistään ja vastuista sekä käymään läpi surutyötään. Oikeuksien toteutumista on vielä paljon kehitettävä jokaisen yksittäi-sen perheen kohdalla ja eri alueilla osana hoitoketjuja. Mitä paremmin yhteistyö eri toimijoiden välillä toimii, sitä systemaattisemmin voidaan vaikuttaa niin, että tuet-tujen omaisten osuus lisääntyy. Holmberg (2007) kuvaa väitöskirjassaan omaisten kokemuksia ja erityisesti empatiaa palliatiivisessa hoidossa hän pitää merkityksellise-nä Empatian näyttämisen merkitsee toisen ihmisen ajatusten ja tunteiden ymmärtä-mistä, myötätunnon tuntemista toista kohtaan ja hyvän tekemistä toiselle. Holmberg (2007) käyttää käsitettä yhteiskunnan empatia, joka käsittää palvelujen saantia ja jo-honkin tukimuotoon käsiksi pääsemistä, tietoa, jatkuvuutta, joustavuutta, valinnan vapautta sekä taloudellista tukea. Empatia, joka perustuu myötätuntoon tarkoittaa hyväksymistä, kunnioitusta, luottamusta, yksilöllisyyttä, voimaantumista, kannatte-lua ja jaettuja yhteisiä kokemuksia (Holmberg 2007).

Edellytyksenä omaisten tuen osahankkeen tavoitteiden saavuttamiselle on, että hoitoketjut on mallinnettu ja niitä toteutetaan kuntien, valtion, yksityisten palvelun-tuottajien, seurakuntien ja järjestöjen yhteistyöllä. Kaikilla toimijoilla tulee olla tieto, miten oma toiminta sijoittuu hoitoprosessiin ja kuinka siirtyminen tapahtuu toiseen prosessin vaiheeseen. Toiminnan on oltava perusteltua ja sen pohjana esim. käypä hoito – suosituksen ja hyvien hoitokäytänteiden mallit.

Ihmisen joutuessa sairauden tai vamman takia tilanteeseen, jossa hän tarvitsee hoitoa, hoivaa tai tukea selvittääkseen omasta arjestaan, hoitovastuussa olevan tahon tulee selvittää heti tarpeen ilmaantuessa hänen omaisensa/läheisensä mahdollisuudet olla osallisia. Ihmisellä on oikeus itse määrittellä lähiomaisensa. Jos sairaus aiheuttaa edetessään tilanteen, jossa sairastunut ei yksin voi selvitä, omainen on otettava ennakoiden mukaan alusta lähtien. Perhe nähdään subjektina eikä objektina. Omaisen tilanne, avun ja tuen tarve muuttuvat sairastuneen tilanteen muuttuessa, mutta myös sen mukaan, miten omainen käy läpi kriisityötään. Työntekijällä tulee olla valmiudet ohjaustyöhön ja hänen tulee saada tukea ihmissuhdetyössään kehittymiseen sekä omaan jaksamiseen. Onnistunut vuorovaikutus/yhteistyö ei vaadi enemmän resursseja – toimintakulttuuri ja asenteet sen sijaan vaativat jokaisen henkilökohtaista ajattelun tarkastelua. Järjestötyön toimintaa omaisten psykososiaalisessa tuessa tulee hyödyntää suunnitelmallisesti ja sovitusti.



Kuvio 2. Prosessit kohtaavat – tarvitaan yhteistyötä

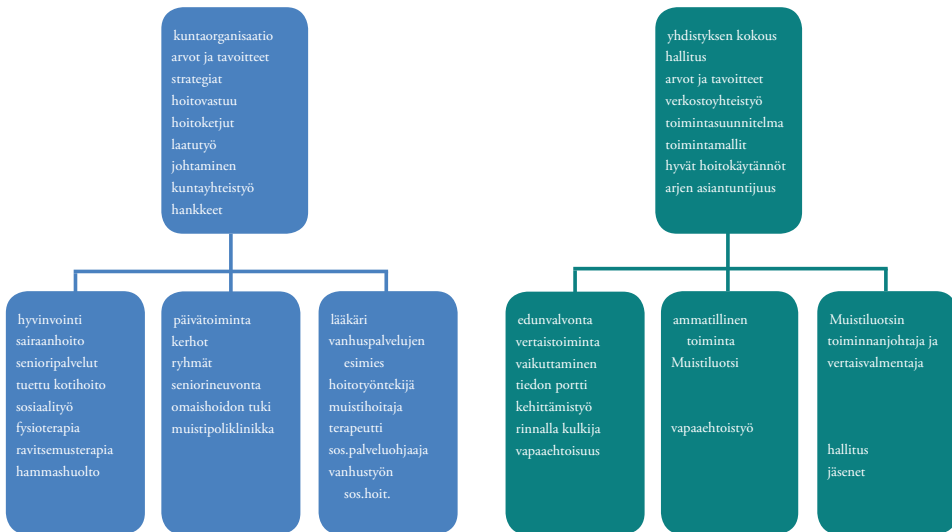
Edellä esitetty kuvio 2. on syntynyt omaisten tuen osahankkeen työskentelyaikana. Kotihoito 24 -hankkeen omaisten tuen tiimin tavoitteet voidaan saavuttaa yhteistyöllä. Julkinen hoitoprosessi on toiminnan kivijalka ja vastaa käytettävissä olevista toimintamalleista, hyvistä käytännöistä ja hoitoketjuista. Sairastunut ja omainen ovat pitkäaikaisen sairauden vuoksi muutosprosessissa, johon tarvitaan yleensä muutakin tukea kuin sairauden hoito. Järjestöt toimivat julkisen hoitoprosessin ja sen palveluja käyttävän perheen välimaastossa perheen ainutkertaisessa elämäntilanteessa. Tämä tuki on yhteiskunnallisesti ajatellen arvokasta, taloudellisesti kannattavaa ja ennen kaikkea inhimillistä.

Järjestöjen ja julkisen järjestelmän yhteistyö on täynnä mahdollisuuksia, mutta myös haasteita. Palvelurakenteen keventäminen laitospainotteisesta hoidosta kotipainotteiseen hoitoon tuo väistämättä tarkasteltavaksi omaishoitajuuden ja omaishoitajien jaksamisen tukemisen. Perheiden kannalta julkisen terveydenhuollon ja järjestöjen voimavarojen yhdistäminen voi olla mahdollisuus ja jopa ratkaisu kotihoidon mahdollistamiseksi. Selkeät yhdessä sovitut käytännöt ja avoimuus edistävät yhteistyötä ja lisäävät myös perheiden turvallisuuden tunnetta. Yhteistä hyvää – Pohjois-Karjalan hyvinvointialan järjestöstrategia 2015 (Pohjois-Karjalan Maakuntaliitto 2007, 3) näkee järjestöt aktiivisina toimijoina ja hyvinvoinnin edistäjinä. Strategian tavoitteina vuoteen 2015 ovat:

- Maakunnan monipuolinen ja aktiivinen järjestötoiminta edistää kansalaisten yleistä sosiaalista ja terveydellistä hyvinvointia. Pohjois-Karjalan maakunnan yhdistysten toimintaedellytykset ovat vahvat.
- Hyvinvointialan julkiset toimijat ja järjestöt toimivat avoimessa, kumppanuuteen perustuvassa yhteistyössä paikallisen seudullisen ja maakunnallisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Hyvinvointialan järjestöjen ja yksityisten yrittäjien yhteistyöhön on kehitetty uusia toimintamalleja.
- Järjestöjen erityisasiantuntijuus otetaan huomioon kuntien, seutukuntien ja koko maakunnan hyvinvointipoliittisessa päätöksenteossa.

JOENSUUNSEUDUN OMAISHOITAJAT JA LÄHEISET RY:N, POHJOIS-KARJALAN DEMENTIAYHDISTYS RY:N JA JOENSUUN KAUPUNGIN VERKOSTOYHTEISTYÖN ESIMERKKIKUVAUS

Ennen yhteistyötä, on molemmilla osapuolilla omat tehtäväalueensa muistisairautta sairastavan ja hänen perheensä polulla. Muistisairautta sairastavalla perheensä kanssa tulee olla sairauden hoito ja seuranta järjestetty oman kunnan palveluista tai yksityiseltä puolelta. Kunnan muistihoidajien, neuvontakeskusten ja hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden palvelunohjauksen avulla on järjestetty perheelle heidän tarvitsemansa tukimuodot. Yhdistyksiltä perhe saa vertaistukea, kun voimavarat ovat ilman sitä liian vähäiset. Toiminta on vapaaehtoista. Perheen tarpeita tuodaan esille ja toimitaan niin, että tarvittavia tukimuotoja on mahdollista saada. Ammatillinen järjestötyö on verkostoyhteistyötä. Seuraava kuvio 3. on erimerkinomainen,



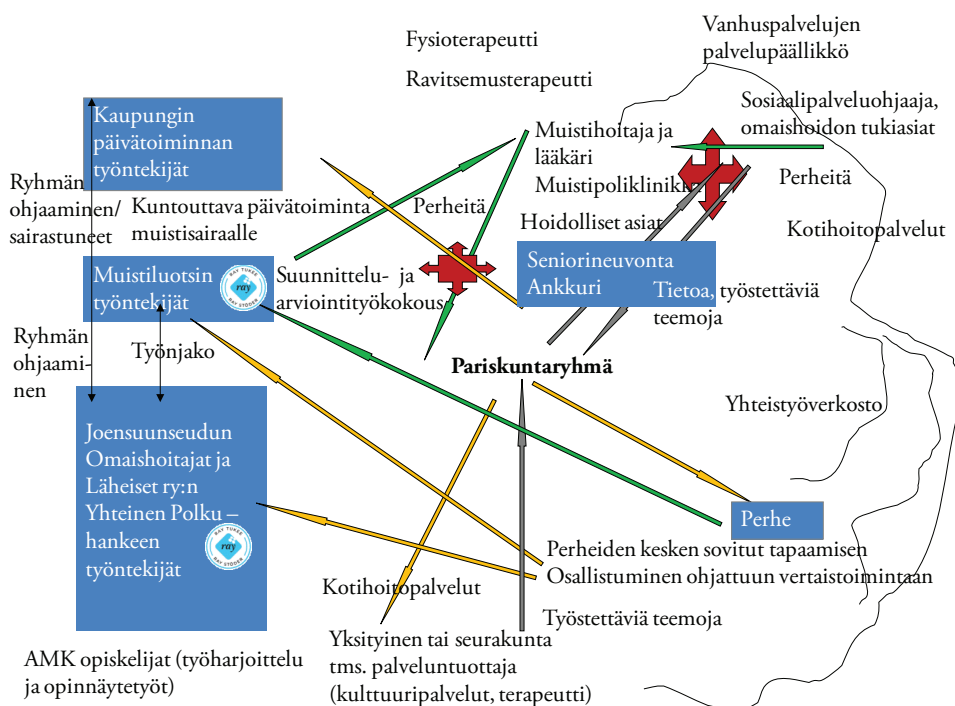
Kuvio 3. Yhteistyön pohjalla toimijoiden omat organisaatiomallit.

Kuviossa 4. kuvataan perheen elämää Joensuun palveluverkostossa. Vihreät nuolet kuvaavat perheen ohjautumista Pariskuntaryhmään joko kaupungin palvelujen tai järjestön kautta. Muistihoidajat arvioivat perheen tarpeet ja tuovat tiedon perheistä suunnitteluryhmän valintakokoukseen. Harmaa nuoli kuvaa tiedon kulkua, mikä tarkoittaa esim. tietoa, jota Pariskuntaryhmässä voidaan työstää tai tietoa hoidollisista asioista kunnan toimijoille. Oranssi nuoli kuvaa perheen siirtymistä ryhmän jälkeen. Kumppanuusmallissa on tehty sopimus Joensuun kaupungin ja toimintaa toteuttavien järjestöjen kesken. Molemmat sitoutuvat toimintaan puolivuosittain. Tässä mallissa järjestöt ovat toimineet Raha-automaattiyhdistyksen tuella eikä kunta ole ostanut järjestöjen panosta. Järjestöt ovat saaneet RAY:n tuen ryhmä- ja vertaistukitoimintaan. Kumppanuus on ymmärretty yhteisellä tavoitteella, samansuuntaisilla arvoilla, selkeällä roolijaolla ja pelisäännöillä, säännöllisillä yhteistyöpalavereilla ja luottamuksella.

Prosessi

- 1) Ohjautuminen palveluun ja ryhmän valinta
- 2) Suunnitteluryhmä ennen kuntoutuksen aloittamista
- 3) Interventio
- 4) Jatkon tuki ja seuranta

Kuviosta 4 Kuntoutuksen ja vertaistuen pariskuntaryhmä muistisairaalle ja hänen omaiselleen -mallista on hyväksytty 2010 hyvä käytäntö kuvaus sosiaaliportin internet sivuille



Kuvio 4. Kuntoutuksen ja vertaistuen pariskuntaryhmä muistisairaalle ja hänen omaiselleen – verkostoyhteistyön kuvaus

KOTIHOITO24, OMAISEN TUKI – PITKÄ TIE

Muistisairauden loppuvaihetta voidaan verrata syöpäsairauteen tai vaikeaan sydämen vajaatoimintaan. Silloin kyse on palliatiivisesta hoidosta, jota voidaan toteuttaa myös perheen kotona, mikä on Kotihoito24 -hankkeen tavoite. On tutkittu, että omaiset, jotka ymmärtävät eliniän rajallisuuden ja tietävät komplikaatioista, vaativat vähemmän rasittavia toimenpiteitä (Saukkonen 2010). Muistisairautta sairastavan perhe elää vuosia dementoivan sairauden kanssa. Että kotihoito loppuvaiheessa on mahdollista, tulee tuen alkaa jo sairauden tunnistamista lähtien ja jatkua läpi kaikkien vaiheiden.

Järjestötyö omaisten rinnalla kulkijana ja julkisen terveydenhuollon kumppanina on nykypäivää. Kuten edellä on kuvattu, hyvällä yhteistyöllä saadaan enemmän aikaa kuin kenenkään yksin tekemänä. Palveluverkostot ovat niin monitahoisia, että itse kunkin on hyvä välillä pysähtyä miettimään, miten perheen, omaisen ääni siellä kuuluu.

MITÄ MINÄ OMAISENA KAIPAAAN?

Omaisiin kannattaa tutustua ja miettiä, miksi on tärkeää tehdä heidän kanssaan yhteistyötä. Työntekijän yhteistyö omaisen kanssa voi milloin tahansa muuttua omaisen yhteistyöksi työntekijän kanssa. Tästä näkökulmasta käsin jokainen voi ymmärtää, miksi omaisiin tutustuminen ja yhteistyön tekeminen on tärkeää. Hankkeen aikana järjestettiin Omaisten tuen koulutuspäivä. Omaisilta kerättiin kokemuksia ja asioita, joita he haluavat jakaa toisten kanssa. Erään omaisen toiveet voisivat olla hoitoyhteisölle keskustelun pohjaksi mietittäessä tavoitteita ja arvoja toiminnan perusteeksi:

- *Haluan, että rakasta läheistäni kunnioitetaan, kuunnellaan, kohdellaan aikuisena ihmisenä.*
- *Haluan, että rakas läheiseni saisi nähdä iloisia ilmeitä hoitajien kasvoilla.*
- *Haluan, että rakasta läheistäni hoitava olisi aidosti läsnä kohtaamisen hetkessä.*
- *Haluan, että hoitajat miettivät, onko kiire aina oikeasti se syy, että toisen ihmisen kohtelemisen hyvin ei ole mahdollista. Onko oikeasti aina niin kiire?*
- *Haluan, että voisin sanoa hoitajille positiivista palautetta hyvästä hoitamisesta.*
- *Haluan, että minut otetaan oikeasti mukaan rakkaan läheiseni hoitoon. Minulta kysytään, minua kuunnellaan, minulle kerrotaan rakkaan läheiseni asioista.*
- *Haluan, että voin hengittää vapaasti, käydä illalla nukkumaan rauhallisin mielin ja elää omaakin elämää.*
- *Haluan antaa aikaa perheelle, lapsille ja puolisolle ilman syyllisyyden tunnetta, että pitäisikin olla rakkaan läheiseni luona.*
- *Haluan, että rakas läheiseni saa hyvän hoidon, eikä minun tarvitse taistella sen eteen.*
- *Olisi myös kiva, että joskus joku kysyisi ”kuinka sinä voit?”*

Sairaanhoitaja, kollega, omainen 2010

LÄHTEET

- Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Savikko, N. & Pitkälä, K. 2006.
- Omaishoito yhteistyönä. Iäkkäiden dementia-perheiden tukimallin vaikuttavuus. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 14. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Kirjapaino.
- Holmberg, L. 2007. Communication in palliative home care, grief and bereavement. A mother's experience. Doctoral Dissertation 2007:1. Malmö: Malmö University Health and Society.
- Mäkelä, T., Karisto, A., Valve, R. & Fogelholm, M. 2010. Iäkkäiden väsymys ja sen taustat: muutokset kolmen vuoden seuranta-aikana. Gerontologia 2, 179–186.
- Kuntoutuksen ja vertaistuen pariskuntaryhmä muistisairaalle ja hänen puolisolleen (Päivitetty: 5.10.2010 12:52), THL <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytando/kuvaus/?PracticeId=386f2733-500e-4808-8d6d-76950fccf79b>. 22.10.2010.
- Yhteistä hyvää Pohjois-Karjalan hyvinvointialan järjestöstrategia 2015. 2007. Pohjois-Karjalan maakuntaliitto. Julkaisu 106 2007. Joensuu: Kopijyvä.

Suullinen lähde

- Saukkonen, A-M. Neurologi. Luento muistihoidajille kesäkuussa 2010.

TEKNOLOGIA KOTONA TAPAHTUVAN HOIDON TUKENA

Anne Heikkilä

Kotihoidon palveluja suunniteltaessa on tärkeää ottaa huomioon ikäihmisen koko elämäntilanne arjen sujuvuuden, sosiaalisen turvallisuuden ja toimintakyvyn tukemiseksi. Kotihoidon tehtävänä on sovittaa yhteen erilaisten palveluntuottajien palveluja vastaamaan asiakkaan yksilöllisiä palvelutarpeita. Ikääntyneiden määrän kasvu lisää kotihoidon palvelujen tarvetta tulevaisuudessa. Vuoden 2006 lopussa Suomessa oli 75 vuotta täyttäneitä noin 395 000 (7,5 % väestöstä) ja 85 vuotta täyttäneitä lähes 90 000 (1,7 % väestöstä). Vuonna 2035 ennustetaan 75 vuotta täyttäneitä olevan noin 800 000 (15 % väestöstä) ja 85 vuotta täyttäneitä lähes 250 000 (5 % väestöstä). Tämä merkitsee, että 75 vuotta täyttäneiden määrä yli kaksinkertaistuu nykyisestä. Yli 85-vuotiaita ennustetaan olevan vuonna 2035 yli kaksi ja puoli kertaa niin paljon kuin nykyisin. Vaikka väestön toimintakyky on yleisesti parantunut, vanhimpien eli 85 vuotta täyttäneiden toimintakyvyssä ei ole tapahtunut muutosta parempaan. Iäkävien hoivan tarve ei siten näytä myöhentyneen. Fyysisen toimintakyvyn aleneminen ja erilaiset sairaudet aiheuttavat kotihoidon tarvetta. (Heinola 2008.)

Apuvälineitä on käytetty vanhuspalveluissa jo varsin pitkään. jotkut mekaaniset apuvälineet voivat olla niin vakiintuneita, että niitä ei enää mielletä apuvälineiksi. Toisaalta markkinoille on tullut viime vuosina entistä teknologisempia apuvälineitä. Väestön ikääntyessä, syntyvien ikäluokkien pienentyessä ja työvoimapulan uhatessa tarvitaankin uusia teknologisia ratkaisuja toimintatapoja, jotta selviydytään sosiaali- ja terveydenhoitosektorin haasteista. (Melkas, Pekkola, Enojärvi & Markkula 2008, 10.)

Ikääntyvien terveyden edistämisen tavoitteena on itsenäinen selviytyminen ja vireä vanhuus, jotka tukevat kotona asumista mahdollisimman pitkään. Suomessa 75 vuotta täyttäneistä hieman vajaa 90 prosenttia asuu kotona, ja osuus on pysynyt koko 2000-luvun lähes samana. Vuonna 2005 kotona asuvia yli 75-vuotiaita oli 89,6 prosenttia ikäryhmästä. (Voutilainen 2007, 31.) Tätä kotihoidon lisääntyvää asiakasmäärää tarvitaan hoitamaan aina enemmän hoitajia. Samaan aikaan kuitenkin uusia hoitajia valmistuu vähemmän kuin vanhoja jää eläkkeelle. Kotihoidon henkilökunnan ja asiakkaiden tueksi tarvitaan uutta teknologiaan jonka avulla voidaan selviytyä lisääntyvästä asiakasmäärästä. Kotihoidossa on jo pitkään käytetty teknologiaa mm. turvarannekkeita ja erilaisia testimittareita (verensokerimittari, INR-pikamittari, CRP-pikamittari), mutta uutta teknologiaa kehitetään ja testataan koko ajan eri puolilla maamme. Uusina tuotteina ovat olleet mm. erilaiset interaktiiviset televisiot, erilaiset liiketunnistimet sekä nimenomaan henkilökunnan työtä helpottamaan kehitetyt mobiililaitteet ja lukkojärjestelmät.

Uutta teknologiaa voidaan käyttää sekä asiakkaan kotona pärjäämisen tukena sekä kotihoidon henkilökunnan apuna kasvavan asiakasmäärän hoitamisessa. Kotona asuvien iäkkäiden yksinäisyyden ongelmiin ja psykososiaalisen tuen riittämättömyyteen tarjoavat ratkaisuja lähitulevaisuudessa myös eri puolilla maata kehitteillä olevat teknologiset sovellutukset. Vanhuuden tai sairauden takia kotiin sidottujen ihmisten sosiaalista osallisuutta on pyritty edistämään esimerkiksi HyvinvointiTV-hankekokonaisuudella. HyvinvointiTV:n tavoitteena on kehittää teknologiaa, joka lisää asumisen turvallisuutta, ikääntyvän henkilön toimintakykyä sekä mahdollistaa sosiaalisen kanssakäymisen muiden ihmisten kanssa. Se tuottaa digitaalista televisiota, puhelin-tekniikkaa ja internetia hyödyntävän käyttöympäristön ikääntyvien kotona selviytymisen ja asumisen tueksi. Eri hankkeissa kehitettävät virtuaaliset e-palvelut liittyvät ikäihmisten päivittäisten toimintojen, omahoidon ja yhdessäolon tukemiseen sekä terveyden, kuntoutumisen, toimintakyvyn, turvallisuuden ja mielenterveyden edistämiseen. Interaktiiviset kuvayhteydet mahdollistavat tulevaisuudessa vanhuksille sosiaalisten suhteiden ylläpidon ja kanssakäymisen muiden ihmisten kanssa esimerkiksi kirjaston lukupiirien ja seurakunnan tilaisuuksien kautta (Tepponen 2009, 174).

Kotihoidossa on kokeiltu muun muassa elintoimintoja mittaavia laitteita ja kaatumisen tunnistavia lattioita, jotka edistävät kotihoidossa turvallisuutta. Kehitetyt teknologiset sovellutukset osoittavat, että hyvinvointiteknologialla voidaan tukea ikääntyneiden kotona asumista. Käynnissä olevien kehittämishankkeiden tuloksia tulisi paremmin juurruttaa käytäntöön ja niiden käyttöä tulisi laajentaa aktiivisemmin ikäihmisten yksinäisyyden, osattomuuden ja turvattomuuden tunteiden tunteiden ehkäisemiseksi ja lieventämiseksi (Tepponen 2009, 174).

Omaishoitaja ja hoidettava viettävät 24 tuntia vuorokaudessa yhdessä ja mielekäs tekeminen on tärkeää molempien hyvinvoinnille. Myönteisiä kokemuksia on muun muassa interaktiivisista kuvayhteyksistä omahoitajien ja hoidettavien tukemisessa (Tepponen 2009, 178). Kaste hankkeeseen kuuluvalla Kaakon SoteInto hankkeella on kokeilussa omaishoitajille ja hoidettaville suunnattu Hyvinvointi-TV, tarkoituksena kokeilussa on helpottaa omaishoitajien työtaakkaa ja parantaa turvallisuutta. Järjestelmän ensisijainen tarkoitus on saada lisätukea ja nopeampaa yhteydenottoa omaishoidosta vastaaviin. Järjestelmä mahdollistaa vertaistuen muiden omaishoitajien kesken, koska hoitotyö on niin sitovaa ja liikkuminen hoidettavan kanssa voi olla työlästä ja hankalaa. Linjoilla voi olla yhtä aikaa useampi henkilö ja he voivat keskustella keskenään. Hyvinvointi TV lisää turvallisuuden tunnetta nopeammalla omaishoidosta vastaavien tavoitettavuudella. Näköyhteys myös mahdollistaa nopeamman asioihin puuttumisen, koska pelkällä puheella voidaan jättää kertomatta tärkeät haaveittavat asiat.

Kotihoitoa voidaan tehostaa soveltamalla uutta teknologiaa silloin, kun sovelluksia ei rakenneta entisiä hierarkioita vahvistavaksi, vaan yhteistyöverkostoja tukeviksi ja uusia toimintoja kehittäviksi. Mobiiliteknologiakin tarjoaa uusia hyödyntämismahdollisuuksia, kuten ovien avaamisen matkapuhelimella, mihin on yhdistetty käyntien automaattinen kirjaus. Myös esimerkiksi hoitotietojen kirjaaminen tietokoneella kotona yhdessä asiakkaan kanssa lisää asiakkaan osallisuutta hoitoon ja säästää kotihoidon henkilökunnan kirjaamiseen käyttämää aikaa (Tepponen 2009, 182).

Kotihoidon teknologian testausta suoritettiin myös EU-rahoitteisessa InnoEllihankkeessa vuonna 2005 alkaen. Hanketta pilotoitiin Kotkassa, Lappeenrannassa, Imatralla ja Turun saaristossa. Hankkeessa parannettiin vanhuspalvelujen työntekijöiden valmiuksia hyödyntää tekniikkaa. Pilotit harjaannuttivat vanhuspalvelujen toimijoiden taitoja tekniikan ja palveluiden vuoropuhelussa. Tekniikan käyttöönotto vaati henkilöstöltä teknisten taitojen lisäksi, tieto- ja viestintäosaamista sekä kykyä arvioida käyttöönotettavaa tekniikkaa. Kuntien kotihoidon ja palveluasumisen pilottiympäristöt tarjosivat tuotekehityksen ja referenssin mahdollisuuden tekniikkayrityksille, jotka kehittivät tuotteitaan asiakaslähtöisesti. (Niemi, Riska & Joskinen. 2008.)

Tärkeätä kuitenkin on, että ihmistä ei unohdeta näiden uusien teknologisten tuotteiden vallatessa markkinoita. Edelleenkin on tärkeää, että kotona asuva ikäihminen saa oikean kontaktin aitoon, inhimilliseen ihmiseen. Ihmistä hoitavat kädet tulisi olla aidot, ei robotin kädet.

LÄHTEET

- Heinola, R. 2008. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakesoppaita 70. http://www.stakes.fi/FI/ajankohtaista/Tiedotteet/2008/3_2008.htm. 5.11.2010.
- Melkas, H., Pekkola, S., Enojärvi, S & Markkula, S. 2008. Vanhusten hyvä kotona asuminen: tutkimusta kuntatuottavuudesta, älykodeista ja apuvälinepalveluprosesseista. Tutkimusraportti. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillinen yliopisto.
- Niemi, A., Riska, M. & Joskinen, R. 2008. Meri- Saaristo- Saimaa. ELLI. Loppuraportti. Väitöskirjassa Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Liite 9/4. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Terveystalouden ja -talouden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Voutilainen, P. (toim.). 2007. Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 2/2. Helsinki: Valopaino.

KOULUTUS- JA TUTKIMUSYHTEISTYÖ – OSAAMISEN VAHVISTAMISTA JA INNOSTAMISTA KEHITTÄMISVERKOSTOSSA

Ritva Venejärvi

YHTEISTYÖN LÄHTÖKOHDISTA

Kotihoito24 -hankkeen tavoitteet asettavat haasteellisen lähtökohdan hankekumppanuudelle ja monitahoiselle koulutus- ja tutkimusyhteistyölle. Pohjois-Karjalan maakuntaliitto päärahoittajana ja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu hallinnoivana organisaationa edellyttävät projektipäätösten ja strategioiden mukaisen synergiaetujen hyödyntämisen ja vahvan näytön tutkimus-, koulutus- ja innovaatioyhteistyöstä aluekehittämisessä. Työelämälähtöisyys, aluevaikuttavuus ja edelläkävijyys ammattikorkeakoulun arvoina luovat perustan ja toimivat myös voimavarana kehittämiss Hankkeiden tutkivaan otteeseen perustuvalla kehittämissyhteistyöllä ja vuorovaikutukselle työyhteisöjen edustajien kanssa (Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu 2007; Pohjois-Karjalan maakuntaliitto 2008, 2010).

Tarkastelen tässä artikkelissa Kotihoito24 -kehittämissprosessin koulutus- ja tutkimusyhteistyön arvoperustaa, mahdollisuuksia ja toteutumista. Kuvaan ja pohdin hankeyhteistyön merkitystä kumppaneina toimineiden opiskelijoiden asiantuntijuuden kehittymiselle opinnäytetyö- ja harjoitteluprosesseissa. Tuon esille myös joitakin ajatuksia hankkeen opintomatkojen yhteisistä oppimiskokemuksista ja innovaatioiden etsimisen tunnelmista, pohdinnassa jatkuvuutta kokonaisuutena koulutus- ja tutkimusyhteistyölle etsien. Kuvausten ja pohdinnan taustalla ovat opiskelijoiden ja hanketoimijoiden kehittämissprosessien aikaiset palautteet; kirjalliset, keskusteluista poimitut ja yhteistyöneuvotteluissa esille tulleet keskeiset kysymykset.

KOULUTUS- JA TUTKIMUSYHTEISTYÖN EETTISISTÄ PERUSTEISTA

Koulutus- ja tutkimusyhteistyö on kaikissa muodoissaan vahvasti arvosidonnaista. Kotihoito24 -hankkeessa yhteistyötä on tehty jatkuvassa muutoksessa elävissä, monitoimijaisissa työyhteisö- ja ihmissuhdeverkostoissa, yli organisaatio- ja kuntarajojen. Eri osahankkeiden kehittämistoimet tähtäävät yhteisten päämäärien saavuttamiseen. Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämissyöhyöhön osallistuvan henkilökunnan yhteistyötä ohjaa inhimillisiä arvoja korostava arvoperusta ja toimijoiden ammatilliseen asiantuntijuuteen sisäistämät ammattikuntien eettiset ohjeet. Osallisuuden ja osallistumisen

odotukset ulottuvat yhdessä sovittujen periaatteiden mukaiseen yhteistyöhön, yhdessä kehittämiseen. Ammatilliseen eettiseen toimintaan kuuluvat työhön sitoutuminen, oman toiminnan arviointi ja toiminnan perusteleminen sekä tutkimuseettisten näkökohtien huomioon ottaminen inhimillisistä lähtökohdista elävät yhteisellä kehittämispolulla. Verkostoituvassa koulutus- ja tutkimusyhteistyössä halutaan löytää paras ajantasainen tieto päätöksenteon tueksi ja soveltaa näyttöön perustuvan toiminnan (Evidence based practice) parhaita käytänteitä työyhteisöjen kehittämisprosesseissa. (Leino-Kilpi 2009, 361–368; Sarajärvi & Markkanen 2009, 4–10; Välimäki 2009, 19–20.)

Kotihoito24 -hankkeen arvot ja eettisen toiminnan perusta muodostuvat asiakaslähtöisyydestä, inhimillisyydestä, turvallisuudesta ja luottamuksesta. Työyhteisöjen kehittämisprosessit koskettavat aina osallistujien omaa herkkää ja ulkopuoliselle hienovaraisesti lähestyttävää maailmaa. Kehittämistyössä elävät rinnakkain työyhteisöjen oma, suojattava, yksityinen maailma ja toisaalta yhteistyössä kriittisellekin tarkastelulle avautuva maailma. Hankkeeseen sitoutuessa työyhteisöistä on tuotu esille tarve ja kiinnostus kehittyä; vahvistaa oman yksikön ja hanketoimijoiden osaamista, tuoda esille oman yksikön vahvuuksia ja tulevaisuuden kehitystrendejä - avoimesti ja tukea vastaanottaen, myös vertaistukea hankekumppaneille jakaen. Kotihoito24 -hankkeen yrityksille yhteistyön on odotettu tarjoavan näkyvyyttä ja lisääntyvää mahdollisuutta koulutus- ja kuntayhteistyöhön. Yritysten odotukset ovat kohdistuneet luonnollisesti myös taloudellisen kasvun lisäarvoon, jolloin yhtenä menetystekijänä voidaan nähdä yrityskohtaisen erityisosaaminen. Koulutus- ja tutkimusyhteistyön ”johtotähtenä” on ollut kehittää uusia toimintamalleja ja palveluinnovaatioita avoimessa ilmapiirissä ja luottamuksellisessa kumppanuudessa.

Uusien toimintamallien kehittämisen arvokeskiössä ovat olleet vaikeasti sairaat potilaat ja vanhuksat läheisineen sekä heidän oikeutensa elää omassa kodissa tai valitsemassaan hoitoympäristössä elämän loppuun saakka. Kotihoito24 -hankkeen arvojen on koettu elävän työyhteisöjen päivittäisessä toiminnassa, eettisenä hyvänä ja laadukkaaseen kehittämistyöhön sitoutumisena, työyhteisöjen arjen hyvinä tekoina ja vastuullisena toimintana koulutus- ja kehittämisyheteistyössä. Kotihoitoon liittyvän yhteistyön merkitys ja tärkeys asiakkaan, potilaan ja perheen hoitopolun eri vaiheissa on näin tehty näkyväksi kehittämisprosesseissa. Omalta osaltaan hanke on toiminnut kotihoitokeskeisen myönteisen asenteen vahvistajana ja vanhusten hyvän hoidon puolestapuhujana maakunnan alueella ja myös valtakunnallisesti.

Opiskelijat ovat olleet tärkeitä ja arvostettuja yhteistyökumppaneita - niin tämän päivän kuin tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden osaajina ja työyhteisöjen kehittäjinä. Oppimisympäristöt ja ilmapiiri on haluttu tehdä opiskelijoille oppimiseen kutsuvaksi, monipuolisen oppimisen mahdollistavaksi ja valmistella opiskelijoille suotuisaksi. Näkökulma asiakaslähtöisestä kotihoitokäytännön vahvasta osaamisesta ja työyhteisö- ja organisaatorajat ylittävstä asiantuntijayhteistyöstä on ollut myös koulutus- ja tutkimusyhteistyötä yhdistävä tekijä kehittämisprosessin ajan.

KOULUTUS- JA TUTKIMUSYHTEISTYÖN RAKENTUMISESTA

Kehittämisprosessien toiminta tulee perustua parhaaseen mahdolliseen näyttöön, jolloin tutkittu tieto, kokemuksellinen asiantuntijatieto, tieto potilaan ja asiakkaan odotuksista ja hoidon tuloksista sekä kehittämistoiminnan toimintaympäristöjen mahdollisuuksista kohtaavat. Tieteelliset kriteerit täyttävä tutkimustieto luo vankan perustan näyttöön perustuvalla toiminnalla ja parhaan saatavilla olevan, ajantasaisen tiedon ohjaamalle hoitotyön toiminnalle (Evidence based nursing). Näyttöön perustuvan toiminnan avulla voidaan edistää hoitotyön laatua ja arvioida hoidon vaikuttavuutta sekä kustannustehokkuutta. Tutkitun tiedon hyödyntäminen voi olla suoraa, jolloin toimintaa voidaan muuttaa tutkimustulosten ohjaamin interventioin tai ottaa uusi toimintatapa käyttöön soveltaen tutkimustulosten välittämää tietoa. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää välillisesti kehittämistyön tarkoituksen, luonteen ja edellytysten mukaisesti. (Holopainen, Korhonen, Miettinen, Pelkonen & Perälä 2010, 30–45; Kankkunen & Vehviläinen 2009, 25).

Hoitamisen ilmiöt eri ympäristöissä, asiakkaan ja potilaan hoitoketjussa ovat vahvasti sidoksissa moniammatilliseen osaamiseen ja erityisesti kotihoidossa monialaiseen, organisaatorajat ylittävään verkostoituvaan osaamiseen. Kehittämistyössä tarvitaan hoitotieteellisen tiedon lisäksi monitieteellistä, soveltuvaa tutkimusnäyttöä ja uusia näkökulmia tuovaa asiantuntijatietoa muilta tieteenaloilta mm. lääketieteestä, fysioterapiasta, farmasiasta, sosiaali- ja terveystaloustieteestä. Kehittämistyössä hyväksi koettua kokemuksellista ja asiantuntijoiden toimintanäyttöä voidaan tuottaa, kerätä ja hyödyntää organisaatioiden kehittämis- tai laadunarviointiprosesseissa. Tällöin tutkimusnäyttö ei täytä tieteellisen tiedon kriteereitä, mutta systemaattisesti toteutettuna ohjaa kehittämistoimintaa kohti hyviä käytänteitä ja uudistuvia toimintatapoja (Kankkunen & Vehviläinen 2009, 191–195).

Opintomatkojen tärkeä anti on ollut benchmarking -idean mukaisissa, toimivien käytänteiden vertailussa ja uusien näyttöön perustuvien innovaatioiden löytämisessä asiantuntijaorganisaatioista. Kevään 2009 Tampereen seudun opintomatalla oppiminen vahvisti kehittämistyön oikeaa linjaa. Luentokeskustelujen asiantuntijatieto loi uskoa kehittämisen mahdollisuuksiin erityisesti vaativissa kotiuttamis- ja kuntoutumisprosesseissa, kotisairaaloiminnan merkityksessä ja muistiasiakkaiden sekä heidän läheistensä huomioon ottamisessa. Tanskan ja Ruotsin kevään 2010 opintomatalla oli mahdollisuus tutustua tutkijäidien väitöskirjaan hänen kuolevan poikansa saattohoitoprosessista (Holmberg 2007). Puhutteleva oppimiskokemus innosti välittömästi mm. omaisten tuen kehittäjiä soveltamaan väitöskirjassa kuvattuja empatian tasoja omaisten kohtaamisen tarkastelun taustoiksi. Systemaattisen kehittämisprosessin merkitystä vahvisti myös asiantuntijaluento (Agger 2010) Tom Kitwoodin kehittämästä teoriasta muistisairaiden vanhusten hoitoon. Kukka -metaforan muotoon visualisoitu ja koko henkilökunnan sisäistämä lähestymistapa on ohjannut hoitokodin henkilökuntaa vanhusten arvostavaan kohtaamiseen ja voimavaraletkitykseen, aktiivoivaan hoitoon. Toimintamallin mielekkyydestä ja aidosta ihmisläheisyydestä saatiin vahvaa näyttöä ja hoitoideologia on haluttu ottaa myös hankkeen työyhteisöissä jo sovellettavaksi. Yhteisillä opintomatoilla on voitu innostaa ja vahvistaa hanketoi-

mijoiden ja opiskelijoiden yhteisöllistä kehittämishenkeä ja kokemusta vertaistuesta. Yhteisten innovaatioprosessien on voitu kokea vastaavan myös tunnetason oppimisen odotuksiin ja kehittyvän osaamisen haasteisiin. (Vrt. Tenhunen, Siltala, Keskinen 2009, 17–20.)

Näyttöön perustuvan toiminnan soveltamisella on tärkeä tehtävä opiskelijoiden ja hanketoimijoiden kehittämis- ja yhteistyötaitojen vahvistamisessa sekä kehittämisen suuntaamisessa innovatiivisiin ratkaisuihin ja tulokselliseen yhteistyöhön. Yhteisiin opinnäytetyöprosesseihin liittyy aina myös eettisen osaamisen vahvistumisen odotukset – niin ohjaavilla opettajilla, kuin myös työyhteisöjen edustajilla ja hanketoimijoilla. Haasteet kohdataan koulutus- ja tutkimusyhteistyössä opintojen aikana työelämävalmiuksiin kasvaessa kuin myös työyhteisöjen asiantuntijatehtävissä toimiessa. Työyhteisöjen kiireinen arki ei aina mahdollista tutkimusmyönteistä hoitokulttuuria. Hoitotyön johtajilla ja esimiehillä on keskeinen asema ja vaikutusmahdollisuus tutkimustiedon käytön innostajana ja näyttöön perustuvan toiminnan kehittäjinä työyhteisöissään. (Ks. Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen, & Åstedt-Kurki 2007, 111–117, 132.)

KOULUTUS- JA TUTKIMUSYHTEISTYÖSTÄ OPINNÄYTETYÖPROSESSEISSA

Ammattikorkeakoulun Terveys- ja sosiaalialan osaamisen kompetensseissa tutkimuksellisten valmiuksien kehittymisen vaatimukset on otettu huomioon erityisesti tutkimusmenetelmäopinnoissa ja opinnäytetyöprosesseissa. Opinnäytetöiden toimeksiantoja on systemaattisesti toivottu ympäröivältä elinkeinoelämältä tai muilta koulutuksen yhteistyötahoilta. Kotihoito24 -hankkeeseen opinnäytetöitä osana perustutkintoaan on tuottanut kuusi (6) sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja fysioterapiaoiskelijaa. Kehittämisprosessin tutkimusaiheista on opiskelijoille pyritty löytämään mielekäs ja opiskelijoita itseään kiinnostava, mutta myös käytäntöä hyödyntävä opinnäytetyön aihe. Valmistuneet opinnäytetyöt ovat olleet Kotihoito24 -kehittämistavoitteiden mukaisia, aiheiltaan vaativia ja tuloksiltaan ansiokkaita.

Kolme (3) opinnäytetöistä on käsitellyt vaikeasti sairaiden, palliatiivisen hoidon vaiheessa olevien potilaiden kokemuksia ja hoitohenkilökunnan hyvän hoidon kuvauksia. Palliatiiviseen hoitoon liittyi opinnäytetyö Amyotrofista lateraaliskleroosia sairastavan potilaan toivosta ja sen vahvistamisesta hoitotyössä (Kauppinen 2009). Tutkittavaa ilmiötä lähestyttiin tässä opinnäytetyössä potilaiden kuvaamina toivon kokemuksina ja odotuksina toivon vahvistamisesta hoitotyön toiminnassa. Kilpeläinen (2009) perehtyi opinnäytteessään palliatiivisen potilaan lääkkeettömään kivunhoitoon moniammatillisena yhteistyönä, eri ammattialojen edustajien kokemuksina ja kehittämisen mahdollisuuksina. Haastatteluaineisto kerättiin tutkittavan ilmiön mukaisesti kivunhoidon yhteistyöhön osallistuvilta sairaanhoitajilta, fysioterapeutilta, sairaalapastorilta ja lääkäreiltä. Palliatiivisen hoidon, erityisesti saattohoidon kehittämisen alueelle liittyi myös opinnäytetyö sairaanhoitajan ammatillisesta hoitotyön osaamisesta saattohoitokodissa (Myller 2009). Tiedonantajina tässä opinnäytetyössä olivat saattohoitokodeissa työskentelevät kokeneet asiantuntijasairaan-

hoitajat. Kaikkien edellä kuvattujen opinnäytetöiden tuloksilla on tärkeä merkitys potilaan kokemusten kuulemisessa ja arvostuksessa sekä palliatiivisen hoidon ja saat-tohoidon asiantuntijaosaamisen haasteiden näkyväksi tekemisessä. Tulokset antavat pohjaa myös laajemmalle keskustelulle tulevaisuuden palliatiivisen hoidon kehittämisen haasteista.

Kotihoito24 -hankkeen kotiuttamisprosessin kehittämisen tueksi valmistui kaksi (2) opinnäytetyötä. Fysioterapian opinnoissaan Häikiö (2010) paneutui case -tutkimuksessaan aivohalvauspotilaan kuntoutumisprosessin tukemiseen fysioterapian keinoin kotihoitoon siirryttäessä. Kuntoutuvan asiakkaan seurantajakso oli puoli vuotta sisältäen haastattelut ja toimintakyvyn muutosten arvioinnit mittauksineen. Myös omaisten osallisuus ja tuen tarve kuntoutumisprosessissa on otettu huomioon opinnäytetyön kuvauksissa. Kotiutusprosessin kehittämiseen liittyy myös Pelon & Sammaliston (2010) toiminnallinen opinnäytetyö erikoissairaanhoidon Ensiapu-poliklinikalle. Opinnäytetyössä kuvattiin kotiutusprosessi ensiavusta ja tuotettiin hoitohenkilökunnalle kotiutumisen tarkastuslista. Toimintaproessin tavoitteena on varmistaa potilaan turvallinen siirtyminen ja hoidon jatkuvuus Joensuun Tehostettuun kotihoitoon. Edellä kuvattujen opinnäytetöiden tulosten merkitys näyttäytyy laajemmin kotikuntoutuksen mahdollisuuksien kasvavissa haasteissa väestön ikääntyessä sekä tehostetun kotihoidon yhteistyön ja tiedottamisen kehittämisen välttämättömyydessä.

Terveiden edistämisen alueelle liittyvä sairaanhoitajaopiskelijoiden (amk) opinnäytetyö kodin merkityksestä hyvinvointia ja terveyttä edistävänä hoitoympäristönä valmistuu keväällä 2011. (Tiilikainen & Voutilainen 2010.) Opinnäytetyön haastatteluaineisto on koottu kotihoidon kokeneiden sairaanhoitajien kuvauksista kodin hyvinvointia ja terveyttä edistävästä merkityksistä.

Kotihoito24 -kehittämispöytäselityksen tueksi valmistui keväällä ylempään ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö kotisairaalaolosuhteiden hoidon ja jatkohoidon kehittämiseksi (Hirvonen 2010). Opinnäytetyön tuloksia on voitu hyödyntää kehittämispöytäselityksen monissa vaiheissa, muun muassa toimintamallien pilotoitien tulosten synteessissä. (Ks. tämän julkaisun kyseinen artikkeli.) Tutkimusyhteistyötä toteutui myös Itä-Suomen yliopiston Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon maisteriopinnoissa. Vilpposen (2009) kandidaatin tutkielma Tieto- ja viestintäteknologia kotihoidossa valmistui hankkeessa hyödynnettäväksi ja loi teoriapohjaa tieto- ja viestintäympäristöjen tarkastelulle.

Hankkeen työyhteisöistä toimeksiannetut opinnäytetyöt on myös esitelty kehittämispäivissä yhteistyökumppaneille. Nykänen-Juvonen & Pakarinen (2009) tekivät opinnäytetyönsä asiakaslähtöisestä kotiutusprosessista Liperi - Outokummun sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueen palvelurakenteiden ja -prosessien kehittämiseen. Tässä toiminnallisessa työssä avattiin hoito- ja palveluketjuja ja tarkasteltiin palveluprosessien toimivuutta asiakkaan siirtyessä terveyskeskussairaalaan kotiin. Pohjois-Karjalan Dementiayhdistys ry:n Muistiluotsin ja Kontiolahden kotihoidon yhteistyönä tilaaman ja Piironen (2010) toteuttaman opinnäytteen tuotteena valmistui ohjekansio teemalla ”Auta ajoissa – ohjekansio muistisairauksien varhaisten oireiden tunnistamiseen”. Ohjekansio on tarkoitettu hoitotyöntekijöiden työvälineeksi oman osaamisen vahvistamiseen muistihäiriöasiakkaan kohtaamisessa, alkavan muis-

tisairauden toimijuuden muutosten arvioinnissa ja tuen menetelmien löytämisessä. Opinnäytetöiden tulokset on otettu innostuneesti vastaan työyhteisöissä jatkokehittämisessä edelleen hyödynnettäviksi.

KOULUTUS- JA TUTKIMUSYHTEISTYÖSTÄ HARJOITTELUPROSESSEISSA

Opiskelijoiden harjoittelu- ja oppimisympäristöjen valinta on merkittävä tekijä ammatillisen kasvun ja osaamisen kompetenssien täydentymisen prosessissa opintojen eri vaiheissa. Laurin (2006, 87) mukaan asiantuntijaksi kehittyminen edellyttää aina autenttista yhteyttä asiantuntijakulttuuriin. Opiskelijalla on näin mahdollisuus omaksua kehityksensä tueksi historiallisesti muodostunutta asiantuntijaperustaista tietoa- taitoa, saada palautetta omasta kehityksestään ja ottaa myös mallia asiantuntijaohjaajan tutkivasta, kriittisestä otteesta omaan toimintaansa ja työyhteisön toiminnan tarkasteluun. Näin opiskelija voi edetä askelen tutkivan oppimisen polulla ja saada kokeneelta ohjaajalta tukea asiantuntijuutensa ja ajattelunsa kehittymiselle (vrt. Heinilä 2009, 134–139).

Kehittämishankkeissa harjoittelu tarjoaa asiantuntijayhteistyössä mahdollisuuden kokonaisuuksien hahmottamiseen, oppimisen reflektointiin, opitun merkityksen laajaan ymmärtämiseen ja myös kehittyvän tiedon tuottamiseen. Sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden harjoittelujaksot Kotihoito24 -hankkeessa ovat ajoituneet opiskelijoiden toiseen - kolmanteen lukuvuoteen, jolloin opiskelijoilla on jo hoitotyön perusosaamista ja kokemusta muista oppimisympäristöistä. Luottamus opiskelijoiden vastuullisuuteen ja oman oppimisen haasteiden tunnistamiseen on ollut keskeistä yhteistyössä. Hankeharjoittelu edellyttää opiskelijoilta innostusta, itseohjautuvuutta, vahvoja vuorovaikutustaitoja, vastuullisuutta ja oman toiminnan suunnittelutaitoja. Myös joustavuutta ja avoimuutta muutokselle on tarvittu monin tavoin - kehittämishanke ei mahdollista yhtä selkeää harjoitteluympäristöä tai perinteisten hoitotaitojen oppimista. Harjoitteluympäristöt on valittu opintojakson ja henkilökohtaisten oppimistavoitteiden pohjalta, neuvotellen ja sopimuksia tehden. Opiskelijoille on nimetty osahankkeisiin ns. kotiitiimit, joissa tiimijohtajat ovat olleet koordinoinnin avainhenkilöitä ja harjoittelupolun suunnittelijoita yhdessä ohjaavan opettajan kanssa.

Pitkäaikaissairaahan hoitotyön harjoittelun tärkeitä oppimistavoitteita ovat olleet turvalliset kotiutuskäytänteet, syöpäpotilaan hoitotyö eri ympäristöissä, palliatiivinen hoito ja saattohoito vuodeosastoilla, kotihoidossa ja Joensuun Tehostetussa kotihoidossa sekä vanhusten hyvä hoito hoitokodeissa ja vuodeosastoilla. Viestintä ja saumaton tiedonkulku on ollut osa oppimisprosessia. Tällä alueella Pohjois-Karjalan Pelastuslaitoksen ensihoidon yksikkö on ollut yksi oppimisen mahdollistaja. Omaisten ja omaishoitajien tuen tarve on ollut myös opiskelijoiden oppimisen tavoitteena ja haasteena. Omaisten tuen oppimisen mahdollisuudet ovat löytyneet erityisesti Pohjois-Karjalan Dementiayhdistyksen, Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistyksen sekä Joensuunseudun Omaiset ja Läheiset ry:n järjestökumppanuuksista. Opiskelijoita on ollut hankkeessa myös Terveyttä edistävän ja ennaltaehkäisevän hoitotyön harjoitte-

lussa, joissa kokemukset ovat olleet terveys- ja voimavaralähtöiselle oppimiselle merkityksellisiä ja terveyskäsitystä laajentavia.

Opiskelijat ovat harjoitteluissaan tehneet onnistuneita tehtäviä, joiden välittämää tietoa on voitu hyödyntää kehittämistyössä. Harjoittelutehtävinä on tuotettu mm. Itä-Suomen läänin kuntien saattohoitokodin tarvekartoitus, teoreettinen kuvaus Terveystta edistävstä kotihoidon hoitotyöstä sekä tarvemääritys Ensihoidon sähköisestä kirjaamisesta. Osa harjoittelutehtävistä on esitelty Kotihoito24 -kehittämispäivissä ja ne ovat Moodle -verkkoympäristössä hanketoimijoiden käytössä.

Itä-Suomen yliopiston Terveystieteiden tiedekunnan maisteriopiskelijat ovat omalla osaamisellaan rikastuttaneet hankkeen opiskelijayhteistyötä. Harjoitteluyhteistyötä on toteutettu Preventiivisen hoitotieteen opintojen Terveystden edistämisen asiantuntijuuden harjoittelussa ja Terveysttieteiden opetusharjoittelussa. Maisteriopintojen kyseiset harjoittelut on mahdollistettu toteutettavaksi projektiympäristöissä. Yhteistyössä toimineet opiskelijat ovat osallistuneet kehittämissprosessiin täysipainoisesti; toimineet käytännön ja työyhteisöjensä edustajina, asiantuntijoina, luennoitsijoina, vastuuhenkilöinä toimintamallien pilotoinneissa sekä vertaistukena ja yhteistyökumppaneina niin tiimijohtajille kuin myös hankehenkilöstölle. TtM -opiskelijoiden Halosen ja Heikkilän kokemuksia kuvaavat artikkelit löytyvät toisaalta tästä julkaisusta. (Ks. julkaisun artikkelit.)

KOULUTUS- JA TUTKIMUSYHTEISTYÖLLÄ - OSAAMISEN VAHVISTUMISTA JA INNOSTUMISTAKO?

Pohtiessani edellä mainittuja näkökulmia yhteistyön haasteista herää useita kysymyksiä: Onko koulutus-, tutkimus- ja kehittämissyhteistyössä toimittu Kotihoito24 -hankkeen arvojen mukaisesti? Onko kehittämissyhteistyö voitu kokea odotetusti sopivan haasteellisena, opiskelijoille ja muille hankekumppaneille kehittymisen mahdollisuuksia tarjoavana? Kehittämistiimien ja työyhteisöjen toiminta yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi on ollut ansiokasta ja sitoutunutta, huolimatta työyhteisöjen sisäisistä muutoksista, useista yhtäaikaista hankkeista ja laajoista palvelurakenteiden muutoshaasteista. Suurin osa toimijoista on voinut olla tiiviisti mukana, sitoutuen, mahdollisuuksia luoden ja työyhteisön kehityksestä vastuuta kantaen. Osahankkeiden kehittäjät ja esimiehet ovat joutuneet ymmärrettävästi myös myötäilemään työyhteisöjen muospaineita osallistumisen aktiivisuudessaan. Väsymistä ”jatkuvaan kehittämiseen” on myös voitu kokea – pääteltävissä on, että kehittämisen tai osallisuuden haasteet ovat olleet niissä tilanteissa liian vaativia. Vastaavasti kehittämiss toimintaan osallistumisessa on koettu usein työn- ja kehittämisen iloa! Osallisuuden mahdollisuus on koettu vertaistuelliseksi ja kollegiaaliseksi yhteistyömuodoksi, myös tärkeäksi työhyvinvointia edistäväksi tekijäksi. Organisaatioiden ja työyhteisöjen johtamiskäytännöt ovat selkeästi tukeneet yhteisten tavoitteiden saavuttamista ja kaikkia osapuolia hyödyntävää koulutus- ja kehittämissyhteistyötä hankeverkostossa.

Koulutus- ja tutkimussyhteistyötä tarkastellessa puhuttelevat kysymykset näyttöön perustuvasta toiminnasta Kotihoito24 -hankkeessa. Käytännönläheisessä kehittämissprosessissa on löydetty monia mahdollisuuksia tutkitun tiedon levittämiseen ja

soveltavaan käyttöön kotihoidon käytänteiden kehittämisessä. Asiantuntijoiden kokemukseen perustuvaa tietoa ja asiakkaiden tarpeita ja toiveita sekä toimintaympäristöä koskevaa tietoa on tuotettu opinnäytetöinä kehittämisessä hyödynnettäväksi. Opinnäytetyöprosessit ovat olleet opiskelijoille haasteellisia, mutta tulosten hyödynnettävyys ja arvostus on ollut kaikkia osallistujia ilahduttavaa. Tutkitun tiedon hyödyntäminen on työyhteisöissä monivaiheinen ja jatkuvuutta edellyttävä prosessi, jossa korostuu erityisesti hoitotyön johtajien ja asiantuntijahoitajien rooli tiedon soveltamisessa ja levittämisessä arjen käytäntöjen kehittämiseen. Esimiehet ovat keskeisessä asemassa henkilökunnan tiedollisen osaamisen ja tutkimusmyönteisen asenteellisen kehittymisen varmistamisessa. Tärkeää on vahvistaa myös valmistuvien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten mahdollisuuksia tieteellisen tiedon käyttöön ja oman toiminnan tutkivaan otteeseen arjen käytännöissä.

Opinnäytetyö- ja harjoitteluprosessit ovat olleet Kotihoito24 -hankkeessa opiskelijoille antoisia. Opiskelijoille on karttunut monipuolista työyhteisö- ja yhteistyöosaamista ja rohkeutta paneutua uusiin haasteisiin. Merkittävänä on koettu myönteisyys kohtaamisessa ja tulevan työtoverin välittämä arvostus yhteistyössä. Usein tavoitteet osaamisen kehittymiselle ovat jopa ylittyneet. Opiskelijoiden kokemukset yhteisistä opintomatoista on kuvattu ”hienoiksi yhdessä oppimisen mahdollisuuksiksi”, joihin ajatuksiin on helppo yhtyä kaikkien matkoille osallistuneiden. Hankkeen vastuutehtävissä toimivien opiskelijoiden yhteistyö on ollut luontevaa ja luotettavaa; vastavuoroista oppimista, uusiin ideoihin rohkaisemista, henkilökohtaisien uusien työelämäyhteyksien ja verkostokumppanuuksien solmimista. Nämä mahdollisuudet myös opiskelijat ovat kokeneet innostavina ja merkityksellisenä tulevalle urakehitykselle ja hankeyhteistyöosaamiselle.

Varovasti voidaan arvioida, että suunnitelmallisesti hankkeissa toteutettavalla koulutus- ja tutkimusyhteistyöllä on mahdollisuutensa kehittämiseen innostamisessa ja laaja-alaisen ammatillisen asiantuntijuuden ja osaamisen vahvistamisessa. Jatkuvuutta suunnitelmalliselle koulutus- ja tutkimusyhteistyölle tarvitaan ja sitä voidaan edelleen rakentaa myös Kotihoito24 -hankeprosessissa tulevaisuuden kehittämisen yhteistyöhaasteet huomioon ottaen.

LÄHTEET

- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U.Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. *Hoitotiede*. Helsinki: WSOY, 111–117, 132.
- Heinilä, H. 2009. Arvioinnin tulkinallinen ja prosessuaalinen luonne. Teoksessa Heinilä H., Kalli, P. & Ranne, K. (toim.) *Tutkiva oppiminen ja pedagoginen asiantuntijuus*. Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisuja, Sarja A, Tutkimuksia 15, OKKA-säätiön julkaisuja. Saarijärvi: OKKA-säätiö ja Tamk/TAOKK, 134–139.
- Hirvonen, M. 2010. Kotisairaالاتosaisen hoidon ja jatkohoidon kehittäminen. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Opinnäytetyö.
- Holmberg, L. 2007. *Communication in palliative home care, grief and bereavement. A mother's experience*. Malmö university and society doctoral dissertation 2007:1. Malmö Högskola.
- Holopainen, A., Korhonen, T., Miettinen, M., Pelkonen, M. & Perälä, M-L. Hoitotyön käytännötyhtenäisiksi – toimintamalli näyttöön perustuvien käytäntöjen kehittämiseksi. Hoitotyön tutkimussäätiö. *Premissi* 1, 30–45
- Häikiö, J. 2010. Aivohalvauspotilaan kuntoutumisprosessin tukeminen fysioterapian näkökulmasta kotihoitoon siirryttäessä. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan keskus, Fysioterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY, 25, 191–195.
- Kauppinen, U. 2009. Amyotrofista lateraaliskleroosia sairastavan toivo ja sen vahvistaminen hoitotyössä. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan keskus, Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Kilpeläinen, J. 2009. Palliatiivisen potilaan lääkkeetön kivunhoito ja siihen liittyvän moniammatillisen yhteistyön kehittäminen. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan keskus, Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY, 87–90.
- Leino-Kilpi, H. 2009. Hoitotyön tehtävä ja etiikan monitasoisuus. Teoksessa Leino-Kilpi H. & Välimäki M. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: WSOY, 361–368
- Myller, R. 2009. Sairaanhoidajan ammatillinen hoitotyön osaaminen saattohoitokodissa. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan keskus, Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Nykänen-Juvonen, S. & Pakarinen, T. 2009. Kotiutusprosessi asiakaslähtöiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa – kotiutusprosessikuvaus kehittämistyön tueksi. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan keskus. Opinnäytetyö.
- Pelo, M. & Sammalisto, E. 2010. Ensiapupoliklinikalta Tehostettuun kotihoitoon – Tarkastuslista ensiavun hoitajille. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan keskus, Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Piironen, S. 2010. Yleisimpien muistisairauksien varhainen tunnistaminen. Ohjekansio Kontiolahden kotihoitoon. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan keskus, Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. 2007. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun strategia 2007–2012. https://intranet.pkamk.fi/strateginen_johtaminen_ ja_ohjaus/pkamk_ strategia_asiakirjat/PKAMKn%20strategia%202007-2012.pdf. 20.12.2010, 13–15.
- Pohjois-Karjalan maakuntaliitto. 2008. Projektipäätös. Euroopan aluekehitysrahaston osarahoittamat projektit. Ympäri vuorokautisen kotihoitoon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä, 2.12.2008.
- Pohjois-Karjalan maakuntaliitto. 2010. Projektisuunnitelman muutospäätös. Euroopan aluekehitysrahaston osarahoittamat projektit. Ympäri vuorokautisen kotihoitoon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä, 26.8.2010.
- Sarajärvi, A. & Markkanen A. 2009. Näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen vahvistaminen työelämässä. Helsingin kaupungin terveyskeskuksen raportteja, 2009:1, 4–10.

- Tenhunen, A., Siltala, R. & Keskinen S. 2009. Innovatiivisuuden käsite kansainvälisessä kasvatustieteellisessä tutkimuksessa ja suomalaisten opetusalan asiantuntijoiden käsityksissä. Teoksessa Heinilä H., Kalli, P. & Ranne, K. (toim.) Tutkiva oppiminen ja pedagoginen asiantuntijuus. Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisuja, Sarja A, Tutkimuksia 15 ja OKKA-säätiön julkaisuja. Saarijärvi: OKKA-säätiö ja Tamk/TAOKKA, 17–20.
- Tiilikainen, T. & Voutilainen, P. 2010. Koti hyvinvointia ja terveyttä edistävänä ympäristönä. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan keskus, Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyön suunnitelma.
- Vilpponen, M. 2009. Tieto- ja viestintäteknologia kotihoidossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kandidaatin tutkielma.
- Välimäki, M. 2009. Miksi tarvitaan tietoa hoitotyön etiikasta terveydenhuollossa ja hoitotyössä? Teoksessa Leino-Kilpi H. & Välimäki M. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 19–20.

Suullinen lähde

- Agger, C. 2010. Luento Tom Kitwoodin mallin sovelluksesta muistisairaiden vanhusten hoitoon. Dementiahoitokoti ja päiväkeskus Pilehuset, Kööpenhamina. Opintokäynti 1.3.2010.

KEHITTÄMISPROSESSIN POLULLA – KEHITTÄMISHANKKEEN TIIMIJOHTAJIEN TYÖSKENTELYN TUKEMINEN

Tuula Kukkonen

TIIMIJOHTAJIEN KEHITTÄMISPROSESSIA TUKEMAAN

Kotihoito24 -hankkeen tiimijohtajien työskentelyn tueksi suunniteltiin prosessi, jonka tavoitteena on ollut tukea tiimijohtajia kehittämistyön johtamisessa sekä tarjota tila ja aika tiimijohtajien reflektiiviselle työskentelylle kehittämissuorituksen aikana. Tarkkaan ottaen prosessia kokonaisuudessaan ei suunniteltu ennen sen käynnistymistä. Sovittiin vain kahdesta ensimmäisestä tapaamisesta ja lähdettiin niiden jälkeen jatkamaan työskentelyä, jonka tavoitteita ja toteutustapoja täsmennettiin kunkin tapaamiskerran suunnitteluvaiheessa. Tämä soveltui mielestäni hyvin prosessikehittämisen (Vataja & Seppänen-Järvelä 2006, 219) ideologiaan: kehittämissuoritus kehkeytyy ajassa, jolloin myös kehittämissuoritusta tukevan työskentelyn olisi hedelmällistä kehkeytyä kehittämissuorituksen etenemistä mukaillen. Ei omenapuuhunkaan porata reikiä ja istuteta uusia oksia jotta saataisiin puusta toivotun – ennalta tiedetyn – mallinen, vaan rungosta kasvavia oksia ja niiden kasvusuuntaa lähdetään tukemaan luontaista kehitystä tukien, vain aavistuksen tavoiteltuun suuntaan vahvistaen.

Tarkastelen tässä artikkelissa tiimijohtajien työskentelyn tueksi rakennettua prosessia kronologisesti. Prosessi alkoi helmikuussa 2009 ja jatkuu tammikuuhun 2011 saakka, mutta tämän tarkastelun kohteena oleva ajanjakso päättyy syyskuuhun 2010. Näkökulma on ulkopuolisen asiantuntijan, ja kiinnostuksen kohteena erityisesti tiimijohtajien yhteiseen työskentelyyn tuomat havainnot ja kokemukset kehittämissuorituksen etenemisestä ja johtamisesta. Uskon että niillä on merkitystä myös muille kehittämistyötä tekeville. Ulkopuolisuus oli kohdallani sekä hankkeen toiminnan ulkopuolisuutta että hankkeen työstämien sisältöjen suhteen vailla asiantuntijuutta olevan henkilön ulkopuolisuutta. En siis toiminut hankkeessa muissa rooleissa enkä tuntenut hankkeen sisältöjä ”sosiaali- ja terveysalan yleissivistystä” syvällisemmin. Työskentelyn lähtökohtana tämä oli mielestäni hedelmällinen, riittävä välimatka tarkastelun fokuoimiseksi oli taattu. Toisaalta luonnollisesti pohdin, löydämmekö yhteisen keskustelutilan jostain tiimijohtajien todellisuuden ja minun todellisuuteni välimaastosta.

Pidin siis tärkeänä kehittämistyön prosessiluonteen korostamista. Sen huomioimista, että kehittämistyö tapahtuu aina kontekstissaan ja on sidoksissa toimijoihin. Työyhteisökontekstissa Seppänen-Järvelä ja Vataja (2009) käyttävät tästä toimijasi-

donnaisesta kehittämisestä käsitettä työyhteisölähtöinen prosessikehittäminen. Halusin myös tarkastella kehittämistyötä oppimisen näkökulmasta, koska uuden kehittäminen on aina oppimisprosessi. Tavoitteena oli tuoda kehittämistyön tarkasteluun tulevaisuus- ja voimavarasuuntautunutta ajattelua: Onnistumisille ja voimavaroille rakentamista kehittämistavoite mielessä. Pedagogisena johtolankana oli kokemuksellinen oppiminen (ks. esim. Nevgi & Lindblom-Ylänne 2003, 94): halusin rakentaa työskentelyn voimakkaasti osallistujien kokemusten varaan. Toivoin myös, että yhteisistä työskentelyajoista syntyisi tiloja, joissa yhteisen oppimisen kokemukset olisivat mahdollisia.

KAKSI ENSIMMÄISTÄ KERTAA: PROSESSIKEHITTÄMISTÄ JA ONNISTUMISANALYYSIJÄ

Kahtena ensimmäisenä työskentelykertana tarkasteltiin kehittämistyön yleisiä kysymyksiä, joita nivottiin keskustelussa tähän hankkeeseen ja sen kehittämishaasteisiin. Teemoja olivat:

- a) näkökulmia kehittämistyöhön,
- b) viisas kehittäjä tekee vaikuttavaa kehittämistyötä,
- c) kehittämistyön tuloksia ja vaikutuksia sekä
- d) arvioinnin merkitys kehittämistyössä.

Keskustelimme prosessikehittämisestä ja toimijälähtöisyydestä, kehittämistyöstä oppimisena (Seppänen-Järvelä 2009, 39), yhteisen oppimisen näkökulmasta (Wenger 1998), verkostonäkökulmasta kehittämistyöhön (ks. esim. Karjalainen 2006) sekä kehittämistyön johtamisesta (Niiranen ym. 2010, 138–140). Kehittämistyön johtamisen osalta kiinnitettiin huomiota perustyön, kehittämistyön, työhyvinvoinnin ja osaamiseen kehittämisen näkökulmia integroivaan tarkastelutapaan. Näillä teemoilla halusin korostaa kehittämistyön prosessiluonnetta ja toimijoiden sitoutumisen, osallisuuden ja innostuksen merkitystä kehittämisprosessin etenemiselle. Pohdittiin myös muutosta, siihenhän kehittämistyö aina jollain tavoin pyrkii, sekä kehittämistyön kumuloitumista ja jatkuvuutta. Pyrkimystä pois irrallisista yksittäisistä aikaansaannoksista kohti kestäviä ja jatkokehittämisen arvoisia tuloksia. Tällöin oli tarpeen sivuta myös kysymystä hyvistä käytännöistä ja niiden siirrettävyydestä (Arnkil ym. 2005, 640). Kehittämistyön arvioinnin osalta keskityttiin prosessin itsearviointiin osana kehittäjän työtä.

Kehittämisprosessin tarkasteluun haettiin kiinnekohtia tiimijohtajien aiemmista kehittämisprosessikokemuksista. Ennakkotehtävän pohjalta tiimijohtajat kuvasivat jonkin kehittämisprosessin, jossa olivat olleet osallisena. Kuvaukseen tiivistettiin tietoa prosessin tavoitteista, etenemisestä ja tuloksista. Tiimijohtajien käsittelemät kehittämisprosessit liittyivät tietojärjestelmän käyttöönottoon, tiimityön kehittämiseen, tiedotuskampanjaan, hoitopolun tekemiseen, apuvälinetoimintaan, osastojen huone- ja työntekijäjaon muutokseen sekä perustyön organisointiin. Peruskuvausten jälkeen tehtiin ”onnistumisanalyysi” tarkasteltavista prosesseista: analysoitiin, minkälaisia onnistumisia oli kohdattu kehittämisprosessin aikana, prosessin tuloksissa sekä

prosessin jo päätyttyä. Onnistumiset liittyivät kehityksen jatkumiseen, toiminnan avoimuuteen sekä benchmarkingiin. Kun tiimijohtajat analysoivat sitä, mihin asioihin onnistumiset olivat perustuneet, mitkä asiat olivat vaikuttaneet onnistumiseen, esille tuli kuvioon 1 koottuja onnistumisen salaisuuksia.



Kuvio 1. Tiimijohtajien näkemyksiä onnistuneen kehittämisprosessin osatekijöistä

Onnistumisanalyysi tuotti monipuolisen koosteen tiimijohtajien kokemien kehittämisprosessien onnistumiseen vaikuttaneista tekijöistä. Tulee olemaan kiinnostavaa palata tähän onnistumisanalyysiin tämän hankkeen kehittämisprosessin päätösvaiheissa: miten kuva mahtaa täydentyä, ja toisaalta onko siinä jotain vähemmän merkittävyykselliseksi osoittautuneita tekijöitä.

Toki koettuja kehittämisprosesseja tarkasteltiin myös ilmenneiden hankaluuksien näkökulmasta. Haasteelliseksi oli koettu tulosten jalkauttaminen kolmivuorotyötä tekevässä työyhteisössä, kehittämistehtävän tulo annettuna ja kaikkien vastustaessa, esimiehen tuen puute, epäonnistunut ajankohta ja prosessin aloittajatahon valinta. Myös jakaminen, jatkuvuus ja työhön kiinnittäminen oli koettu haasteina. Kehittämisprosesseissa oli tullut esille aiemman toimintatavan ongelmia. Tiedonkulku oli aiheuttanut hankaluuksia, samoin kuin kehittämisprosessin vesittäminen, ja aiemmasta poisoppiminen oli koettu haasteelliseksi. Hankaluuksien voittamisessa tiimijohtajat korostivat tiedonkulun merkitystä.

Helmikuussa 2009 tiimien suunnittelun vaiheesta keskusteltaessa esille nousseita teemoja olivat yksiköiden sitoutuminen kehittämistyöhön, tausta-ajattelun kääntäminen tavoitemuotoon, keskeisen kehittämistehtävän määrittely ja rajaus, aiemmin saman teeman ympärillä toimineen hankkeen tulosten jalkauttaminen sekä kehittämistyön tarinallisuus. Tiimijohtajat pohtivat omien tiimiensä kehittämisprosessien

lähtökohtia. Tiimiytyminen oli tuolloin vielä alkuvaiheissa. Kahden tiimin kehittämistavoitteiden katsottiin olevan osittain päällekkäisiä. Tiimijohtajat tunnistivat tiimiläisten moninaiset toiveet; toisaalta koettiin että kehittämistavoitteista ei uskalleta paljoa kirjoittaa, ja tiimiläiset saavat työyhteisöstään melko vähän ajatuksia kehittämistyöhön. Tavoitteiden rajausta pidettiin helpottavana asiana. Todettiin, että on hyvä olla tavoitteita, jotka tullaan saavuttamaan, mutta lisäksi myös tavoitteita, joihin pääsystä ei ole varmuutta; näistä jonkun kanssa voidaan kuitenkin päästä eteenpäin. Kehittämistyön tulosten vakiinnuttaminen pysyväksi toiminnaksi askarrutti tiimijohtajia kehittämisprosessin alkuvaiheessa.

KOLMAS KERTA: KEHITTÄMISEN INTO JA PAINEET

Syyskuun 2009 tapaamisen tavoitteena oli tehdä välikatsaus kehittämisprosessin etenemiseen tiimijohtamisen näkökulmasta sekä suuntautua syyskauden työskentelyyn. Kehittämisprosessin tukemiseen liittyviä tavoitteita olivat kehittämisprosessin kokemusten keskinäinen jakaminen sekä myönteisen palautteen ja kehittämis ehdotusten antaminen ja saaminen. Työskentelyssä jokainen tiimijohtaja kertoi muille tiiminsä työskentelyn vaiheen. Tämän kuvauksen jälkeen jokainen tiimijohtaja kertoi tiiminsä työskentelyn kuvanneelle kollegalleen yhden havaitsemansa myönteisen asian tiimityöskentelyn nykytilasta sekä yhden tulevaan työskentelyyn suuntaavan kysymyksen tai kehittämisehdotuksen. Olen koostanut keskusteluista tehtyjen muistiinpanojen pohjalta jäsennyksen, jossa tuodaan esille myönteisiä kokemuksia ja pohdituttavia kysymyksiä nykytilasta sekä tulevia kehittämiskohteita.

Taulukko 1. Kooste tiimityöskentelyn vaihetta koskevasta keskustelusta

Myönteisiä kokemuksia nykytilasta	Pohdituttavia kysymyksiä nykytilasta	Tulevia kehittämiskohteita
<ul style="list-style-type: none"> - verkostoituminen - viestejä halukkuudesta toimia yhdessä - ilmavuus - itselle oppimisprosessi - puhutaan samasta asiasta, yhteinen punainen lanka - myönteistä tuoda auki ja esille kehittämistyön haasteet - sitoutumista on - tulevaisuudessa pieniä asioita; ovat isoja oikeasti - uusia kumppanuuksia - hanke takaraivossa koko ajan 	<ul style="list-style-type: none"> - kokemus paineesta, mitä pitäisi tehdä - kehittämisen sietämätön keveys, epävarmuus, hakeminen - samaa asiaa kehitetään kahdessa tiimissä - aikaa kehittämiselle - käynnistyykö vai lyödäänkö hanskat naulaan - pakko - ylikuormitus, pakkolomat - ennaltaehkäisevän työn alasajo 	<ul style="list-style-type: none"> - näkyvyys tärkeätä - viestintä ja linjaaminen

Keskustelussa rakentui kiinnostava jännite helmi-maaliskuussa 2009 käytyihin kehittämistyötä koskeneisiin keskusteluihin. Sisältöjen pohtimisen lisäksi tiimijohtajat olivat kiinnittäneet huomiota kehittämisprosessin osatekijöihin, ja kehittämistyön samanaikainen kiinnostavuus ja haasteellisuus tulivat esille hyvinkin avoimissa ja kollegiaalisissa pohdinnoissa. Syntyi vaikutelma että sisällöllisen keskustelun ohella kehittämisprosessin aikana tarvitaan myös metatarkastelua kehittämisprosessin etenemisestä ja kehittäjien kokemusten keskinäistä jakamista.

NELJÄS KERTA: TIIMIJOHTAJAN ROOLIN JÄSENTYMISVAIHE

Marraskuussa 2009 toteutuneessa lyhyessä yhteisessä työskentelyssä näkökulmana oli oppiminen kehittämistyössä. Pyysin tiimijohtajia pohtimaan tärkeimpiä kehittämistyön askeleita, joita on otettu sekä sitä mitä on opittu, toisaalta kotihoidon kehittämisestä ja toisaalta kehittämistyöstä. Lisäksi tarkasteltiin opittua kehittämistiimin toiminnan ja tiimijohtamisen näkökulmista.

Tiimijohtajien kokemuksista sisältöjen kehittämisestä nousi esille mm. pitkäaikaishoidon muutostarpeiden näkyväksi tekeminen, omaisten näkökulman nostaminen keskusteluihin sekä näköala jatkumon rakentumisesta laitos- ja kotihoidon välille. Tuotiin esille myös pilotointikohteiden pohdintaa.

Kehittämistiimien toiminnasta nostettiin esille tavoitteiden realistisuus, tiimin sitoutuminen yhteisiin kehittämistavoitteisiin, kokonaisuutta koskevan yhteisen ajattelun vahvistuminen sekä vuoden 2010 työskentelyn tavoitteiden jäsenyminen. Toisaalta pohdittiin asioiden ja tehtävien keskittymistä muutamille ihmisille. Huomioitiin tiiminvetäjän ja tiimin välisen kontaktin onnistuminen sekä verkostoitumisen merkitys.

Yhteisessä keskustelussa tiimijohtajat pohtivat omaa rooliaan, joka oli selkeästi suuntautumassa kehittämisprosessin ja -tiimin johtamiseen; todettiin tiimin jäsenten ja verkostojen keskeinen merkitys prosessin etenemisessä: ”me ei itse voida tehdä tätä juttua”. Tiimijohtajan roolia pohdittiin edelleen samoin kuin vastuiden konkretisoinnista. Keskusteltiin myös siitä, että muutospyrkimys ei ole vielä muutostoimintaa, tarvitaan ratkaisevia askeleita toiminnan tasolla.

VIIDES KERTA: KURKISTUS VUODEN PÄÄHÄN

Tammikuun 2010 työskentelyn tavoitteena oli tarkastella tiimijohtamista vuoden 2010 tavoitteiden (pilotointi, juurruttaminen, raportointi, julkaisut) suuntaisesti. Työskentely toteutettiin tulevaisuuden muistelu -menetelmän (Arnkil ym. 2000, 162–165, 194, 198; menetelmän hyödyntämisestä asiakastyössä ks. Kokko 2006, 28) sovelluksena, jossa keskityttiin voimavaroihin ja myönteiseen tulevaisuusnäkökuvään. Tavoitteena oli tällä tavalla saada esille ja jakaa tulevaisuusorientoituneita näkemyksiä viimeisen vuoden kehittämisprosessin onnistumisista sekä johtaa tiimijohtajien kehittämistavoitteet näiden pohjalta. Tiimijohtajia pyydettiin pohtimaan vuoden 2010 kehittämistoimintaa seuraavan ohjeistuksen pohjalta:

Nyt on torstai 20. tammikuuta 2011. Olemme kokoontuneet Kotihoito24-hankkeen tiimijohtajien kokoukseen tarkastelemaan vuoden 2010 kehittämistoimintaa. Toimintaa peilataan vuosi sitten eli keskiviikkona 20.1.2010 kirjattuihin tavoitteisiin. Tiimisi saavutti tavoitteet erinomaisesti ja sinä onnistuit tiimijohtamisessa yli odotusten. Kerrot kokousväelle vuoden 2010 kehittämistoimista, ja kuvaillet mm.

- mitä tehtiin
- minkälaisiin kysymyksiin / haasteisiin / mahdollisuuksiin matkan varrella törmättiin
- minkälaisia valintoja ja ratkaisuja tehtiin, ja miksi
- mitkä olivat keskeiset käännekohtat
- mitkä asiat, toimijat tms. mahdollistivat etenemisen ja tavoitteiden saavuttamisen
- mistä / keneltä sait onnistumisten kannalta ratkaisevaa tukea
- mistä asioista erityisesti iloitset

Tiimijohtajien hahmottelemia onnistumisia ja onnistumisen edellytyksiä on koottu kuvioon 2.



Kuvio 2. Vuoden 2010 onnistumisenäkymä tiimijohtajien tulevaisuuden muistelussa

Tulevaisuusorientoitunut työskentely osoittautui motivoivaksi tavaksi konkretisoida hankkeen viimeisen toimintavuoden tavoitteisiin tähtääviä toimia. Työskentelyssä avautui näköaloja tulevan vuoden toimintaan, ja lisäksi tuli esille tiimitoimintaan sekä tiimien ja tiimijohtajien keskinäiseen vuorovaikutukseen. Yhteistyön ja tuen merkitys tuli voimakkaasti esille samoin kuin kehittämisen näkeminen oppimisprosessina ja tunteitakin herättävänä toimintana.

KUUDES KERTA: MURROSVAIHE PILOTOINNIN JA VAKIINNUTTAMISEN TAITEKOHDASSA

Syyskuun 2010 tapaamisen tavoitteena oli tehdä välikatsaus tiimijohtajien kokemuksiin kehittämisprosessin edistämisestä sekä suunnata hankkeen toimintakauden jatkumisen mahdollistamaan vakiinnuttamisvaiheeseen. Tiimijohtajat jakoivat kokemuksiaan kehittämistyön johtamisesta.

Tiimien toiminnan koettiin kehittyneen edelleen myönteisen suuntaan, ja vaikka tiimit ovat matkan varrella pienentyneet, sitoutuminen ja aktiivisuus on ollut voimavara. Tuotiin esille tiimien tiivistyminen yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi, ja jopa yhteisöllisyyttä oli tiimeissä koettu. Tiimijohtajat kokivat saaneensa tiimeiltään tukea tehtävässään. Keskusteltiin tiimijohtajien yhteisen työskentelyn sekä keskinäisen vuorovaikutuksen ja tuen merkityksestä. Tuli esille ajatus siitä, että tiimijohtajien nykyistä tiiviimpi vertaistyöskentely ja -tuki voisi olla hyödyksi sekä kehittämisprosessin etenemiselle ja johtamiselle että tiimijohtajien toiminnalle.

Jollakin tavalla keskustelusta tuli vaikutelma murrosvaiheesta prosessissa: kehittämistyötä on tehty ja toiminta sen suhteen on vakiintunut, ja nyt on edessä laadullisesti toisenlainen vaihe, jossa tavoitellaan tulosten jatkuvuutta ja vakiinnuttamista. Se edellyttää jälleen uudenlaisia painopisteitä ja uudenlaista osaamista. Tässä vaiheessa myös odotukset verkostokumppaneiden toimintaa kohtaan voimistuvat, tai ainakin muuttuvat: kehitettyjen asioiden vakiinnuttaminen edellyttää sitä, että pysyvät toimijat ottavat niistä vastuuta ja kytkevät niitä osaksi omaa toimintaansa.

Tapaamisessa käsitellyt kehittämistyön eväät suuntautuivat vakiinnuttamisvaiheeseen. Vaiheen haasteita pohdittiin metaforien kautta. Tavoitteena oli jättää muistijälkiä kehittämistyön joen muovautumisesta kulkunsa aikana sekä kehittämistyöstä raivaamisen ja viljelyn näkökulmista. Yhteinen kehittämisprosessin polku vaikutti selkeästi yhdistäneen kulkijoitaan: sisällöllisesti eriytyneisiin teemoihin keskittynyt tiimien kehittämistoiminta on kuitenkin rinnakkaista ja lomittaista, ja kokemukset tiimien toiminnasta ja tiimijohtamisesta ovat jaettuina.

MITÄ OPIMME TÄSTÄ

Pyysin tiiminjohtajilta ja verkostokoordinaattorilta sekä hanketyöntekijöiltä syyskuussa 2010 kirjallisesti ajatuksia kehittämistyön tukiprosessista. Kysyin odotuksia tukiprosessin suhteen, kokemuksia ja ajatuksia yhdessä käsitellyistä sisällöistä, mielipiteitä työskentelytavoista, arviota siitä, onko tukiprosessista ollut hyötyä omalle

toiminnalle, kehittämisajatuksia sekä mahdollisia muita ajatuksia prosessista. Seuraavassa yhteenvedoa valitettavan lyhyellä aikataululla tehtyyn kyselyyn tulleista vastauksista.

Tukiprosessiin kohdistuneet odotukset ovat liittyneet tiimin työskentelyn vetämiseen, toisiin tiimihoitajiin tutustumiseen, vertaistukeen sekä oman tehtävän jäsentymiseen, asioiden selkeyttämiseen ja uusien näkökulmien saamiseen. Käsitellyistä sisällöistä vastauksissa mainitaan prosessikehittämisen ja verkostokehittämisen näkökulmat. Vastanneet henkilöt ovat kokeneet saaneensa eväitä muutosprosessin suunnitteluun, kehittämistyöhön ja arviointiin. Hanketoiminnan on koettu selkiintyneen, ja yhteiset keskustelut ovat lisänneet ymmärrystä ja vähentäneet hämmennystä ja ahdistusta. Tulee esille myös kokemus oman roolin ja tavoitteiden rajaamisen helpottumisesta vertaiskeskustelujen myötä; kokemusten ja tunteiden jakaminen on koettu merkityksellisenä. Hanketyöntekijät tuovat esille prosessin tavoitteina tiimihoitajuuden tukemisen, kehittämisprosessin ohjauksen ja työnohjauksellisen työskentelyotteen. Ulkopuolisen näkökulman saamista on myös pidetty tavoitteena. Hanketyöntekijät ovat pitäneet tiimihoitamisen teemoja hyödyllisinä. Työskentelyllä on koettu olleen myös ohjauksellista merkitystä. Vertaistuen mahdollistuminen on myös ollut merkityksellistä.

Työskentelytapoja pidetään vastauksissa osallistavina ja keskusteleuvina sekä virkistävinä ja innostavina, ja niiden hyödyntämistä myös omassa työssä on pohdittu. Tilan antaminen keskustelulle ja tunteillekin on ollut merkityksellistä.

Kehittämisajatuksina tulee esille pidemmän ajan varaaminen tiimihoitajien ja verkostokoordinaattorin yhteiselle työskentelylle ja tukiprosessille. Tarve keskinäiselle keskustelulle – sekä kehittämisprosessin etenemisen päivittämisen osalta että kokemusten ja tunteiden jakamiselle – tulee esille, sitä olisi kaivattu enemmän.

Tukiprosessin kokemuksista ja asianosaisten arvioinneista rohjennee tehdä sen johtopäätöksen, että kehittämissankkeissa toteutettavan kehittämisprosessin vastuuhenkilöt (hanketyöntekijöitä unohtamatta), tässä tapauksessa tiimihoitajat ja verkostokoordinaattori, tarvitsevat tukea oman roolinsa jäsentämiseen, kehittämistyön johtamisen kysymysten pohtimiseen, kehittämisprosessin kysymysten käsittelemiseen sekä toimintansa suuntaamiseen ja painottamiseen. Usein käynee niin, että vastuuhenkilöiden oma ja keskinäinenkin työskentely keskittyy kehittämissankkeen sisällöllisiin kysymyksiin ja toisaalta operatiiviseen toteuttamiseen, jolloin tila ja aika tarkastella kehittämisprosessia em. näkökulmista voi jäädä vähäiseksi. Ulkopuolisen asiantuntijan ohjaama työskentely voi osaltaan olla mahdollistamassa tarkastelulle hyödyllistä välimatkaa; sisällölliset kysymykset eivät unohdu, mutta tarkastelun keskiössä ovat yleisemmin kehittämisprosesseihin liittyvät kysymykset. Kehittämisprosessin etenemisen mukana kehkeytyvästä tukiprosessista on nyt tässä yhteydessä saatu hyviä kokemuksia, mutta mahdollisuus suunnitella myös tätä prosessia osana kehittämisprosessin suunnittelua voisi kuitenkin olla hyödyllistä ja mahdollistaa kiinteämmin kehittämisprosessiin kiinnittyvä työskentely. Kuitenkaan prosessimaisuutta unohtamatta.

LÄHTEET

- Arnkil, T. E. & Eriksson, E. & Arnkil, R. 2000. Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 253. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino .
- Arnkil, T.E. & Seikkula, J. & Arnkil, R. 2005. Hyvien käytäntöjen tutkittavuudesta, siirrettävyydestä ja jatkuvuudesta. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005): 6, 639–649.
- Karjalainen, V. 2006. Verkostokehittäminen – Palveluparadigman muutosvoima. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteysiä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino, 251–268.
- Kokko, R-L. 2006. Tulevaisuuden muistelu. Ennakointidialogit asiakkaiden kokemana. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino.
- Nevgi, A. & Lindblom-Ylänne, S. 2003. Oppimisenäkemykset antavat perustan opetukselle. Teoksessa Lindblom-Ylänne, S. & Nevgi, A. (toim.) Yliopisto- ja korkeakouluopettajan käsikirja. Vantaa: Dark Oy, 82–116.
- Niiranen, V. & Seppänen-Järvelä, R. & Sinkkonen, M. & Vartiainen, P. 2010. Johtaminen sosiaalialalla. Hakapaino.
- Seppänen-Järvelä, R. 2009. Työpaikka – yksilö, yhteisö ja organisaatio kehittämisen ytimessä. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. ja Vataja, K. (toim.) Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. Juva: WS Bookwell, 31–50.
- Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. 2009. Mitä työyhteisölähtöinen prosessikehittäminen on? Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. ja Vataja, K. (toim.) Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. Juva: WS Bookwell, 13–29.
- Vataja, K. & Seppänen-Järvelä, R. 2006. Prosessiarviointi – Mahdollisuus lujittaa kehittämisprojektia. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteysiä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino, 217–230.
- Wenger, E. 1998. Communities of Practice. Learning, meaning and identity. New York: Cambridge University Press.

VERKOSTOKOORDINAATTORINA KOTIHOITO 24 -HANKKEESSA

Marita Halonen

TAUSTAA

Kotihoito24 -hankkeessa (2008) oli nähty verkostokoordinaattorin tehtävä tarpeelliseksi ja lisätty Kotihoito24 -hankehakemukseen. Yleiskuvauksena tehtävästä ja sen vastuusta oli hankehakemuksessa mainittu, että verkostokoordinaattori toimii yhteyshenkilönä ”Kotihoito24 -hankkeen” kehittäjien, palliatiivisen hoidon asiantuntijaverkoston toimijoiden ja hallinnollisen työryhmän edustajien välillä.

Kokonaishanke on ajankohtainen ja tärkeä. Maakunnassa on toteutettu viimeisten vuosien aikana useita eri hankkeita, jotka ovat tuoneet paljon lisätietoa ja hyviä käytänteitä hoitotyön käytäntöön. Hankkeiden haasteena on ollut ja on edelleen hyvien käytänteiden juurruttaminen ja jalkauttaminen osaksi työyhteisöjen toimintaa. Verkostokoordinoimalla pyritään vaikuttamaan päällekkäisyyksien minimoimiseen sekä edesauttamaan hyväksi todettujen käytänteiden vakiintumista eri työyksiköiden toiminnaksi.

Kotihoidon kehittäminen vaatii verkostoitumista erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, yksityisten toimijoiden ja järjestöjen välillä. Luontevalla ja joustavalla yhteistyöllä sekä toinen toisensa toimintamahdollisuuksien tuntemisella, voidaan vähentää erikoissairaanhoidon jonotuspäivien määrää, tehostaa perusterveydenhuollon toimintaa ja nopeuttaa sekä mahdollistaa potilaiden kotiutumista. Toiminnan tehostaminen tuo rahallisia säästöjä ja inhimillisesti katsoen lisäarvoa potilaan elämään hoidon mahdollistuessa kotona.

TAVOITTEET VERKOSTOKOORDINAATTORIN TOIMINNALLE

Kielitoimiston sanakirjan (2006) mukaan koordinoinnilla tarkoitetaan tehtävien ja toimintojen yhteen järjestämistä, kokonaisuudeksi eheyttämistä ja yhdistämistä. Koordinoinnin tarvetta on aina kun toimijoiden välillä on riippuvuuksia.

Verkostokoordinaattorin tavoitteena on toimia yhteyshenkilönä ”Kotihoito 24 -hankkeen kehittäjien, Palliatiivisen hoidon asiantuntijaverkoston toimijoiden ja hallinnollisen työryhmän edustajien välillä. Tavoitteena on toimia yhteistyössä tiimijohdajien sekä hankehenkilöstön kanssa. Verkostokoordinaattori on myös hallinnollisen työryhmän jäsen. Toiminnassaan hän edistää seudullista ja eri organisaatioiden välistä moniammatillista yhteistyötä sekä osajien verkostoitumista. Tavoitteena on olla yh-

teistyökumppaneita hankkeen kehittäjien kanssa ja luoda yhdessä jotain uutta niin, että moderni ja vaivaton yhteistyö mahdollistuu ja verkostotaidot kehittyvät.

VERKOSTOKOORDINAATTORIN TEHTÄVÄT

Verkostokoordinaattorin tehtävät ovat seuraavat:

1. Kotihoito24 -hankkeen osahankkeiden kehittämistiimien verkostokoordinaattorina toimiminen
2. Palliatiivisen hoidon asiantuntijaverkoston sekä muiden kotihoidon osaamista tukevien verkostojen hyödyntäminen sekä verkostoitumisen edistäminen kehittämistyössä
3. Tiedottaminen
4. Hankehenkilöstön kanssa yhteistyössä toimiminen

Verkostokoordinaattorin tehtävänä on sovittaa yhteen osatoimintoja, tehdä tunnetuksi hanketta/hankkeita hoitotyön kentässä, tiedottaa, neuvoa ja ohjata omalta osaltaan. Erityisenä tehtävänä on myös palliatiivisen hoidon asiantuntijaverkoston kehittäminen sekä edistäminen ja verkoston aseman ja toiminnan vakiinnuttaminen maakunnassa.

VERKOSTOT JA VERKOSTOITUMINEN

Perälän ja Partasen (1997) mukaan ammattihenkilöiden verkostoituminen on tavoiteltavaa, sillä ilman henkilöiden verkostoitumista joustavan palvelujärjestelmän toteutuminen ei ole mahdollista. Verkostoitumisen myötä ammattiryhmien yhteistyö tulee toimivaksi, koordinoituksi sekä ammattiryhmien asiantuntijuus paremmin hyödynnettäväksi. Hoitotyön ammatilliset verkostot ja sairaanhoitajien verkostoituminen ovat yksi ratkaisu terveysalan muuttuviin haasteisiin.

Hoitotyön verkostot ovat vuorovaikutteisia henkilöiden välisiä prosesseja ja yhteyksiä sekä ammatillisten suhteiden kehittämisprosesseja, joissa vakiinnutetaan yhteyksiä toisiin hoitotyöntekijöihin. Verkostoituminen on oleellisesti sosiaalista toimintaa ja tarjoaa siten arvokkaan viitekehyyksen uusien toimintatapojen kehittämiseen ja levittämiseen hoitotyöhön. Verkostot ovat voimavaroja ja työkaluja, joiden avulla toimijat voivat ylittää organisaatioiden välisiä, ammatillisia, kansallisia tai kansainvälisiäkin rajoja. Onnistuneeseen verkostoitumiseen kuuluvat yhteydenpito, lupauksen pitäminen ja rehellisyys. (Kinnunen 2001.)

Hoitotyön ammatilliset verkostot ovat myös oppimisympäristöjä, jolloin toimijat voivat lisätä ammatillista kokemustaan ja näkemyksiään muiden vastaavissa tilanteissa toimivien ratkaisuista. Erityisesti tutkimukseen perustuvan hoitotyön rohkaisu ja

tutkimuksen edistäminen hoitotyössä voivat tuottaa positiivisia tuloksia potilaiden hoitoon. (Kinnunen 2001.)

Karila ja Nummenmaa (2001) puhuvat verkostoitumisen puolesta. He ovat tarkastelleet jaettua asiantuntijuutta, prosessia, minkä aikana useat ihmiset jakavat tietoon, suunnitelmiin ja tavoitteisiin liittyviä älyllisiä voimavaroja. Tällaisen prosessin tarkoituksena on saavuttaa jotakin, mitä yksittäinen asiantuntija ei pystyisi toteuttamaan yksin.

Sairaanhoitajaliiton tavoitteissa perusteet ammatillisille hoitotyön verkostojen olemassaololle ovat yleisesti liittyneet hoitotyön kehittämiseen, hoitotyön laadunhallinnan parantamiseen sekä sairaanhoitajien ammatillisten valmiuksien tarkasteluun. Verkostojen tavoitteisiin on liitetty sairaanhoitajien keskeisen tuen, konsultaation ja yhteistoiminnan kasvu. Kinnusen (2001) kirjallisuuskatsauksen perusteella verkostojen tarkoitukset liittyvät kommunikaatioon, yhteisten tarpeiden ja mielenkiinnonkohteiden osoittamiseen, hoitotyön kehittämiseen, ideoiden, tietojen ja innovatiivisten ratkaisujen jakamiseen ja vaihtamiseen sekä tuen hankintaan. Tutkimusten mukaan verkostoitumisella on hoitotyössä myös työnohjauksellisia ulottuvuuksia.

TOIMINTA VERKOSTOKOORDINAATTORINA

Verkostokoordinaattorina toimiminen on ollut työskentelyä rajapinnoissa, pyrkimyksenä hahmottaa mitä on tehty aikaisemmissa hankkeissa, miten aikaansaannoksia voidaan hyödyntää ja miten kehittämistä voidaan jatkaa nykyisessä hankkeessa. Hanketyöskentelyssä pyritään välttämään päällekkäisyyksiä ja hyödyntämään aikaisempia tuloksia jolloin toistamista minimoidaan. On myös asioita, joihin uudelleen tekemällä saadaan syvyyttä ja käynnistyvyyttä ja joskus asioita on käynnistykseen tehtävä toistaen. Onnistuakseen asiat voivat vaatia pitkäjännitteisyyttä sekä toistoja, ja varsinaisia tuloksia voidaan nähdä vasta pitkän aikavälin jälkeen.

Verkostokoordinaattorina on ollut mahdollisuus laaja-alaisesti seurata ja kommentoida hanketyöskentelyä. Näin on muodostunut selkeä poikkileikkaus Kotihoito 24 -hankkeeseen, minkä näkemyksen kautta on ollut mahdollisuus kommentoida hanketyöskentelyä ja esittää näkökulmia omista lähtökohdista käsin. Myös osallistuminen tiimien tapaamisiin tarkoituksen- ja tarpeen mukaisesti on mahdollistunut.

Toiminta on koostunut koulutuksiin, kehittämispäiviin, kokouksiin ja tiimitapaamisiin osallistumisesta. Työyhteisövierailut ovat avanneet ja laajentaneet näkemystä koko hoitotyön kentästä. Tanskaan suuntautuneelle opintomatkalta osallistuminen toi tehtävään kansainvälistä näkökulmaa ja lisäsi menetelmien moninaisuuden ymmärtämistä.

Yhteistyö tiimivastaavien kanssa on ollut antoisaa, vaikkakin mahdollisuudet tukemiseen ja heidän työtaakkansa helpottamiseen ovat olleet rajalliset. Mahdollisuus osallistua edes satunnaisesti tiimien tapaamisiin on antanut mahdollisuuden tutustua hanketoimijoihin ja saada näkökulmaa eri työyhteisöihin.

PALLIATIIVISEN HOIDON ASiantuntijaverkostosta sairaanhoitajaliiton alueyhdistyksen työryhmäksi

Palliativisen hoidon hankkeen (2005–2007) aikana perustetun asiantuntijaverkoston kehittämistä ja ylläpitämistä on kehitelty ja verkostotapaamisia on järjestetty noin kaksi kertaa vuodessa. Verkostotoiminta on ollut avointa kaikille sekä palliativisen hoidon asiantuntijaverkossa toimiville että Kotihoito 24h -hanketoimijoille. Verkostotapaamisissa on tutustuttu eri työyhteisöihin ja jaettu kokemuksia hoitotyön toimintatavoista ja hoitokäytänteistä. Toinen toistensa toimintatapojen tunnistaminen ja käytäntöjen tunteminen on tärkeää, jotta tarvittaessa osataan kyseenalaistaa sekä kysyä, ja näin kynnys konsultointiin madaltuu.

Verkostotapaamisissa pohdittiin verkoston toimintaedellytyksiä pitkällä tähtäimellä ja kannettiin huolta toiminnan jatkumisesta varsinaisen hanketoiminnan päättymisen jälkeen. Verkostotoiminnan turvaamiseksi myös tulevaisuudessa, neuvoteltiin ryhmäytymistä Sairaanhoitajaliiton alueyhdistyksen työryhmäksi. Niinpä vuoden 2010 alusta on Sairaanhoitajaliiton Pohjois-Karjalan alueyhdistyksessä ollut palliativisen hoidon työryhmä.

Palliativisen hoidon työryhmän tavoitteena on palliativisen- ja saattohoidon osaamisen kehittäminen ja näkyväksi tekeminen, palliativiseen hoitoon liittyvien käsitteiden selkiinnyttäminen, toiminen parantumattomasti sairaiden puolesta ”äänitorvena”, osaamisen jakaminen toinen toistaan kouluttaen verkostotapaamisissa sekä työssä jaksamisen ja kehittymisen tukeminen aktiivisen keskustelun ja verkostotuen avulla. Toiminnan perustana on näyttöön ja tutkimukseen perustuva ote. Palliativisen hoidon asiantuntijaverkoston toiminta jatkuu rinnakkain työryhmän kanssa Kotihoito 24 -hankkeen ajan.

Hoitamisen ja hoitotyön tulee perustua näyttöön, minkä perustana pyritään mahdollisimman pitkälti käyttämään tieteellisesti tutkittua tietoa ja sellaisia hoitotyön auttamismenetelmiä, joista on saatu positiivisia tuloksia. Hoidettavaa koskevassa päätöksenteossa tulee käyttää parasta ajantasalla olevaa tutkittua tai asiantuntijan kokemukseen perustuvaa tietoa. Tämä vaatii yhteistyötä niin hoitajien, johtajien, koulutajien kuin tutkijoidenkin välillä. (Eriksson ym. 2007.)

Palliativisella hoidolla tarkoitetaan laaja-alaista ja kokonaisvaltaista näkemystä parantumattomasti sairaan ja pitkäaikaissairaan potilaan oireenmukaisesta ja hyvästä hoidosta. Kansainvälinen terveysjärjestö WHO määrittelee palliativisen hoidon kokonaisvaltaiseksi lähestymistavaksi, jolloin tavoitteena on parantumattomasti sairaan potilaan ja hänen perheensä paras mahdollinen elämänlaatu. Palliativista hoitoa tarvitsevien potilaiden määrä lisääntyy jatkuvasti eliniän pidentyessä. (Holli 2005.)

Palliativiseen hoitoon sisällytetään kuuluvaksi kaikki parantumattomasti sairastavat ja pitkäaikaissairastavat, kuten syöpä-, neurologiset, dementoivaa sairautta sairastavat, ja keuhkohtaumapotilaat. Myös krooniset kipupotilaat sekä krooniset sydän- ja verisuonipotilaat voivat kuulua pitkäaikaissairaisiin.

KEHITTYMINEN VERKOSTOKOORDINAATTORINA

Verkostokoordinaattorina olen voinut työskennellä hankehenkilöstön, hanketoimijoiden ja muiden hankkeeseen osallistuneiden kanssa sekä yhdessä että jossakin välimaastossa. Haastetta on tuonut selkiytymätön toimenkuva ja selkeiden tehtävien puuttuminen. Toisaalta saaduista työaikaresursseista huolimatta on ollut vaikea rajata laajaa työkenttää riittämään annettuun aikaan. Verkostokoordinaattorin tehtävä on sisällytetty oman sairaanhoitajan työni sisälle ja resursseja ja tehtävään on mahdollistunut käyttää noin 1–12 päivää / lukukausi.

Osallistuminen kehittämistoiminnan arviointiin on laajentanut omaa näkemystäni moniammatillisessa tiimissä toimimiseen ja sen loputtomiin mahdollisuuksiin. Hanketoimijoiden innostuneisuus ja paneutuminen hoitotyön kehittämiseen on ollut vaikuttavaa. On ollut myös vaikuttavaa seurata laajan, monia toimintaympäristöjä ja paljon toimijoita käsittävän hankkeen organisointia ja muotoutumista toimivaksi kokonaisuudeksi.

Olen ollut etuoikeutettua saadessani toimia hankkeen näköalapaikalla ammatillisesti kehittyen ja kasvaen tehtävän aikana. Saamani poikkileikkaus koko hankkeesta on merkittävä ja antaa jatkossa valmiuksia monimuotoiseen hanketoimintaan.

JATKOSUUNNITELMAT

Toiminta hankkeessa mahdollistaa hyvien käytänteiden raportoimisen ja juurruttamisen. Pienissä yksiköissä hanketulosten jalkauttaminen ja juurruttaminen on selkeämpää ja helpompaa kuin suurissa, useista yksiköistä koostuvissa toimipaikoissa. Ajankohtaista on lisätä tiedottamista (lehtihaastattelut, artikkelit), joiden avulla hankkeen ja sen tulosten tunnetuksi tekeminen mahdollistuvat.

Verkostotoiminta jatkuu Sairaanhoitajaliiton alueyhdistyksen työryhmänä toimintaa kehittäen niin kauan kuin sille koetaan olevan tarvetta ja toimijoilla innokkuutta toimintaan. Pohjois-Karjalan syöpäyhdistys r.y:n Käskynkkä-hankkeen (2006–2009) aikana muodostuneen syöpäsairaanhoitajaverkoston ja palliatiivisen hoidon verkoston yhteistyökuvioita selvitetään edelleen tulevaisuudessa. Samoin myös muistihoitajaverkoston kanssa tehtävä yhteistyö on merkityksellistä.

Kotihoito 24h -hanke tulee jättämään alueellisesti merkittävän jäljen yhdistäen eri toimintatapoja ja toimijoita laaja-alaisesti yhteen. Kokonaishanke kehittää hankekuntien palvelurakenteita ja vahvistaa toimijoiden osaamista sekä yhteistoimintaa eri toimijoiden välillä. Hoitotyötä tulee jatkuvasti kehittää yhteistyössä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, yksityisen sektorin sekä järjestöjen ja yhteisöjen kanssa. Ja mikä tärkeintä, hoitamista kehitetään sen omista perusarvoista eli ihmisen kunnioittamisesta ja rakkaudesta käsin (Eriksson ym. 2007).

LÄHTEET

- Eriksson, K., Isola, A., Kygnäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY.
- Holli, K. 2005. Palliatiivinen lääketiede- mitä se on? Duodecim 121 (2).
- Karila, K., Nummenmaa, R. 2001. Matkalla moniammatillisuuteen. Helsinki: WSOY.
- Kielitoimiston sanakirja. 1. osa: A–K. 2006. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 140. Helsinki: Kotimaisten kielten tutkimuskeskus.
- Kinnunen, T. 2001. Sairaanhoidtajien ammatillinen verkostoituminen. Pro gradu-tutkielma, Tampere. Kotihoito 24h. Ympäri vuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä 2008–2010. Hankesuunnitelma 6.6.2008.
- Käskynkkä-hanke 2006–2009. Verkostoitunut palvelujärjestelmä syöpäsairauksien hoidossa Pohjois-Karjalassa. Pohjois-Karjalan syöpäyhdistys r.y.
- Palliatiivisen hoidon kehittämishanke 2005–2007. Elämänlaatua parantumattomasti sairaille potilaille Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hankesuunnitelma 25.4.2005.
- Perälä, M-L., Partanen, P. 1997. Menetelmien arviointia hoitotyössä. Helsinki: Stakes.

KOKEMUKSIA OPISKELIJAN ROOLISTA KOTIHOITO 24 -HANKKEESSA

Anne Heikkilä

Opiskelen Hoitotieteitä Itä-Suomen yliopistossa, Kuopion kampuksella. Pääaineeni on preventiivinen hoitotiede ja harjoittelun alkaessa olin toisen vuoden opiskelija. Harjoittelujaksoni kuuluu Terveyden edistämisen harjoittelu 1 ja 2 opintojaksoon. Harjoittelujakson tavoitteekseni yhdistin terveyden edistämisen näkökohdan ja hanketyöskentelyn. Terveyttä ja hyvinvointia edistetään parhaiten silloin, kun päätösten terveysvaikutukset ja sosiaaliset seuraukset otetaan huomioon kaikilla yhteiskunnan tasoilla ja sektoreilla. Sosiaalisten ja terveysongelmien muuttuminen edellyttää entistä enemmän ehkäisevää työtettä ja varhaista puuttumista. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perustuu toimivaan ja joustavaan yhteistyöhön eri toimijoiden kuten monien viranomaisten, järjestöjen ja yksityisten yritysten kesken. Tulevaisuudessa kustannusten hallinnasta selviydytään vain, jos palvelukysynnän kasvua onnistutaan hillitsemään. Tämä toteutuu parhaiten terveyttä ja hyvinvointia edistämällä sekä ongelmia ehkäisemällä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Harjoittelujaksoa aloittaessa minulla oli jo entuudestaan joitakin kokemuksia erilaisissa projekteissa ja hankkeissa työskentelystä, tavoitteeni oli syventää tätä tietoa ja saada valmiuksia työskennellä jatkossakin kehittämistyön parissa. Harjoittelujakson aikana minulle tarjoutui myös mahdollisuus aloittaa työt Ehkäise tapaturmat -hankkeessa aluekoordinaattorina. Mielestäni näillä kahdella hankkeella on ollut hyvin suuri vaikutus kehittymisessäni nimenomaan hanketyöskentelyssä ja siihen liittyvissä erityispiirteissä. Tärkeimpänä tavoitteenani harjoittelun loppuvaiheessa on myös kehittää omaa osaamistani erilaisten rahoitushakemusten laatimisessa ja varsinkin selkeyttää itselleni niitä erityispiirteitä joita EU-rahoitteinen hanke tuo mukanaan.

Moniammatillista yhteistyötä on viimeaikoina alettu arvostaa myös hoitotyön kehittämisesä. Eri ammattiryhmien kokemusten huomioonotto on koettu tärkeäksi kokonaisvaltaisessa hoitamisessa. Meillä tarvitaan työyhteisöissä työntekijöiden aktiivista kuuntelemista ja päätöksentekoon mukaan ottamista sekä oikeudenmukaisuuden ja muiden eettisten arvojen huomioon ottamista. Nämä ovat olennaisia elementtejä myös työyhteisöjen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisesä. Suomalaisessa työelämässä onkin tärkeää kiinnittää huomiota yhä enemmän yhteisölliseen johtamiseen, jossa jokaisen työpanos, vastuu ja osallisuus ovat tärkeitä. Pietilä (2009) puhuu mielellään sellaisesta työotteesta, jossa hoitotyön johtaminen perustuu nykyistä tiiviimpään moniammatilliseen yhteistyöhön ja terveyden edistämisesän. Tämä näkyy arvostuksena eri ammattiryhmien välillä ja näin myös heijastuu laadukkaaseen potilas- ja asiakastyöhön. Tämä myös siksi, että saataisiin paremmin käyttöön terveydenhuollon ammattilaisten osaaminen. Meillä on hyvä terveysalan koulutus, joka mahdollistaa monialaisen yhteistyön ja yhteiskunnallisen vaikuttamisen.

Harjoittelujakson aikana minulla on ollut mahdollisuus tavata useita hankkeen piirissä toimivia henkilöitä sekä yhteistyökumppaneita. Kehittäjä- ja tiimijohtajapaamisissa olen saanut hienoja kokemuksia työryhmien toiminnasta ja siitä, miten hienosti näissä ryhmissä on ollut innovatiivisuutta ja innostusta uuden toiminnan ja toimintamallien kehittämiseen. Keskustelu on ollut antoisaa ja opettavaista. Tätä saamaani oppia olen voinut käyttää hyväkseni omassa työssäni. Erilaisten verkostojen toiminta on myös tullut tutuksi ja olen syventänyt ymmärrystäni verkostojen tärkeydestä sekä moniammatillisesta yhteistyöstä. Toimintaympäristö jossa hanke toimii on hahmottunut minulle paremmin vasta pilotointisuunnitelmaa tehdessä, joten kokonaiskuva hankkeen piirissä olevista eri organisaatioista ja heidän toiminnastaan on selkeytynyt sen myötä.

Yhteistyö ympäröivien kuntien kesken on noussut tärkeään rooliin. Kuntien on vaikeaa järjestää toimivaa terveydenhuoltoa yksin, varsinkin nykyisenlaisessa taloudellisessa tilanteessa. Uusi terveydenhuoltolaki edellyttää järkevää yhteistyötä mm. pienten kuntien välillä, sillä siinä on esitetty sairaanhoitopiirin alueella asuvien ihmisten lukumäärän minimiksi 150 000 asukasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008) Harjoittelujakson aikana olen mielestäni saanut melko hyvin selville minkälaista erityisosaamista ja taitoja yhteistyö eri kuntien välillä vaatii. Olen myös oppinut ymmärtämään millaisia esteitä ja edellytyksiä yhteistyöhön kehittämisessä on esimerkiksi erikokoisten kuntien välillä. Hanketoimijoilta vaaditaan pitkäjänteisyyttä ja periksiantamattomuutta näissä asioissa. Ehkä vaikeinta hanketyössä on kestää pettymykset siitä, että kaikki kunnat eivät suinkaan halua tai pysty ottamaan osaa hankkeen toimintaa. Tämän asian olen havainnut myös omassa työssäni.

Ohjattu osallistuminen on oppimistilanne ja prosessi jossa ihminen omaksuu taitoja ja tietoja joita hän voi käyttää eri tilanteissa. Ihmisten taidot, näkökulmat, kulttuuriset tavat ja arvot voivat tässä tapahtumaketjussa muuttua (Peavy 2004). Oppiminen on prosessi jossa uutta tietoa jalostetaan käyttökelpoiseksi esimerkiksi käytäntöön soveltuvaksi. Minulla on ollut erinomainen mahdollisuus saada oppia ja kokemuksia hankkeessa toimimisesta ja päästä käyttämään näitä saatuja oppeja heti käytännössä. Mielestäni olen saanut parhaan mahdollisen hyödyn näiden kuukausien aikana jolloin olen ollut Kotihoito 24 -hankkeessa harjoittelemassa.

Hankkeen pilotointisuunnitelman kokoaminen oli myös mielestäni opettavainen kokemus. Yllätys minulle oli suunnitelman kokoamiseen kulunut runsas aika. Oppimiskokemuksena tämä oli kuitenkin tärkeä, nimenomaan sen kannalta, että tällaiseen työhön tulee varata runsaasti aikaa ja ajankäytössä tulee myös huomioida esimerkiksi mahdolliset yllätykset kuten esimerkiksi sairastumiset ja muut sellaiset seikat jotka saattavat hidastaa tarvittavien tietojen saantia.

Ohjatussa osallistumisessa ei vaadita sitä, että kertoo mitä tehdä ja miten, vaan se on vuorovaikutuksellinen oppimisprosessi (Peavy 2004). Harjoittelu aikana olen kokenut, että minun omaa työkokemustani ja erilaisissa hankkeissa ja projekteissa työskentelyssä saamaani kokemusta olen voinut hyödyntää myös hankkeen piirissä toimiville. Kokemukseni kotihoidon kehittämisestä ja ns. Kotkan mallista on otettu hyvin vastaan ja olemme myös voineet vertailla molempien alueiden toimintamalleja ja kehittymistarpeita. Oppiminen on näin ollut myös vastavuoroista.

LÄHTEET

- Peavy, V. 2004. *Sosiodynamic counselling, a constructivis perspective for practice of counselling* 21 st centry. Victoria: Trafford publishing.
- Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Terveyden edistämisen laatusuositukset. STM 2006:19
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Uusi Terveydenhuoltolaki.
- Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503.pdf. 21.10.2010.
- Tepponen, M. 2009. *Kotihoidon integrointi ja laatu*. Väitöskirja. Terveyshallinnon ja –talouden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Suullinen lähde

- Pietilä, A-M. Professori. Kuopion yliopisto. Luento Terveyden edistäminen näkyviin hoitotyössä. ENDA 2009 - The 9th Congress of the European Nurse Directors Association 7–9 October 2009, Finlandia Hall, Helsinki, Finland.

KIRJOITTAJAT

Marita Halonen

Sairaanhoitaja AMK, TtM-opiskelija
Joensuun kaupunki, Siilaisen sairaala
Kotihoito24 -hankkeessa verkostokoordinaattori

Jorma Hartikainen

Erikoissairaanhoitaja, toimitusjohtaja
Mummon Turva Oy
Kotihoito24 -hankkeessa ohjausryhmän jäsen

Anne Heikkilä

Sairaanhoitaja, TtM-opiskelija
Aluekoordinaattori, Ehkäise tapaturmat -hanke, Etelä Kymenlaakson osahanke
Kotihoito24 -hankkeessa opetusharjoittelija

Mari Hirvonen

Sairaanhoitaja YAMK
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, kirurginen osasto 2g
Kotihoito24 -hankkeessa asiantuntijasairaanhoitaja

Merja Kinnunen

Erikoissairaanhoitaja
Joensuun kaupunki, Tehostettu kotihoito
Kotihoito24 -hankkeessa Kotiuttamisprosessin kehittäminen -tiimin jäsen

Leena Knuuttila

Toiminnanjohtaja, Pohjois-Karjalan Dementiayhdistys ry/Muistiluotsi Pohjois-Karjala
Kotihoito24 -hankkeessa Omaisten tuen kehittäminen -tiimin tiimijohtaja

Tuulia Kouvalainen

Sairaanhoitaja AMK, TtM, tuntiopettaja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu
Kotihoito24 -hankkeessa Kotiuttamisprosessin kehittäminen -tiimin tiimijohtaja

Tuula Kukkonen

YTT, yliopettaja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, sosiaali – ja terveystoimen keskus
Kotihoito24 -hankkeessa tiimijohtajien työskentelyprosessin ohjaaja ja tukija

Leena Laaninen

Vanhuspalvelujen johtaja, Liperin kunta, sosiaali – ja terveystoimen yhteistoiminta-alue-
na Liperin kunta ja Outokummun kaupunki
Kotihoito24 -hankkeessa ohjausryhmän jäsen

Kajja Lähteenmäki

Kotihoidon päällikkö, Joensuun kaupunki, sosiaali – ja terveystoimi, vanhuspalvelut
Kotihoito24 -hankkeessa ohjausryhmän jäsen

Henna Myller

THM, lehtori, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, sosiaali – ja terveysalan keskus
Kotihoito24 -hankkeessa projektipäällikkö

Anu Niemi

Yleislääketieteen erikoislääkäri, kuntoutuksen erityispätevyys
Ylilääkäri, Pohjois-Karjalan sairaanhoito – ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä,
Kuntoutuskeskus
Kotihoito24 -hankkeessa ohjausryhmän puheenjohtaja

Anna-Maija Pitkänen

Projektipäällikkö, Yhteinen Polku – hanke, Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry
kotihoito24 -hankkeessa Omaisten tuen kehittäminen -tiimin jäsen

Erja Riikonen

Sairaanhoitaja, syöpäpotilaiden yhteyssairaanhoitaja, Pohjois-Karjalan sairaanhoito –
ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, kirurginen osasto 1g
Kotihoito24 -hankkeessa Saattohoidon kehittäminen -tiimin jäsen

Ritva Venejärvi

THM, lehtori, Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu, sosiaali – ja terveysalan keskus
Kotihoito24 -hankkeessa projektisuunnittelija

POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULUN C-SARJASSA ILMESTYNEITÄ JULKAISUJA

- C:42 Muutosjohtaminen, osaamisen johtaminen ja esimiestyö yhteys- ja palvelukeskusalalla. Riitta Makkonen ja Pilvi Purmonen (toim.). 2010.
- C:41 Monikulttuurisista kohtaamisista innostavaan ikäosaamiseen. Ritva Väistö (toim.). 2010.
- C:40 Tuotteen elinkaaren hallinnan palvelukonsepti. Juha Kareinen ja Jyri Pötry. 2010.
- C:39 Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun laadunvarmistusjärjestelmän sisäinen auditointi. Mervi Vidgrén, Pekka Auvinen, Lauri Hirvonen, Susanna Hukka, Anne Ilvonen, Jaakko Meriläinen, Mikko Penttinen, Jarmo Renvall, Raimo Saarelainen, Vesa Saarikoski, Asko Saatsi. 2010.
- C:38 Terveysalan kansainvälisyysviikkoja 10 vuotta. Tiina Halonen, Marjo Piironen, Minna Rökkilä (toim.). 2010.
- C:37 Maakuntakorkeakoulun monet muodot. Kari Kallberg, Pia-Riitta Pekkanen (toim.). 2009.
- C:36 Opiskelijoiden työllistyminen Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun viestinnän koulutusohjelmasta vuosina 2001-2006. Irinja Pänttönen. 2009.
- C:35 Debate: Development of the European Business Advisor Training and Exchange. Anna Liisa Westman, Kirsi-Marja Toivanen-Sevrjukova, Ulla Asikainen, Liisa Timonen. 2009.
- C:34 Ulkomaalaistaustaiset palvelualalla: koulutukseen hakeutumisen ja työllistymisen esteet. Irma Tikkanen, Marja-Leena Rautiainen, Eliisa Kotro, Majlis Korkiakangas, Marja Nives. 2008.
- C:33 Aikuiskoulutuksen toteuttajasta työyhteisöjen osaamisen kehittäjäksi: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun aikuiskoulutuksen opetus suunnitelmien arviointi. Pekka Auvinen, Anita Malinen, Harri Mikkonen. 2008.
- C:32 Ohjaus on kuin tekisi palapeliä – näkökulmia aikuisopiskelijan ohjaukseen ammattikorkeakoulussa. Mervi Lähti, Päivi Putkuri (toim.) 2008.
- C:31 Venäjä vetää – näkökulmia yritysten venäjä-yhteistyöhön. Pritazenie rossijkogo rynka - Ėksperty i predprinimateli o sotrudnicestve. Lauri Honka (toim.) 2007.
- C:30 Joensuun, Enon ja Pyhäselän perusterveydenhuollon yhdistymisprosessin arviointi. Pekka Auvinen, Päivi Sihvo. 2007.
- C:29 Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun aluevaikuttavuus. Teppo Tarnanen, Kim Wrangle, Petri Raivo. 2007.
- C:28 Invest in experience – Expert Perspectives on the Development of Age management in the O.W.L. Project. Anna-Riitta Mikkonen (ed.) 2007.
- C:27 Työntekijä oman työnsä kehittäjänä. Ritva Väistö (toim.) 2007.



Vipuvoimaa
EU:lta
2007–2013

Ympärivuorokautisen kotihoidon kehittäminen seudullisena verkostoyhteistyönä hanke toteutui vuosina 2008–2011. Hanke oli Euroopan aluekehitysrahaston (EAKR) rahoittamaa ja rahoitus tuli Pohjois-Karjalan maakuntaliiton kautta. Hankkeeseen osallistuneet kunnat, kuntayhtymä, yritykset, järjestöt ja Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu rahoittivat hanketta omilla omarahoitusosuuksillaan. Hanketta hallinnoi Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.

Hankkeessa mukana olivat Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, Joensuun, Kiteen, Lieksan ja Outokummun kaupungit, Heinäveden, Ilomantsin, Kontiolahden, Liperin kunnat, yksityiset hoitokodit Apilarinne ja Omena Oy Ilomantsista, Pikkupiha tmi Tohmajärveltä, Piritta Oy Joensuusta, Kultarinki Hoivapalvelut Oy / Hoitokoti Merilä Lieksasta, Johanneskoti Oy ja Kuntoutus-, koulutus- ja asunosaatiö (Leväniemen toimintakeskus) Heinävedeltä, Kiteen Kanervikkola-koti Oy Kiteeltä, Tuuliharjun Hoiva Oy (Hyvinvointikeskus Tuuletari) Uimaharjusta, yöhoitoa tuottava yritys Mummon Turva Oy Joensuusta sekä Pohjois-Karjalan Pelastuslaitos / Ensihoitopalvelut. Järjestöistä mukana olivat Joensuunseudun Omaishoitajat ja Läheiset ry, Pohjois-Karjalan Dementiayhdistys ry ja Pohjois-Karjalan Syöpäyhdistys r.y. Asiantuntijayhteistyössä toimivat Perhehoitokoti Mielikki Joensuusta, Lieksan Pietari – Apteekki Lieksasta sekä eri hoito- ja viestintäteknologiayrityksiä.

Tämän julkaisun artikkeleissa kuvataan eri näkökulmista hankkeessa mukana olleiden kokemuksia ympärivuorokautisen kotihoidon kehittämisestä Pohjois-Karjalan maakunnan alueella. Sisältöinä ovat muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen muutos ja sen merkitys kehittämistyöhön, kotisairaalasoinen hoito ja tehostetun kotihoidon käynnistäminen, kuntoutuksen asema nyt ja tulevaisuudessa, saattohoito kotona, teknologia kotihoidossa sekä yksityisyrittäjien ja järjestöjen merkitys ympärivuorokautisessa kotihoidossa. Lisäksi kuvataan koulutus- ja tutkimusyhteistyötä, opiskelijan ja verkostokoordinaattorin kokemuksia kehittämistoiminnasta sekä kehittämistyön etenemistä ja sen tukiprosessia.

Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisuja

C: 43

ISBN 978-951-604-119-6 (painettu)

ISBN 978-951-604-120-2 (pdf)

ISSN 1797-3848 (painettu)

ISSN 1797-3848 (pdf)