

Päivärinta Eeva, Haverinen Riitta

Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma -opas.

Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville

ISBN 951-33-1061-2

Oppaan valmistelu- ja kirjoittajaryhmä:

Ryhmäpäällikkö Riitta Haverinen, Stakes FinSoc, valmistelun puheenjohtaja
Erikoissuunnittelija Eeva Päivärinta, Stakes FinSoc, koordinaattori, kirjoitustyöstä vastaava
Ylitarkastaja Viveca Arrhenius, STM
Ylitarkastaja Sinikka Rokka, STM
sittemmin ylitarkastaja Hanna Nyfors, STM
Erityisasiantuntija Heli Sahala, Suomen Kuntaliitto
Erityisasiantuntija Eevaliisa Virnes, Suomen Kuntaliitto

Paikalliset esimerkit:

Sosiaalijohtaja Terttu Nordman, Jalasjärven kunta
Kotihoidon koordinaattori Sirkka Karhula, Jyväskylän kaupunki
Vanhustyön johtaja Kirsti Leppäaho, Karstula
Palveluyksikönpäällikkö Rauni Väänänen-Sainio, Oulun kaupunki
Vanhustyön johtaja Anneli Saarinen, Seinäjoen kaupunki

Työkaluja ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin:

Projektipäällikkö Anja Noro, Stakes
Tuotepäällikkö Leena Valtonen, Suomen Kuntaliitto

Ravitsemuksen ja suun hyvinvoinnin erityiskysymykset:

Ravitsemussuunnittelija Arja Lyytikäinen, Jyväskylän kaupunki
Johtava ravitsemussuunnittelija Ulla Siljamäki-Ojansuu, Tays
Kehittämispäällikkö Anne Nordblad, Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 951-33-1061-2 (verkkojulkaisu)
ISBN 951-33-1341-7 (painettu julkaisu)
ISSN 1236-0724

Helsinki 2002

Lukijalle

Hoito- ja palvelusuunnitelmilla asiakasasiakirjana on pitkät perinteet. Suunnitelman kehittäminen todelliseksi asiakkaan tarpeet huomioon ottavaksi ikäihmisten palveluja kokoavaksi työvälineeksi edellyttää hoito- ja palvelusuunnitelman näkemistä monipuolisena välineenä, josta on käytännön hyötyä sekä asiakkaalle että työntekijälle. Suunnitelma on työväline palveluja antavalle työntekijälle, työyhteisölle ja kunnalle ikäihmisten palvelujen kokonaisuuden suunnittelussa, toteutuksessa, seurannassa, arvioinnissa ja kehittämisessä. Toteutuessaan hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa koko vanhustyön prosessia. Toimiva hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntö palvelee myös paikallisen ja valtakunnallisen tiedonkeruun ja siten myös tilastoinnin tarpeita ja kehittämistä.

Tässä oppaassa hoito- ja palvelusuunnitelmaa tarkastellaan ikäihmisten asiakaskohtaisena hoito- ja palvelusuunnitelmana sekä avo- että laitoshoidossa. Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakirja tai asiakirjakokonaisuus, johon kirjaan yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen tarvitsemansa palvelut ja hoito sekä niiden muoto ja arvioitu kesto. Samalla sovitaan hoito- ja palvelusuunnitelman tarkistamisen ja arvioinnin ajankohdat. Asiakaslähtöinen hoito- ja palvelusuunnitelma-asiakirja kokoaa, rajaa ja tuo ilmi asiakkaan kuntoutuksen tarpeet ja kuntoutumisen voimavarat, palvelujen, hoivan ja hoidon tarpeet sekä ehkäisevän työn mahdollisuudet.

Opas ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelmien sekä suunnitelma-asiakirjojen ja -käytäntöjen kehittämiseksi on tarkoitettu ennen kaikkea tueksi kaikille sekä avo- että laitospalvelujen vanhustyöntekijöille ja heidän esimiehilleen. Tarkoituksena on edistää ja tukea kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman asiakkaasta lähtevää suunnittelua, laatimista, toteutusta ja arviointia käytännön työssä.

Helsingissä 21. päivänä elokuuta 2002

Sosiaali- ja terveysministeriö

Stakes

Suomen Kuntaliitto

Kimmo Leppo
Ylijohtaja

Vappu Taipale
Pääjohtaja

Jorma Back
Sosiaali- ja terveys-
yksikön päällikkö

Jarkko Eskola
Osastopäällikkö,
ylijohtaja

Saate

Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelman perusteista

Hyvä ikäihmisen palvelu ja hoito perustuu ihmisen kunnioittamisen periaatteisiin. Vanhustyö on ihmissuhdetyötä, jossa yhdistyvät ihmisenä oleminen ja ammatillinen asiantuntijuus. Työn eettinen ulottuvuus ilmenee siten, että työntekijä ottaa omalta osaltaan vastuun asiakkaan palvelujen ja hoidon yhteistyössä eri osapuolten kanssa tapahtuvasta suunnittelusta ja toteutumisesta. Asiakkaan tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset sekä hänelle merkittävät jokapäiväiset asiat ovat lähtökohtana hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa. Vanhustyön kaikissa vaiheissa on erityisen tärkeää tunnistaa asiakkaan voimavarat ja toimintakyky.

Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakasläh- töistä ja kuntouttavaa työtä, ikäihmisten kotona asumista edistävää työtettä sekä palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämistä paikallisesti ja kattavasti koko palvelujärjestelmässä. Asiakkaan tarpeiden tai käytettävissä olevien voimavarojen muuttuessa suunnitelmaa tarkistetaan ja sitä muutetaan yhteistyössä asiakkaan kanssa. Siten hoidon ja palvelun suunnitteluvaiheen sekä kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman tavoite on luoda asiakkaalle saumaton, joustava, yksilöllinen ja yksilöllisiin tarpeisiin suunniteltu palvelukokonaisuus, jossa otetaan huomioon olemassa olevat voimavarat. Asiakas on palveluja ja hoitoa tuottavissa yhteisöissä aina olennaisin oman mielipiteensä ilmaisevana työntekijän yhteistyökumppanina, oman elämänsä asiantuntijana.

Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa ja käytännön toteutumisessa korostuvat työtä koordinoivan työntekijän ammatti- ja vuorovaikutustaidot sekä paikallisten mahdollisuuksien tuntemus yli perinteisten sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- ja hallintorajojen. Hyvällä suunnitelman valmistelulla ja toteutuksella voidaan ehkäistä sellaista asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä, mihin ohjauksella, tuella, palveluilla ja hyvällä hoidolla voidaan vaikuttaa.

Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lain, (812/2000) 7 §:n, mukaan toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on säädetty terveydenhuollon asiakkaan asemasta.

Etenkin ikäihmiset käyttävät sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja samanaikaisesti tai ne sisältyvät palvelu- ja hoitokokonaisuuteen rinnakkaisina tai peräkkäisinä. Palvelujen tarve on iäkkäillä, monia sairauksia potevilla ihmisillä usein päivittäin jatkuvaa ja muuntuvaan koko elämän ajan.

Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman valmistelussa yhdistyvät asiakkaan tarpeet ja toiveet, olemassa olevat palvelu- ja hoitomahdollisuudet sekä työntekijän asiantuntijuus. Työntekijä luo yhteistyössä asiakkaan kanssa asiakkaan tilanteessa toimivan palvelukokonaisuuden, jonka toteutumista arvioidaan. Tarvittaessa suunnitelmaa muutetaan ja muutos kirjataan sovitulla tavalla.

Oppaan laatimisesta ja rakenteesta

Tämän oppaan tarkoitus on tukea, antaa tietoa ja virikkeitä paikallisesti ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelmia, niiden sisältöä, seurantaa ja arviointia kehitettäessä. Tavoitteena on myös lisätä arvioivaa työtettä ja monipuolistaa asiakaslähtöistä työtä. Samalla tulee näkyväksi ikäihmisten kanssa tehtävän arjen työn prosessinomainen luonne. Oppaan luvuissa on viitteitä täydentävään kirjallisuuteen, johon kannattaa perehtyä.

Opas kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimenpideohjelman 2000–2003 kohdan 50 toimenpiteisiin (ikäntyneiden asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskeva laatusuositus). Kirjallisten palvelusuunnitelmien tai hoitosopimusten merkitystä ja ohjausvaikutusta korostetaan myös ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevassa laatusuosituksessa varmistettaessa palvelujen eettisten ja toiminnallisten tavoitteiden toteutumista (STM ja Suomen Kuntaliitto 2001). Myös Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu, opas laatuun (Stakes ja sosiaali- ja terveysministeriö 2002), korostaa hoito- ja palvelusuunnitelmien merkitystä.

Opas on laadittu sosiaali- ja terveysministeriön, Suomen Kuntaliiton ja Stakesin asiantuntijoiden, laajan kuntakentän vanhustyön asiantuntijaverkoston, alan järjestöjen sekä järjestöissä toimivien ja kansalaisvaikuttajien kanssa yhteistyössä. Tausta-aineistoja on koottu paitsi olemassa olevasta tutkimuksesta myös teemakyselynä erilaisissa seminaareissa ja kansalaistilaisuuksissa.

Opas koostuu kolmesta luvusta. Ensimmäisessä luvussa korostetaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa mahdollisuutena kehittää palvelujen kohdentumista ja asiakaslähtöisyyttä etenkin ikäihmisten kotona asumista edistävän työotteen tueksi. Hoito- ja palvelusuunnitelma nähdään asiakkaan, työntekijän, työyhteisön ja erilaisten palvelutuottajien sekä kunnan välineenä tuottaa, arvioida ja kehittää laadukkaita palveluja. Näin hoito- ja palvelusuunnitelma on ikäntyneen palveluja tarvitsevan ihmisen, työntekijän ja työyhteisöjen yhteistyön tuki ja työväline.

Toisessa luvussa hoito- ja palvelusuunnitelma-asiakirjan valmistelu liitetään kiinteäksi osaksi koko vanhustyön ja auttamisen etenemisprosessia. Siinä eritellään asiakkaaksi tulovaihetta, neuvotteluvaihetta, palveluista sopimista, varsinaista arjen toimintaa, seurantaa ja arviointia sekä asiakkuuden päättymistä. Hoito- ja palvelusuunnitelman valmistelu, laatiminen ja toteuttaminen ovat arjessa palvelujen tarjonnan, käytössä olevien voimavarojen ja ikäihmisten tarpeiden välisen suhteen jatkuvaa arviointia ja parasta mahdollista yhteen sovittamista. Hoito- ja palvelusuunnitelman valmistelu edellyttää työntekijältä arvioivaa ja asiakaslähtöistä työtettä.

Jotta erilaiset hoito- ja palvelusuunnitelmien paikalliset valmistelutyöt ja niistä saatu osaaminen tulisivat yhteiseen käyttöön, on luvussa 3 esitelty kokeimuksia hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntöjen kehittämiskulusta. Yhteistä niille on hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntöjen kehittäminen osana ikäihmisten palvelujen rakennemuutosta. Samalla suunnitelmat ovat välineitä, kun kehitetään asiakaslähtöistä työtettä koko vanhustyössä, sekä avo- että laitoshoidossa.

Luvussa neljä on esitelty kaksi laajasti käytössä olevaa työkalua ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin. Luvussa viisi on käsitelty ikäihmisten hyvinvoinnin kannalta kahta keskeistä aluetta: ravitsemusta ja suun hyvinvointia. Näiden merkitys on korostunut viimeaikaisen kansainvälisen tutkimuksen suunnasta.

Liitteeseen 1 on koottu esimerkkejä eri puolilla Suomea käytössä olevista asiakaskeskeisten hoito- ja palvelusuunnitelmien teemoista ja liitteistä. Liitteessä 2 on tiivistetty katsaus hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyvästä lainsäädännöstä. Liitteessä 3 on lueteltu oppaan valmisteluun eri tavoin osallistuneet henkilöt ja tahot.

Toivomme oppaan herättävän kiinnostusta ja johtavan arjessa ikäihmisten hyväksi kokemaan ja toimivaan hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntöön. Kaikenlainen palaute oppaasta on toivottavaa ja odotettua.

Sisällys

1	Hoito- ja palvelusuunnitelma eri näkökulmista	11
	Hoito- ja palvelusuunnitelma asiakaslähtöisyyden tukena	13
	Hoito- ja palvelusuunnitelma työntekijän työvälineenä	17
	Hoito- ja palvelusuunnitelma työyhteisöjen yhteistyön välineenä	20
	Hoito- ja palvelusuunnitelma esimiestyön ja johtamisen tukena	23
	Hoito- ja palvelusuunnitelma tavoitteellisen vanhustyön tukena	26
	Hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntöjen arviointi	29
2	Hoito- ja palvelusuunnitelma vanhustyön tukena	33
	Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma	35
	Asiakkaaksi tulo	36
	Neuvotteluvaihe	40
	Sopimisen vaihe	42
	Toimintavaihe	44
	Seuranta ja arviointi	46
	Asiakkuuden päättäminen	47
3	Paikallisia kokemuksia	49
	Jalasjärven hoito- ja palvelusuunnitelmakansio	51
	Kuuden kaupungin yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma – esimerkkinä Jyväskylä	56
	Vanhustyön sisältöjen ja yhteistyön kehittäminen Karstulassa	60
	Oulun kotihoidontyön arvojen uudistaminen	64
	Seinäjoen toimintamalli asukkaiden arkielämän tukena	67
4	Työkaluja ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin	71
	RAI-tietojärjestelmä	73
	RAVA-indeksi sekä hoito- ja palvelusuunnitelma	76
5	Erytyiskysymyksiä asiakaskohtaisia suunnitelmia laadittaessa	79
	Ravitsemus	81
	Ikääntyvän suun hyvinvointi	86
Liitteet:		
Liite 1.	Asiakaskohtaisen hoito- ja palvelusuunnitelma-asiakirjan sisältöjä	93
Liite 2.	Hoito- ja palvelusuunnitelma sosiaali- ja terveysalan lain- säädännössä	95
Liite 3.	Oppaan valmisteluun osallistuneet henkilöt ja tahot	99

1 Hoito- ja palvelusuunnitelma eri näkökulmista





Hoito- ja palvelusuunnitelma asiakaslähtöisyyden tukena

Tavoiteltava hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntö:

Asiakkaasta lähtevään työtteeseen perustuva, asiakkaan kanssa yhteistyönä ja yhteisymmärryksessä laadittu ja käytännön työssä toteutuva hoito- ja palvelusuunnitelma turvaa ja mahdollistaa palveluja jatkuvasti tarvitsevalle ihmiselle edellytykset elää omia toiveitaan vastaavaa elämää usein myös haluamassaan ympäristössä.

H hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma on tiivistelmä asiakkaan yksilöllisestä tilanteesta ja hänen tarvitsemistaan palveluista. Suunnitelma koostuu asiakkaan kuntoutuksen ja palvelujen tarpeista, hänen kanssaan suunnitelluista tavoitteista ja niiden saavuttamiseksi tehtävistä toimista tai tilanteen ratkaisemiseksi valituista keinoista tai palveluista. Hyvään suunnitelman toteutukseen sisältyy aina asiakkaan tilanteen seuranta, kokemusten kirjaaminen ja toiminnan vaikutusten jatkuva kirjallinen arviointi. Hoito- ja palvelusuunnitelma on arvioivan ja asiakkaasta lähtevän työtavan käyttöä arjessa. Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen antaa asiakkaalle mahdollisuuden osallistua itseään koskevan suunnitelman tekemiseen, toimeenpanoon ja arviointiin. Siihen kuuluu myös asiakkaan mahdollisuus antaa palautetta sekä palautteen vastavuoroisen käsittely.

Kun palveluja ja hoitoa järjestettäessä käytetään hyväksi ehkäisevän työn mahdollisuudet sekä toteutetaan yksilöllinen, kuntouttava työote ja tiedostetaan työtä ohjaavien eettisten periaatteiden merkitys, toteutuu vanhusten oikeus saada arvostavaa ja kunnioittavaa kohtelua. Asiakkaalla on oikeus saada tietoa palveluista, eri vaihtoehdoista ja asiakasmaksuista.

Tämän vuoksi on suositeltavaa, että kuntalaisilla ja työntekijöillä olisi käytössään paikallinen sekä perinteinen että sähköinen palvelukatsaus, palveluopas tai vastaava. Katsaus sisältää ajan tasalla olevat tiedot kunnan palveluista ja niiden sisällöstä sekä mahdollisista palvelujen saannin ehdoista. On myös varmistettava se, että asiakkaiden oikeus saada palveluja kohtuujassa yhtäläisten ja selkeiden periaatteiden pohjalta toteutuu.

Palveluja tarvitsevan vanhuksen elämäntilannetta ja toimintakykyä arvioitaessa on aina huomioitava ympäristö, jossa hän asuu ja elää. Siten on tärkeää, että hoito- ja palvelusuunnitelma pyritään laatimaan asiakkaan omassa tai hänelle tutussa ympäristössä. Asiakas ja työntekijä yhdessä arvioivat tarvittavien toimenpiteiden luonteen, toteutuksen ja keston.

Asiakaslähtöinen työote turvaa sen, että asiakasta kuullaan ja että hän osallistuu suunnitelman laatimiseen, tarkistamiseen ja muuttamiseen (ks. kohta 3.5). Erityisen tärkeää on paneutua dementiaoireisten asiakkaiden oikeuksien toteutumiseen. Dementiaoireisen asiakkaan tahtoa ja toivomuksia tulee selvittää hänen omaisiltaan ja läheisiltään. He voivat kertoa ikääntyneen vakaumuksesta, toiveista ja valinnoista sekä siitä, mitkä olivat hänen näkemyksensä tarjolla oleviin vaihtoehtoihin ennen dementoitumista.

Asiakas voi halutessaan valita keskusteluihin mukaansa jonkun läheisen ihmisen. Asiakkaan on voitava luottaa siihen, että asiat käsitellään luottamuksellisesti ja asiakirjat pidetään salassa. Asiakkaalla on myös oikeus valittaa palvelusta, johon hän on tyytymätön.

Kotihoidon palveluista annetaan asiakkaalle päätös, josta käy ilmi, mitä palveluja hänelle on myönnetty, kuinka paljon, mistä alkaen ja mihin saakka. Päätöksen selvitys- tai hakemusosaan kirjataan asiakkaan hakemat palvelut. Jos päätös on osin tai kokonaan kielteinen, hylkäämisen perusteet on selvitettävä päätöksessä. Asiakas voi hakea muutosta päätökseen tai valittaa päätöksestä, johon hän on tyytymätön. Kotisairaanhoidosta ja terveydenhuollon laitoshoidosta tehdään hoitopäätös.

Perittävästä asiakasmaksusta on annettava asiakkaalle päätös. Asiakasmaksut voivat sisältyä myös päätökseen palvelusta. Asiakkaalta kunnallisista sosiaali- ja terveyspalveluista perittävistä maksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevassa laissa ja asetuksessa. Kunnat päättävät asiakasmaksujen määräytymisen perusteista säännösten sallimissa rajoissa. Yksittäisen asiakkaan maksusta tai maksuvapaudesta päättää yleensä viranhaltija.

Erityisen tärkeä hoito- ja palvelusuunnitelma on kotihoidon asiakkaille. Myös maksuasetus edellyttää, että jatkuvasta ja säännöllisestä kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta laaditaan asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelma. Palvelusta perittävä kuukausimaksu määrätään suunnitelmaan sisältyvän palvelukonaisuuden perusteella. Maksuasetuksen mukaan jatkuvaa ja säännöllistä kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa saavan asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa tarkistetaan palvelujen tarpeen muuttuessa. Vastaavasti palvelu- ja maksupäätöstä tarkistetaan silloin, kun suunnitelmaa muutetaan.

Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen asiakkaan näkökulmasta:

- Kodissaan asuva, palveluja tarvitseva ihminen kuvaa hoito- ja palvelusuunnitelmassa omia tiedon, tuen, palvelujen tai hoivan ja hoidon tarpeitaan kaikille suunnitelman laatimiseen ja toteuttamiseen osallistuville samalla kertaa. Hänelle muodostuu kuva omista mahdollisuuksistaan tehdä valintoja ja vaikuttaa saamaansa hoitoon ja palveluihin sekä niiden toteutumisen jatkuvaan arviointiin. Kun suunnitelma tehdään yhteistyössä, voidaan ehkäistä väärinymmärrysten tai erilaisten tulkintojen syntymistä asiakkaan, hänen läheistensä ja työntekijöiden välillä.
- Asiakas ja työntekijä selvittelevät yhdessä omaisten tai läheisten mahdollisuuksia ja halukkuutta osallistua asiakkaan tukemiseen tai auttamiseen sekä kotona että palveluasumisessa ja laitoshoidossa. Samalla voidaan selvittää heidän halunsa ja mahdollisuutensa toimia omaishoitajana.
- Asiakkaan ohjaus, palvelut, tuki tai tarvittaessa hoiva ja hoito suunnitellaan ja toteutetaan ensisijaisesti asiakasta tyydyttävällä tavalla. Suunniteltujen toimenpiteiden ja palvelujen sisältöä on yhdessä työntekijän kanssa pohdittu, asetettu tärkeysjärjestykseen ja kohdennettu. Valinnat on tehty keskustellen ja sovitellen sekä ottaen huomioon työyhteisössä hyväksytyt ja työskentelyä ohjaavat arvot ja käytössä olevat voimavarat. Sovitut ratkaisut ovat kaikkien osapuolten tiedossa, ja ne kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Myös mahdolliset erimielisyydet sekä ehdotukset ja yritykset niiden ratkaisuksi kirjataan.
- Esimerkiksi ajoissa suunniteltu sairaalasta kotiuttaminen ja potilaan näkemyksiä kuunnellen laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma lisäävät potilaan turvallisuuden kokemusta sekä tietoisuutta siitä, että hänen hyvinvointiaan välitetään. Suunnitelman laatiminen ja sen toteuttaminen edistävät ja tukevat erityisesti ikäänntyneen ihmisen kotiutumista ja laadukkaan elämän edellytyksiä sekä kotona että pitkäaikaisessa laitoshoidossa.
- Halutessaan asiakas voi liittää osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaansa omat toiveensa ja tahdonilmaisunsa siitä, miten hän haluaa itseään hoidettavan, jos hänen toimintakykynsä alenee siten, että hän ei voi tai kykene ilmaisemaan tahtoaan häntä koskevista hoitovalinnoista päätettäessä.

Keskeistä on, että

- ✓ jokaisella toistuvia tai säännöllisiä palveluja saavalla asiakkaalla on yksilöllinen, kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma.
- ✓ suunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan ja/tai hänen laillisen edustajansa tai muiden läheistensä kanssa.
- ✓ suunnitelman toteutumisen seuranta, tarkistaminen ja arviointi tapahtuvat yhteisymmärryksessä suunnitelman laatimiseen osallistuneiden kesken.
- ✓ suunnitelman laadinnasta vastaava työntekijä huolehtii, että asiakasta kuullaan ja hänen tarpeensa huomioidaan jatkuvasti.

Asiakaslähtöisyyden arviointi

Seuraavassa on kysymyksiä hoito- ja palvelusuunnitelman valmistelun asiakaslähtöisyyden arvioinnin tueksi:

- Miten työyhteisössämme varmistetaan, että asiakasta kuunnellaan ja hänen näkemyksensä otetaan huomioon hoito- ja palvelusuunnitelmien teossa? Kuka tässä tapauksessa edustaa asiakkaan tarpeita?
- Miten varmistetaan, että asiakkaan palvelutarpeet ja niihin vastaaminen näkyvät hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjaamisessa?
- Miten varmistetaan, että asiakkaan ja omaisen arviot hoidon vaikutuksista ja palaute hoidon laadusta näkyvät hoito- ja palvelusuunnitelmassa?
- Miten varmistetaan, että asiakas tuntee hoito- ja palvelusuunnitelmansa?
- Miten hoito- ja palvelusuunnitelma tarkistetaan asiakkaan tarpeiden tai voimavarojen muuttuessa?
- Miten varmistetaan, että hoito, hoiva, palvelu ym. toteutuu kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti?

Kirjallisuutta:

- Bylund, E., Cedergren, L., Hollo, A. (1995). Dialogen med patienten. Handbok om att samla in och ta tillvara patienternas erfarenheter. Språkrapport 391, Stockholm.
- Kiikkala, I. (1999). Asiakaslähtöisyys on ajankohtainen asia. Mitä se oikein on? Sairaanhoidaja 3: 6–10.
- Nurminen, R. (2000). Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 80. Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopio.
- Rissanen, L. (1999). Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Oulun yliopisto. Oulu.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. (2001). Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Oppaita 4. Edita Oyj, Helsinki.
- Vilko, A. (2000). Riittävästi koti. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti, Janus 3: 213–229.
- Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K. ym. (toim.). (2002). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes, oppaita 49. Gummerus Oy, Saarijärvi.

Hoito- ja palvelusuunnitelma työntekijän työvälineenä

Työntekijän tehtävänä on oman ammattitaitonsa, paikallisten palvelujärjestelmien tuntemuksensa ja kokemuksensa turvin rakentaa sellainen asiakkaan tarpeisiin sopiva ehdotus, joka on toteutettavissa. Ehdotuksen pohjalta asiakas voi tehdä valintoja käytettävissä olevien voimavarojen ja palvelumahdollisuuksien mukaan.

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa työntekijä arvioi asiakkaan palveluihinsa tarvitsemat ja työyhteisössä käytössä olevat voimavarat. Hän arvioi asiakkaan tarvitseman tuen ja avun pyrkiessään turvaamaan asiakkaan laadukkaan elämän edellytyksiä ja hyvän olon kokemusta.

Asiakkaan toiveet, tarpeet ja odotukset tulevat usein esiin vähitellen molemminpuolisen tutustumisen ja luottamuksellisten suhteiden kehittymisen myötä. Siksi on kuultava asiakasta ja oltava jatkuvasti valmis tarkistamaan suunnitelmaa. Asiakkaasta lähtevän työtteen toteutuminen ja sen arviointi ovat työntekijöiden ja työnjohdon yhteisiä tehtäviä.

Arvioitaessa asiakkaan kuntoutuksen, palvelujen, hoivan tai hoidon tarvetta apuna voidaan käyttää yleisesti hyväksytyjä asiakkaan toimintakyvyn sekä palvelujen ja hoidon tarpeen arvioinnin menetelmiä ja välineitä. Esimerkkinä tässä oppaassa esitellään RAI-tietojärjestelmä ja RAVA-indeksi, joihin sisältyy myös asiakkaan toimintakyvyn arviointi.

Ajantasainen, asiakaslähtöinen, asiakkaan tiedossa oleva ja hyväksymä hoito- ja palvelusuunnitelma ehkäisee jo palvelujen piirissä olevan asiakkaan suunnittelematonta ajautumista uusien palvelujen piiriin: ettei hän esimerkiksi päivystysvastaanoton kautta ohjaudu sairaalaan suunnittelematonalle tutkimus- tai hoitajaksolle. Siten hoito- ja palvelusuunnitelma on myös tukirakenne sosiaali- ja terveystoimen asiakaslähtöisessä toimintatavassa sekä asiakastason kustannusten hallinnassa.

Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen työntekijän tukena:

- ☛ Kaikilla asiakkaan tarvitsemien palvelujen tuottamiseen, asiakkaan avustamiseen, hoivaan tai hoitoon osallistuvilla on tiedossaan samat tavoitteet. Kirjallisesti on selvästi ilmaistu, mihin kunkin asiakkaan osalta pyritään. Yhteiset keskustelut asiakkaan tavoitteista sekä erilaiset arviointitilanteet luovat hyvän pohjan asiakkaan osallisuudelle sekä omatyöntekijän ja tiimin työskentelylle. Samalla mahdollistuu myös työn jatkuva arjessa tapahtuva arviointi ja kehittäminen (vrt. reflektiivinen työote, Turunen 1998) sekä työskentelyä ohjaavien tavoitteiden uudelleen suuntaaminen.
- ☛ Päivitetty hoito- ja palvelusuunnitelma takaa palvelujen ja hoidon jatkuvuuden työntekijöiden tai palveluja tuottavan yhteisön vaihtuessa. Tutustuminen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan on myös osa uuden työntekijän tai opiskelijoiden perehdyttämistä asiakkaan tilanteeseen. Hoidon ja palvelujen jatkuvuuden ja tiedonkulun parantuessa vähenevät mahdollisuudet, että hoidossa tapahtuisi virheitä tai että asiakkaan toivomukset tulkittaisiin väärin.
- ☛ Selkeä kirjattu suunnitelma sovitusta palvelusta ja hoidoista ehkäisee työntekijöiden päällekkäistä työtä. Samalla varmistetaan työntekijöiden keskinäisiä työn- ja vastuunjakoja. Siten lisätään asiakasturvallisuutta.
- ☛ Yhdessä kirjattu suunnitelma ehkäisee väärinymmärryksiä eri osapuolten kesken ja auttaa niiden selvittelyssä. Siten hyvin ja yhteisymmärryksessä suunniteltu, kirjattu, toteutettu ja ajallaan arvioitu asiakaskohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma tukee sekä työntekijöiden että asiakkaiden kokemusta tasa-arvoisesta kohtelusta ja toteutuvasta oikeusturvasta.
- ☛ Oman työn ja työskentelyn jatkuva arviointi edistää myös työntekijän henkilökohtaista kehittymistä ja oppimista työssään.

Keskeistä on, että

- ✓ suunnitelman laadinnasta vastaava työntekijä huolehtii siitä, että asiakkaalla on jatkuvasti mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa tarpeen arviointiin ja palvelujensa suunnitteluun.
- ✓ ikääntynyt ihminen on tasa-arvoinen toimija palvelujensa toteuttamisessa ja suunnitelmansa tarkistamisessa sekä arvioinnissa.
- ✓ asiakasta koskevat asiat pyritään käsittelemään ja ratkaisemaan häntä kuullen, yhteisymmärryksessä ja hänen etunsa mukaisesti.

Hoito- ja palvelusuunnitelman arviointi:

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa työntekijöiden työvälineenä voidaan arvioida esimerkiksi seuraavilla kysymyksillä:

- Miten toimiva hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntömme on? Miten sitä pitää kehittää?
- Onko hoito- ja palvelusuunnitelmassamme otettu huomioon
 - 1) voimavaranäkökulma?
 - 2) kuntoutus ja kuntouttavan työotteen näkökulma?
 - 3) muut asiakkaan erityiskysymykset, kuten ravitsemus?
- Miten varmistamme, että hoito- ja palvelusuunnitelmassa ovat sekä tavoitteet että tavoitteiden toteutumisen arviointi?
- Miten varmistamme, että hoito- ja palvelusuunnitelmaan tehdään riittävät ja säännöllisin väliajoin tehdyt merkinnät hoidon kulusta ja palvelun toteutumisesta?
- Miten varmistamme, että hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjaaminen tahtuu työyhteisössämme yhdenmukaisella ja asiakaslähtoisellä tavalla?

Kirjallisuutta:

- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S., Päivärinta, E. (1998). Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Halila, L. (toim.). (1999). Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Hygieia. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Sairaalaliitto. (1980). Kirjallinen hoitosuunnitelma. Potilaan hoidon apuväline. Kirjapaino Oy, Vammala.
- Munnukka, T., Kiikkala, I. (toim.). (1995). Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Hygieia. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Narikka, J. (toim.). (2001). Sosiaali- ja terveystalouden lainsäädäntö käytännössä. Tietosanoma Oy, Pieksämäki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001). Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden että muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Oppaita 3. STM, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001). Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Oppaita 9, STM.
- Sundman, E. (toim.). (2000). Potilaan asema ja oikeudet. Tammi Oy, Helsinki.
- Turunen, K. E. (1998). Minusta näyttää – johdatus reflektiiviseen filosofiaan. Atena Kustannus Oy, Jyväskylä.

Hoito- ja palvelusuunnitelma työyhteisöjen yhteistyön välineenä

Hoito- ja palvelusuunnitelmassa on kirjattuna kokonaiskuva asiakkaan tarvitsemasta ja hänen tarpeisiinsa juuri käsillä olevassa tilanteessa suunnitellusta opastuksesta, neuvoista, tuesta, avusta, yhteistyöverkostoista, palveluista, tutkimuksista, hoivasta ja hoidosta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkuus ja asiakkaan tiedot kuuluvat salassa pidettäviin tietoihin. Erilais- ta apua ja palveluja tarvitsevan asiakkaan hoidossa tietojen vaihto ja tiedonsaanti ovat kuitenkin tarpeen asiakkaan palvelujen asiakaslähtöisyyden, joustavuuden ja saumattomuuden saavuttamiseksi.

Asiakas voi antaa sekä sosiaali- että terveydenhuollossa suostumuksensa siihen, että häntä koskevia tietoja voidaan luovuttaa salassapitosäännösten estämättä tahoille, jotka tarvitsevat niitä hoidon toteuttamiseksi ja jatkuvuuden turvaamiseksi. Asiakkaan suostumus tulee olla kirjallisena ja kirjattuna. Suullisesti annettu lupa tietojen vaihtoon on pätevä. Tällöin lupa on kirjattava asiapapereihin mahdollisimman tarkasti. Papereista tulee käydä selville, koska suostumus on annettu ja kuka on vastaanottanut ja kirjannut suostumuksen.

Kun suostumusta pyydetään, on asiakkaalle kerrottava selkeästi, mitä tietoa, mihin tarkoitukseen ja kenelle suostumuksella luovutetaan ja pyydetään. Näin asiakkaalle ja tarvittaessa hänen nimeämälleen edustajalle jää mahdollisuus harkita suostumuksen antamista, sen sisältöä, laajuutta ja kestoja. Asiakkaalla on milloin tahansa oikeus muuttaa tai rajata antamaansa suostumusta tai peruuttaa se. Suostumuksen edellytyksenä on, että asiakas (tarvittaessa hänen virallinen edustajansa) ymmärtää sen merkityksen.

Toimintatapojen yhtenäisyyden sekä asiakkaan ja työntekijöiden oikeusturvan vuoksi on suositeltavaa, että toimintayksiköillä on käytössään suostumuksen kirjaamista varten lomake tai että suostumus on osa hoito- ja palvelusuunnitelma-asiakirjan lomakkeista. Suostumuksesta tulee käydä ilmi:

- kuka tietoja luovuttaa
- kenelle tietoja luovutetaan
- mitä tarkoitusta varten tietoja luovutetaan
- mitä tietoja luovutetaan
- päivämäärä ja asiakkaan allekirjoitus.

On muistettava, että asiakkaan kanssa työskentelevillä on oikeus saada asiakkaasta vain niitä tietoja, joita he työssään tarvitsevat (ks. kohta Kuuden kaupungin yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma – esimerkkinä Jyväskylä, s. 56). Suostumus on voimassa toistaiseksi ellei siinä muuta määrätä. Suostumuksen voimassaolo ja tarkoituksenmukaisuus tulee tarkistaa aina hoito- ja palvelusuunnitelman tarkistuksen yhteydessä ja etenkin asiakkaan tilanteen muuttuessa.

Työyhteisöjen asiakaslähtöisen toiminnan ja hyvän palvelun turvaamiseksi on tärkeää, että suunnitelmassa verkostoidaan ja muodostetaan kokonaisuus hyvin eri tahoilta asiakkaan tarpeisiin tuotetuista toimenpiteistä, palveluista ja hoidosta. Vaikka auttaminen, hoito, hoiva ja palvelu tapahtuvat työyhteisöissä, asiakas tarpeineen on aina olennaisin verkostossa. Tämä edellyttää työyhteisöltä aitoa asiakkaaseen keskittyvää toimintaotetta ja työtappaa.

Useat palvelujen tuottajat, työyhteisöt, tiimit ja työntekijät voivat olla ikään-tyneen palvelujen, hoidon ja hoivan antajina. Tällöin yhteisesti käytettävällä, päivitetyllä sekä toimivalla hoito- ja palvelusuunnitelmalla varmistetaan palvelujen jatkuvuus ja joustavuus asiakkaan näkökulmasta (ks. kohta Vanhustyön sisältöjen ja yhteistyön kehittäminen Karstulassa, s. 60). Samalla kun vahvistetaan asiakaslähtöisyyttä ja -turvallisuutta tuetaan myös työyhteisöjen työn ja palvelujen sujuvaa toimintaa, vaikka toimijoita on useita.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen asiakirjojen laatimiseen ja säilyttämiseen sovelletaan sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen asetusta (99/2001). Sosiaalihuollon asiakirjoista ei ole vastaavanlaisia säännöksiä.

Keskeistä on, että

- ✓ suunnitelman laadinnasta vastaava työntekijä huolehtii siitä, että asiakas tietää häntä itseään koskevan asiakirjan sisällöstä sen laatimisen kaikissa vaiheissa sekä avo- että laitoshoidossa.
- ✓ työntekijä varmistaa, että asiakas tietää, mihin hänen antamiaan tietoja tarvitaan, mihin tarkoitukseen niitä käytetään, mihin niitä luovutetaan ja mihin tiedot tallennetaan.
- ✓ työntekijä huolehtii siitä, että asiakkaalla on halutessaan tilaisuus tutustua itsestään muualta hankittuihin tietoihin.

Hoito- ja palvelusuunnitelman arviointi yhteistyön näkökulmasta:

Hoito- ja palvelusuunnitelman käyttöä työyhteisöjen yhteistyön toimivuuden tukena voidaan arvioida seuraaville kysymyksillä:

- Miten varmistamme eri työyhteisöjen yhteistyön toimivuutta käytännössä? Miten käytämme tästä saadun palautteen?
- Miten varmistamme, että yhteistyötahot saavat tarpeellisen tiedon? Entä salassa pidettävän tiedon säilymisen salaisena?
- Miten varmistamme tiedonkulun sujuvuuden niin, ettei se aiheuta asiakkaalle pulmia eri palvelu- ja hoitopaikoissa? Millaisia ratkaisuja on näiden ongelmien poistamiseksi?
- Miten varmistamme asiakkaan tiedonsaannin myös muiden työyhteisöjen palveluista ja hoidosta, jos asiakas liikkuu näiden välillä?

Kirjallisuutta:

- Arnkil, T., E., Eriksson, E., Arnkil, R. (2000). Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Stakes Raportteja 253. Gummerus Oy, Jyväskylä.
- Holma, T. (toim.). (1999). Asiakaslähtöiset palveluprosessit. Perusta laadulle vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa sekä lastensuojelutyössä. Lasso, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Karjalainen, V. (1996) Verkoston lupaus. Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisesta. Stakes Tutkimuksia 68. Gummerus Oy, Jyväskylä.
- Molander, K., Multanen, L. (toim.). (2002) Muutoskaipuusta tulevaisuuden luomiseen. Tavoitteena onnistunut vanhustyö. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Narikka, J. (toim.). (2001). Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä. Tietosanoma Oy, Pieksämäki.
- Sorvari, H. (2001). Asiakastiedon suoja sosiaalihuollossa. Tammi, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001). Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet. Oppaita 11 STM.

Hoito- ja palvelusuunnitelma esimiestyön ja johtamisen tukena

Laadukkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tekemistä tukee ja varmistaa työyhteisön perustehtävälähtöinen johtaminen ja toimintakulttuuri. Tämä tarkoittaa käytännössä mm., että työntekijät tunnistavat työyhteisön arvot toiminnassaan ja saavat riittävän koulutuksen, perehdytyksen ja aikaa hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimiseen. Siten suunnitelman valmistelu, kirjaaminen ja jatkuva arviointi sisältyvät palvelujen, hoidon ja hoivan tuottamisen ja ohjauksen vaiheisiin. Toistuvasti tai säännöllisesti palveluja tarvitsevan asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja ajantasaisena pitäminen sisällytetään osaksi työyhteisössä nimettävän omatyöntekijän jokapäiväistä työtä.

Hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisen kannalta työyhteisön esimiestyössä ja johtamisessa on tärkeää seurata, että

- työyhteisö toimii asiakaslähtöisesti asiakkaan kanssa yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä.
- suunnitelman laatimisesta ja sen käytöstä on kirjalliset ohjeet, jotka ovat aina saatavilla. Työyhteisöllä on riittävät tiedot lainsäädännöstä, joka liittyy hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja sen toteutukseen sekä avo- että laitoshoidossa. Tarvittaessa työyhteisöön laaditaan yhteiset ohjeet lainsäädännön tulkinnasta.
- hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumisen arviointi on jatkuvaa toimintaa ja osa työntekijän työtä. Suunnitelma tarkistetaan sovituin, säännöllisin väliajoin, jolloin kirjataan väliarviointi ja tarvittaessa suunnitelmaa muutetaan.
- kunkin asiakkaan suunnitelman laatimisesta, sen arvioinnista ja käytännön muuttamisesta huolehtii nimetty vastuuhenkilö työyhteisössä.
- arjen palvelut, hoito ja hoiva sekä vanhusten ravitsemus ja kuntoutus toimivat joustavasti ja asiakaslähtöisesti.

- jokainen työntekijä tietää paikallisen vanhustenhuollon strategian sisällön ja toimintaa ohjaavat arvot.
- työntekijät ovat saaneet perehdytyksen ja koulutuksen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen ja sen käyttöön omassa työssään. Työyhteisöön on nimetty tukihenkilö, jonka puoleen voi kääntyä.
- johtamisessa otetaan vastuu toimintojen sujumisesta ja pulmien korjaamisesta.

Kun työyhteisön johtamisessa ja vanhustyön tekemisessä on otettu huomioon hoito- ja palvelusuunnitelman merkitys ja varattu sen tekemiseen aikaa, tällöin

- jokaisella asiakkaalla on ajan tasalla oleva kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma.
- suunnitelma rakentuu laaja-alaiseen yksilöllisesti selvitettyyn asiakkaan palvelutarpeeseen, elämäntilanteeseen ja toimintakykyyn.
- asiakas ja mahdollisesti hänen läheisensä ovat mukana laatimassa suunnitelmaa, toteuttamassa sitä sekä arvioimassa jatkuvasti sen toteutumista.
- asiakkaan palvelujen tarvetta arviotaessa kuullaan, haastatellaan ja havainnoidaan aina ensisijaisesti asiakasta. Tarvittaessa käytetään yleisesti hyväksytyjä ja vertailtavia mittareita esimerkiksi asiakkaan toimintakykyä arviotaessa.
- hoito- ja palvelusuunnitelman päivittäminen kuuluu työyhteisön käytäntöihin.

Keskeistä on, että

- ✓ paikallisia palveluja ja hoitoa tuottavilla yhteisöillä on yhtenäinen tapa laatia hoito- ja palvelusuunnitelma.
- ✓ suunnitelman laatimista koskevat kirjalliset ohjeet ovat kaikkien tiedossa ja kaikkien saatavilla.
- ✓ työntekijöille järjestetään riittävä koulutus, perehdytys ja tuki suunnitelmien laatimiseen, käyttöön ja arviointiin.

Arviointi

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa esimiestyön ja johtamisen tukena voidaan arvioida esimerkiksi seuraavien kysymysten avulla:

- Miten työyhteisöä johdetaan suunnitelmalliseen työhön hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisen avulla?
- Miten varmistamme, että kaikista jatkuvan palvelun tarpeessa olevista asiakkaista tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma? Miten varmistamme, että suunnitelmia tarkistetaan ja korjataan tarvittaessa?

- Miten varmistamme asiakkaiden hoidon ja palvelun jatkuvuuden ja joustavuuden työntekijöiden vaihtuessa?
- Miten työotteemme edistää joustavien palvelujen toteutumista käytännössä?
- Miten varmistamme, että asiakas ja muut kyseistä tietoa tarvitsevat saavat kuulla palvelujen hinnoittelun muutoksista ja etuuksien vaikutuksista maksuihin? Entä millä turvataan asiakasta koskevien tietojen säilyminen salassa?

Kirjallisuutta:

- Holma, T., Virnes, E. (toim.). (1999). Laadunhallinta vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa. Toimintamalleja ja työvälineitä tueksi laatutyöhön. Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Isola, A., Voutilainen, P., Rautsiala, T., Muurinen, S., Backman, K., Paasivaara, L. (2001). Vanhusten pitkäaikashoidon ulkopuolinen tarkastus. Toinen vaihe. Helsingin kaupungin terveysviraston raportteja 12, Helsinki.
- Jalava, U., Virtanen, P. (1998). Tietoa luova projekti. Polku oppivaan organisaatioon. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Juuti, P., Lindström, K. (1995). Postmoderni ajattelu ja organisaation syvälinen muutos. JTO-tutkimuksia Sarja 9, Tutkimusraportti 4. Työterveyslaitos, Johtamistaidon opisto, Helsinki.
- Salmela, T. (toim.). (1997). Autetaanko asiakasta – palvelaanko potilasta. Atena kustannus Oy, Jyväskylä.
- Lillrank, P. (1998). Laatuajattelu. Laadun filosofia, tekniikka ja johtaminen tietoyhteiskunnassa. Otava Oy, Keuruu.
- Sinervo, T. (2000). Work in Care for the Elderly. Combining theories of job design, stress, information processing and organisational cultures. Stakes, Tutkimuksia 109. Gummerus Oy, Saarijärvi.

Hoito- ja palvelusuunnitelma tavoitteellisen vanhustyön tukena

Vanhustyötä ohjaavat arvot ja ihmiskäsitys ilmenevät työyhteisöjen tavassa työskennellä ja kohdata asiakas. Arvot näkyvät myös asiakkaan saamassa ohjauksessa, palveluissa ja huolenpidossa. Paikallisen vanhustyön strategian sekä hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntöjen yhteys perustuu vastavuoroiseen tiedonkulkuun ja hyvään yhteistyöhön. Työskentelyä edistävät avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri sekä tasa-arvoisen vaikuttamisen ja vuoropuhelun kokemukset suunnittelun, päätöksenteon ja käytännön työn eri tasoilla ja välillä.

Hyvä vanhuspoliittinen strategia perustuu paikalliseen arvokeskusteluun. Paikallinen strategia merkitsee linjan ja painopisteiden valintaa, asettumista tietyn kehittämisvaihtoehdon taakse (ks. kohta Oulun kotihoidontyön arvojen uudistaminen, s. 64). Strategian keskeiset tavoitteet sisällytetään kuntasuunnitelmaan ja kunnan hyvinvointiohjelmaan.

Hoito- ja palvelusuunnitelmista saadun asiakaspalautteen analyysi tuottaa tietoa myös palvelujen ja hoidon järjestämisestä ja tuottamisesta vastaaville viranomaisille ja kunnallisille päättäjille. Palautetta hoito- ja palvelusuunnitelmista tarvitaan, kun laaditaan kuntastrategioita ja paikallisia hyvinvointiohjelmia ja resurssi- ja talousarvioita (ks. kohta Jalasjärven hoito- ja palvelusuunnitelma-kansio, s. 51).

Paikallisesti on hyvä päivittää säännöllisesti sekä perinteistä että sähköistä palvelukutsausta tai palveluopasta, jotta ikäihmisten toimintakyky tukevat ja sen heikkenemistä ehkäisevät palvelut ja mahdolliset vaihtoehtoiset sosiaali- ja

terveydenhuollon palvelut ovat yleisesti tiedossa. Samalla varmistetaan, että kuntalaiset saavat tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon ikäihmisille tarkoitetuista palveluista. Palvelukatsaus toimii paitsi kuntalaisten myös työntekijöiden ja päättäjien tietolähteenä monimuotoistuvassa palvelujen ja mahdollisuuksien kentässä.

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kerättyä tietoa tarvitaan paitsi kunnallisen myös alueellisen ja valtakunnallisen suunnittelun ja kehittämisen tueksi. Siten on tärkeää, että suunnitelman dokumentointiin ja seurantaan sisällytetään jatkuvasti kerättävät tilastotiedot. Tällä paitsi varmistetaan tilastotietojen oikeellisuus ja ajantasaisuus, myös vähennetään tilastoinnin aiheuttamaa lisätyötä. Valtakunnallista tietoa keräävät Stakesin hoitoilmoitusrekisterit. Niihin kerätään asiakas- ja ajankohtaista tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidon, asumispalvelujen ja säännöllisen kotihoidon palvelujen piirissä olleista asiakkaista. Rekistereihin kerätään tiedot asiakkaan kotikunnasta ja asumismuodosta, palvelujen tuottajasta, palvelun lajista ja määrästä, palvelun antamisen aloittamisesta ja päättymisestä, palvelun antamisen pääasiallisesta syystä ja asiakkaan palvelun tarpeesta. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulisi mahdollisuuksien mukaan käyttää yleisesti sovittuja luokituksia esim. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunnan eli JUHTAn antamia Julkisen hallinnon suosituksia (JHS).

Keskeistä on, että

- ✓ jokainen työntekijä tuntee paikallisen hyvinvointi- ja vanhustenhuollon suunnitelman tai -strategian sisällön.
- ✓ työntekijä tunnistaa vanhustyötä ohjaavat arvot ja tiedostaa niiden merkityksen omassa työssään.
- ✓ arkityöstä saatava ja jäsennetty tieto paikallisista palvelutarpeista, palvelujen toteutumisesta ja riittävydestä sekä asiakaspalaute palvelujen laadusta välitetään paikallisen vanhustyön suunnitteluun ja suunnitelmien ajantasaistamiseen.
- ✓ luodaan vuorovaikutuksen ja vuoropuhelun kanavia hoito- ja palvelusuunnitelmista saadun tiedon yhteiseen käsittelyyn ja kunnan vanhustyön strategiassa huomioon otettavaksi.

Arviointi tavoitteellisen työtteen näkökulmasta

Hoito- ja palvelusuunnitelmien jäsenyyksestä saatavan tiedon käyttöä voidaan arvioida esimerkiksi seuraavin kysymyksin:

- Miten on otettu huomioon, että hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat yhtenevät kunnan vanhuspolitiikan arvojen, periaatteiden ja tavoitteiden kanssa?
- Miten hoito- ja palvelusuunnitelmat toimivat palautteena palvelujen toimivuuden arvioinnissa siten, että palvelujärjestelmää kehitetään annetun palautteen ohjaamana?
- Miten hoito- ja palvelusuunnitelmista saatu palaute palvelujen toiminnasta ja kohdentumisesta vaikuttaa paikallisen vanhuspoliittisen strategian päivittämiseen?

Kirjallisuutta:

- Jyväkorpi, P., Pöllänen, M. (toim.). (2000). Yksi hyvä. Tienviittoja vanhustyön käytäntöihin. Gummerus Oy, Jyväskylä.
- Laki sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen tilastotoimesta (409/2001).
- Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus. (2002). Määrittelyt ja ohjeistus. Ohjeita ja luokituksia 2 Stakes. Helsinki.
- Kotihoidon laskenta. (2001). Määrittelyt ja ohjeistus. Ohjeita ja luokituksia 2. Stakes. Helsinki. (<http://info.stakes.fi/hilmo>).
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. (2001). Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus. Oppaita 4. Edita Oyj, Helsinki.
- Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H. (2002). Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes ja sosiaali- ja terveysministeriö, Gummerus; Saarijärvi.
- Voutilainen, P., Muurinen, S., Vaarama, M., Isola, A. (2001). Vanhusten hoitotyön nykytila Helsingin kaupungin vanhainkodeissa. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 1, Helsinki.

Hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntöjen arviointi

Arvioiva (reflektiivinen) työote on keskeinen työväline hoito- ja palvelusuunnitelmien laadinnassa. Laajemmin arviointi on väline, jolla eri näkökulmista tarkastellaan ja tuetaan hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumista. Tällöin se on vastavuoroista: palveluista ja työstä koottua ja analysoitua palautetta ja kehittämisehdotuksia käytetään työn ja palvelujen edelleen kehittämiseen. Arvioinnin toteutumiseksi on saatu palautetieto jäsennettävä. Palautteesta on myös tunnistettava kehittämisehdotukset.

Monenlaista palautetta voidaan saada asiakastapaamisessa: kysyen tai haastatellen asiakkaana olevaa tai asiakkaana ollutta ikäihmistä. Myös lomakekyselyjä voidaan käyttää palautetiedon kokoamisessa.

Asiakaslähtöinen ja tarkistettu hoito- ja palvelusuunnitelma tuottaa aina ajantasaista palautetietoa palveluista sekä niistä työskentelytavoista, joita yhteisössä toteutetaan. Palautteen yhteinen käsittely ja tulosten huomioiminen työskentelyssä on osa työyhteisöjen ja palvelujen asiakaslähtöisyyden jatkuvaa arviointia ja kehittämistä.

Asiakaslähtöisessä palvelussa ja hoitokäytännössä asiakkaan ilmaisemia tarpeita ymmärretään ja hänen antamaansa palautetta kuunnellaan. Asiakkaan ja työntekijän tai työyhteisön eriäviin näkemyksiin uskalletaan tarttua. Toiminnan asiakaslähtöisyyden arviointi vaatii usein vastavuoroisten tunteiden ymmärtämistä ja kykyä käsitellä vahvastikin tunteenomaisesti värittyä palautetta. Lisäksi työntekijän on erotettava, arvioidaanko asiakaslähtöisyyttä organisaation ja palvelujen tuottajan määrittelemänä vai tuotetaanko arviointitietoa ja palautetta asiakkaan lähtökohdista ja kokemuksista.

Vaikka asiakaskohtaisia hoito- ja palvelusuunnitelmia on ollut käytössä lukuisissa työyhteisöissä jo vuosikymmeniä, niiden päivittäminen ja käyttö arki työtä ohjaavana välineenä vaatii työtä. Lisäpanostusta edellyttää myös hoito- ja palvelusuunnitelman oivaltaminen asiakkaasta lähtevän ja kuntouttavan työt-

teen tukena niin avo- kuin laitoshoidossakin. Hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntöjen jatkuva monipuolinen arviointi on väline uudistaa käytäntöjä suunnitelmien laatimisessa, tarkistamisessa, ajantasaistamisessa ja kehittämisessä.

Seuraavaan on koottu helposti käyttöön otettavia hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen ja käyttöön liittyviä itsearviointikysymyksiä. Mukana on kysymyksiä, joilla arvioidaan hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteellisuutta eri näkökulmista. Itsearviointi on työyhteisön väline arvioida omaa toimintaa, luoda yhteistä näkemystä siitä, missä on onnistuttu ja missä on vielä kehittämisen varaa.

Seuraavat kysymykset ovat olleet esillä jo aiemmissa luvuissa, ja tässä ne on koottu yhteen.

Hoito- ja palvelusuunnitelma asiakkaan näkökulmasta

- Miten työyhteisössämme varmistetaan, että asiakasta kuunnellaan ja hänen näkemyksensä otetaan huomioon hoito- ja palvelusuunnitelmien teossa? Kuka tällöin edustaa asiakkaan tarpeita?
- Miten varmistetaan, että asiakkaan palvelutarpeet ja niihin vastaaminen näkyvät hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjaamisessa?
- Miten varmistetaan, että asiakkaan ja omaisen arviot hoidon vaikutuksista ja palaute hoidon laadusta näkyvät hoito- ja palvelusuunnitelmassa?
- Miten varmistetaan, että asiakas tuntee hoito- ja palvelusuunnitelmansa?
- Miten hoito- ja palvelusuunnitelma tarkistetaan asiakkaan tarpeiden tai voimavarojen muuttuessa?
- Miten varmistetaan, että hoito, hoiva, palvelu ym. toteutuu kirjallisen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti?

Hoito- ja palvelusuunnitelma työvälineenä

- Miten toimiva hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntömme on? Miten sitä pitää kehittää?
- Onko hoito- ja palvelusuunnitelmassamme otettu huomioon
 - 1) voimavaranäkökulma?
 - 2) kuntoutus ja kuntouttavan työotteen näkökulma?
 - 3) muut asiakkaan erityiskysymykset, kuten ravitsemusasiat?
- Miten varmistetaan, että hoito- ja palvelusuunnitelmassa ovat tavoitteet sekä tavoitteiden toteutumisen arviointi?
- Miten varmistetaan, että hoito- ja palvelusuunnitelmaan merkitään riittävin ja säännöllisin väliajoin tehdyt merkinnät hoidon kulusta ja palvelun toteutumisesta?

- Miten varmistetaan, että hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjaaminen ta-
pahtuu työyhteisössämme yhdenmukaisella tavalla?

Hoito- ja palvelusuunnitelma esimiestyön ja johtamisen tukena

- Miten työyhteisöä johdetaan suunnitelmalliseen työhön hoito- ja palvelu-
suunnitelmien tekemisen avulla?
- Miten varmistetaan, että kaikista jatkuvan palvelun tarpeessa olevista asiak-
kaista tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma? Miten varmistetaan, että suun-
nitelmia tarkistetaan ja korjataan tarvittaessa?
- Miten varmistetaan asiakkaiden hoidon ja palvelun jatkuvuus ja joustavuus
työntekijöiden vaihtuessa?
- Miten työottemme edistää joustavien palvelujen toteutumista käytännössä?
- Miten varmistetaan, että asiakkaat ja tietoa tarvitsevat saavat kuulla palve-
lujen hinnoittelun muutoksista ja etuuksien vaikutuksista maksuihin? Entä
millä turvataan asiakasta koskevien tietojen säilyminen salassa?

Hoito- ja palvelusuunnitelma työyhteisöjen yhteistyön toimivuuden tukena

- Miten varmistetaan eri työyhteisöjen yhteistyön toimivuus käytännössä?
Miten käytämme tästä saadun palautteen?
- Miten varmistetaan, että yhteistyötahot saavat tarpeellisen tiedon? Entä sa-
lassa pidettävän tiedon säilyminen salaisena?
- Miten varmistetaan tiedonkulun sujuvuus niin, ettei se aiheuta asiakkaalle
pulsia eri palvelu- ja hoitopaikoissa? Millaisia ratkaisuja on käytössä näi-
den ongelmien poistamiseksi?
Miten varmistetaan, että asiakas saa tietoa myös muiden työyhteisöjen pal-
veluista ja hoidosta, jos hän liikkuu eri yhteisöiden välillä?

Hoito- ja palvelusuunnitelmat kunnan strategisena työkaluna

- Miten on otettu huomioon, että hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat yhden-
suuntaiset kunnan vanhuspolitiikan arvojen, periaatteiden ja tavoitteiden
kanssa?
- Miten hoito- ja palvelusuunnitelmat toimivat palautteena palvelujen toi-
mivuuden arvioinnissa siten, että palvelujärjestelmää kehitetään annetun
palautteen ohjaamana?

- Miten hoito- ja palvelusuunnitelmista saatu palaute palvelujen toiminnasta ja kohdentumisesta vaikuttaa paikallisen vanhuspoliittisen strategian toteutumista arvioitaessa?

Monitahoarvioinnilla saadaan esiin eri osapuolten näkökulmia hoito- ja palvelusuunnitelmasta, jotta sen toimivuudesta voidaan varmistua ja suunnitelmia voidaan kehittää. Se mahdollistaa asiantilan arvioinnin useammasta eri näkökulmasta yhtä aikaa. Siten yllä olevia kysymyksiä eri osioista voidaan tarkastella ristiin samanaikaisesti esimerkiksi asiakkaan näkökulmasta. Näin voidaan vahvistaa asiakaspalautteen vaikutuksia laajasti esimerkiksi työyhteisön toimintaa ja palvelujärjestelmän joustavuutta arvioitaessa ja kehitettäessä. Siten monitahoarvioinnilla lisätään arvioinnin luotettavuutta.

Keskeistä on, että

- ✓ hoito- ja palvelusuunnitelmien tarkistusten yhteydessä saatu palautetieto ohjaa suunnitelman tavoitteiden ajantasaistamista ja suunnitelman toteuttamista yhteisessä arjessa.
- ✓ jokaisessa työyhteisössä arvioidaan sovitusti ja säännöllisesti hoito- ja palvelusuunnitelmien toteutumista.
- ✓ arvioinnista saatu tieto käsitellään yhdessä työyhteisön kehittämislaisuuksissa.
- ✓ saatua tietoa käytetään työyhteisön työtapoja, yhteistyötä sekä hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntöjä sekä palvelujen joustavuutta kehitettäessä.

Kirjallisuutta:

- Haverinen, R., Karjalainen, P. (2001). Itsearvioinnin paikannuksia. *Stakes; FinSocNews 2/2001. Itsearvioinnin teemanumero.*
- Holma, T., Outinen, M., Idänpään-Heikkilä, U., Sainio, S. (2001). *Kirkasta ja uudista laadunhallintaa – kehitä laatutalo.* Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Keränen, E., Nissinen, P., Saarnio, T., Salminen, M. (2001). *Sosiaalialan työn uudet ulottuvuudet.* Hygieia. Tammi, Helsinki.
- Lumijärvi, I. (1994). *Laadun arviointi sosiaali- ja terveysalan palveluyksiköissä.* Vaasan yliopisto. Vaasa.
- Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T., Haverinen, R. (1999). *Seitsemän laatupolkua. Vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa.* Suomen Kuntaliitto, Stakes, Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskus. Kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.
- Pawson, R., Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation.* London, Sage.
- Perheentupa, A.-V. (toim.). (1995). *Ihminen, tunteet ja yhteisön elämä.* Sosiaalipedagogiikan kymmenvuotisjulkaisu. Arator. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Päivärinta, E., Maaniittu, M. (2002). *Asiakslähtöistä vai asiakkaasta lähtevää? – sosiaali- ja terveydenhuolto kulttuurisen muutoksen alkumetreillä.* *Gerontologia. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n julkaisu 1:* 32–34.
- Robson, C. (2001). *Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille.* Tammi, Tammer-paino, Tampere.
- Rostila, I., Mäntysaari, M. (1997). *Tapauskohtainen arviointi sosiaalityön välineenä.* *Stakes, Raportteja 212, Gummerus, Saarijärvi.*

2 Hoito- ja palvelusuunnitelma vanhustyön tukena





Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma

Vanhustyö koostuu toimintojen kokonaisuudesta, jossa työskentely etenee vaiheittain. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen, toteutus ja arviointi jäsentävät ja tekevät näkyväksi koko yhdessä eletävän, vastavuoroisen prosessin. Asiakastyö on tavoitteellista, sitoutumista, arviointia ja tarvittaessa uudelleen suuntautumista edellyttävää yhteistyötä. Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman valmistelu vaatii työntekijöiltä arvioivaa ja asiakaslähtöistä työtettä.

Asiakaslähtöisen hyvän palvelun ja hoidon turvaamiseen tarvitaan tietoa siitä, mitä asiakkaat arvostavat, pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. Tutkimusten mukaan ikäihmiset haluavat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Asiakaslähtöisessä ajattelussa asiakas on hoidon ja palvelun saaja, koki- ja, palautteen antaja, konsultti ja kehittäjä. Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman on turvattava käytännössä, että tämä toteutuu ikäihmisen mahdollisuutena kaikissa vanhustyön eri vaiheissa erilaisissa toimintaympäristöissä.

Omatyöntekijä (omaneuvoja, omatyöntekijä, omahoitaja, vastuuhoidtaja tai korvaavahoitaja) on yhteyshenkilö ja yhteistyökumppani asiakkaan ja organisaation arvojen, tavoitteiden ja palvelujen välillä. Siten hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen on kuvaus neuvotellen etenevästä prosessista; asiakkaan elämänvaiheesta, jossa hän parhaimmillaan saa tarvitsemansa tuen ja avun toivomassaan ympäristössä. Työntekijä toimii asiantuntijuutensa ja osaamisensa turvin. Yhdessä sopien ja tuloksia jatkuvasti tarkistaen asiakas ja työntekijä ja siten koko työyhteisö etenevät vaiheittain tavoitteiden ohjaamaan suuntaan. Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma sekä sen sisältö rakentuvat vaiheittain.

Asiakkaaksi tulo

Asiakkaaksi tulo eli tutustumisvaihe sisältää perusteellisen asiakkaaseen ja hänen tilanteeseensa tutustumisen sekä ehkäisevän työn mahdollisuuksien kartoittamisen ja hyödyntämisen.

Tutustumisvaiheessa todetaan ja varmistetaan yhdessä asiakkaan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen tarve. Työntekijä kertoo asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelma-asiakirjan tavoitteista ja merkityksestä asiakkaan tarvitsemaa tukea ja apua järjestettäessä. Tarvittaessa työntekijä aloittaa esitietojen kokoamisen ja tiedon jäsentämisen suunnitelman laatimista varten.

Ehkäisevän työn mahdollisuuksien selvittäminen

Ehkäisevän työn eli prevention tavoitteena on hidastaa ikääntymisen vaikutuksia, torjua sairauden ja oireiden syntyä ja niiden rappeuttavia seurauksia sekä edistää vanhusten toimintakykyä. Ehkäisevä vanhustyö edellyttää paikallisen kulttuuri-, sosiaali- ja terveystoimen sekä teknisen toimen ja kuntasuunnitelun kiinteää yhteistyötä. Myös yhteistoiminta seurakuntien, järjestöjen ja kansalaisten kanssa on välttämätöntä ehkäisevän työn onnistumiseksi.

Heti tutustumisvaiheeseen voi kuulua, että asiakas ja työntekijä yhdessä kartoittavat asiakkaan asuin- ja elinympäristön. Työn tuloksena saatua tietoa voi verrata ikäihmisen ajankohtaisiin ja ennustettavissa oleviin tarpeisiin. Tarvittaessa on hyvä laatia suunnitelma asunnon muutos- ja korjaustöistä (ks. esim. Printel 1998).

Kontaktivaiheessa on tärkeää, että työntekijä tutustuu asiakkaan tilanteeseen mahdollisimman perusteellisesti. Asiakkaan kanssa on hyvä keskustella hänen itsenäistä selviytymistään tukevista keinoista ja menetelmistä. Erityisen tärkeitä on keskustella kuntoutumisen mahdollisuuksista, esitellä palvelut ja tutustua yhdessä asiakkaan arkea helpottaviin apuvälineisiin ja tekniikkaan.

Osallisuuden kokemusten ja osallistumisen mahdollisuuksien perusteellinen selvittely voi tukea pitkään ikäihmisen kokemusta itsenäisestä selviytymisestä. Tavoitteen toteutumista voidaan edistää etsimällä osallistumismahdollisuuksia ja erilaisia palveluja myös varsinaisten sosiaali- ja terveystalvelujen ul-

kopuolelta. Asunnon muutos- ja korjaustyöt voivat olla kuntoutumissuunnitelman tai kuntosaliohjelman ohella apuna asiakkaan toimintakyvyn palauttamiseksi arjen tarpeita vastaavaksi. Esimerkiksi asuinympäristön hoidosta sopiminen eri vuodenaikoina tai viikoittaisen saunomismahdollisuuden järjestäminen voivat olla tärkeitä asiakkaan kotona selviytymisessä.

Asiakaskohtainen tuki ja apu voi olla myös ikäihmisen henkilökohtaisiin tarpeisiin sovitettu monipuolinen tietopaketti tai toimintaohjelma. Se saattaa olla esim. kuntoutumis- ja aktivoitumisohjelma, joka on tehty alueellisen ikäntyneiden toimintakeskuksen tuella. Se voi olla tietopaketti tai palvelukatsaus kotiin tuotettavista kaupallisista tuki- ja huolenpitopalveluista. Paketti voi sisältää myös uusinta tietoa ravitsemuksesta ja terveellisen ravinnon merkityksestä toimintakyvyn edistämisessä. Luvussa 5 (Ravitsemus) kerrotaan ikäihmisen ravitsemustilan ja ruokailutottumusten selvittelystä.

Kodin muutostyöt asukkaan tarpeita vastaaviksi, yhteisruokailu tai ateriapalvelujen järjestäminen sekä turvallisen liikkumisen apuvälineet edistävät itsestä selviytymistä. Kotona asuminen ja toimiminen varmistuu turvapuhelimen sekä tarvittavien apuvälineiden avulla. Turvallisuuden tunteen ja aktiivisen osallistumisen edistämiseksi asiakkaalle voidaan etsiä tukihenkilö tai varmistaa läheisen ihmisen tiiviimpi vuorovaikutus vanhuksen kanssa. Asiakasta voidaan tukea osallistumaan esim. alueella toimivien yhteisöjen toimintaan tai kuntoutus- ja päiväkeskuspalveluihin.

Pystyäkseen asumaan kodissaan tai palveluasunnossa ikäännytynyt tarvitsee apua raskaissa kotitaloustöissä ja kodinhoidossa. Käsitykset kodin siisteydestä vaihtelevat sukupolvien ja yksilöiden välillä paljon. Tässäkin on viisasta kunnioittaa asiakkaan näkemystä ja yrittää ratkaista tilanne molempia osapuolia tyydyttävällä tavalla.

Turvattomuutta aiheuttavien seikkojen poistaminen on tärkeää. On syytä muistaa esim. paloturvallisuus: palovaroitin toimii ja kynttilöitä poltetaan turvallisesti. Tällaiset seikat on otettava huomioon erityisesti dementiaoireisten ihmisten asumisessa.

Ulkona ja sisällä liikkumisen turvaamiseksi on monenlaisia ratkaisuja. Ikäänntyvät ihmiset suhtautuvat usein ennakkoluuloisesti apuvälineisiin, ja heitä pitää kannustaa niiden käyttöön.

Ihmisten elämänvaiheista, muistoista ja elämänkokemuksen mukanaan tuomasta arjen viisaudesta voi löytyä selviytymisen taitoja ja kokemusta, päättäväsyyttä tai huumoria, joista on apua, kun etsitään ratkaisua nykyiseen tilanteeseen. Keskustelussa tuetaan niitä vaihtoehtoja, joiden toteutuminen tuntuu mahdolliselta. Jos suuret myönteiset muutokset eivät ole mahdollisia, työntekijän pitäisi tukea asiakasta löytämään jotain hyvää nykyhetkestä sekä edes pieni valo "tunnelin päässä".

Kyky antaa myönteistä palautetta sekä asiakkaan voimavarojen tunnistamisen taito ja arvioiva (reflektiivinen) työote ovat vanhustyöntekijän tärkeitä työvälineitä. Palaute voi olla tiedon antamista asiakkaalle, ennakkoluulojen poistamista ja rohkaisua erilaisten mahdollisuuksien kokeiluun ja uusien ratkaisujen tekoon.

Kirjallisuus:

- Backman, K. (2001). Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Oulun yliopisto D 624, Oulu.
- Helin, S. (2000). Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., Era, P. ym. (1996). Iäkkäiden henkilöiden terveys- ja toimintakykytarkastusten toteutus perusterveydenhuollossa. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia, Helsinki. Printel. (1998). Palvelukansio. Tuotenumero 7515. Printel Oy, Vantaa.
- Sarola, J. P. (1996). Vanhukset selviytyjinä. Joensuun yliopisto, Yhteiskuntapolitiikan tutkimuksia, Joensuu.
- Vilkkä, M. (toim.). (1996). Kohtaaminen taitona. Dialogisuus ihmistutkimuksen lähtökohtana ja menetelmänä. Lahden ammattikorkeakoulun julkaisusarja D 1, Lahti.
- Virjo, I. (1996). Terveystieteiden ja sosiaalihuollon palveluita käyttämättömät 75 vuotta täyttäneet. Acta Universitatis Tamperensis ser. A vol. 480. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H. (2002). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes; Oppaita 49, Sosiaali- ja terveysministeriö, Gummerus Oy, Saarijärvi.

Hoito- ja palvelusuunnitelman tarpeen toteaminen

Hyvässä toiminnassa työntekijä varmistaa yhdessä asiakkaan kanssa palvelujen ja siten hoito- ja palvelusuunnitelman tarpeen. Työntekijä selvittää suunnitelman merkityksen asiakkaalle etsittäessä yhdessä ratkaisuja asiakkaan tilanteeseen.

Molemminpuolisen tutustumisen edistyessä asiakkaalle (tai hänen lailliselle edustajalleen) kerrotaan, miksi hoito- ja palvelusuunnitelmaan pyydettävät tiedot hänestä ja hänen olosuhteistaan tarvitaan, mihin niitä käytetään ja luovutetaan ja mistä muualta häntä koskevia tietoja voidaan pyytää. Asiakkaalle on myös kerrottava, että hänellä on oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot.

Samalla on syytä keskustella koottavien tietojen seikkaperäisyyden merkityksestä ja kertoa asiakasmaksujen perusteista erilaisissa palvelu- ja hoitovaihtoehtoisissa. On hyvä, jos asiakkaalla on mahdollisuus tutustua etukäteen hoito- ja palvelusuunnitelma-asiakirjan rakenteeseen ja käytössä oleviin lomakkeisiin (ks. kohta Jalasjärven hoito- ja palvelusuunnitelmakansio, s. 51). Erityisen tärkeää on selvittää käytössä olevien asiakkaan toimintakykyä mittaavien ja arviointien testistöjen ja mittareiden käytön tarkoitus ja sisällöt sekä tiedon käyttö ja merkitys asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa ja palveluja järjestettäessä.

Vastaava työntekijä valmistautuu suunnitelman laatimiseen kokoamalla asiakasta koskevista tiedoista ne, joilla on merkitystä asiakkaan senhetkistä selviytymistä tuettaessa sekä palveluja, kuntoutumista, hoivaa tai jatkohoitoa järjestettäessä ja suunniteltaessa. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa on tärkeää perusteellinen asiakkaan tilanteeseen tutustuminen ja asiakaskohtainen riittävän laaja tiedonkoonti sekä tiedon analyysi (ks. Taival 1998, Koskinen ym. 1998).

Neuvotteluvaihe

Neuvotteluvaihe sisältää asiakkaan tarpeiden, toiveiden ja odotusten selvittelyn. Tavoitteena on asiakkaan tilanteen tarkka tunteminen ja hänen tarpeittensa tunnistaminen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista varten.

Ikäihmisen hoito- ja palvelusuunnitelmaa valmisteltaessa on erityisen tärkeää perusteellinen asiakkaan tilanteeseen, taustoihin ja tilannekohtaisiin tarpeisiin tutustuminen. Asiakkaan kuuleminen eli hänen tilanteensa jäsentäminen ja hänen tarpeittensa tunnistaminen helpottuu, mikäli työntekijällä on käytettävissään keskustelua ohjaava työväline, ”kartta”, ja myöhemmin hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamista jäsentävä rakenne, esim. laaja asiakkaan taustatietolomake (ks. esim. Taival 1998, kohta Jalasjärven hoito- ja palvelusuunnitelma-kansio, s. 51).

Taustatietolomake joko manuaalisena tai sähköisenä tarjoaa rakenteen, muistilistan ja ajattelun apuvälineen kartoitettaessa asiakkaan elämäntilannetta: hänen toimintakykyään, sairauksiaan, ympäristöään sekä eri elämän alueilla tarvittavaa tukea ja apua. Teoreettinen malli, esimerkiksi taustatietolomake tai sähköinen ohjelmisto, tukee hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa kokonaisvaltaista asiakkaasta lähtevää lähestymistapaa ja työotetta. (Ks. Koskinen ym. 1998, Taival 1998, Voutilainen ym. 2002, RAI-tietojärjestelmä, s. 73, RAVA-indeksi, s. 76.)

Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen taustatietolomake tai lomakkeisto ei ole tekninen väline vaan kartta ja muistilista. Se auttaa työntekijää tunnistamaan asiakkaan ainutkertaiset usein vaikeaksi koetut elämäntilanteet sekä niihin ja niissä vaikuttavat tekijät. Samalla se auttaa löytämään jokaisen asiakkaan yksilölliset tarpeet hoito- ja palvelusuunnitelman taustaksi. Lomakkeen tausta-ajatteluun tutustuminen ja lomakkeen käyttö ohjaavat työntekijää toimimaan yksilöllisellä ja tarkoituksenmukaisella tavalla. Hoito- ja palvelusuunnitelmaprosessissa asiakkaalle on annettava tilaa ja hänet tulee ”saattaa” oman hoitonsa ja huolenpitonsa vastuulliseksi henkilöksi, työntekijän yhteistyökumppaniksi. Tässä on tukena perusteellinen taustatietolomake tai asiakaslähtöinen lomakkeisto. Luvun 3 esimerkeissä tulee esille arvojen ja tausta-ajattelun merkitys hoito- ja

palvelusuunnitelman laatimisessa niin koti- kuin pitkäaikaisessa laitoshoidosakin.

Taustatietojen selvittelyyn sisältyvät tavanomaisten henkilö- ja yhteystietojen lisäksi mm. asiakkaan elämäntilanne, perhesuhteet, kuntoutuksen, hoidon ja huolenpidon tarpeet, kivut, sairaudet ja oireet sekä niistä johtuvat elämän rajoitteet ja vaikeaksi koetut elämäntilanteet. Aina on muistettava asiakkaan tämänhetkisen toimintakyvyn suomat mahdollisuudet, harrastukset tai pitkän elämän mukanaan tuoma kokemus ja viisaus. Tärkeää on selvittää myös ikäihmisen sosiaaliset verkostot, ulkona liikkuminen, ravitsemustila ja suun terveys (ks. kohdat Ravitsemus, s. 81, Ikääntyvän suun hyvinvointi, s. 86) sekä niissä tapahtuneet muutokset ja vaihtelut viimeisen kuuden kuukauden ajalta. Samalla selvitetään asiakkaan tiedon tarpeet, taloudellinen tilanne sekä saatavilla olevat tuen ja avun mahdollisuudet.

Kun asiakas ja omatyöntekijä (sekä tarpeen mukaan myös mahdollisesti asiakkaan mukana oleva läheinen tai edustaja) keskustelevat, he samalla jäsenävät ja arvioivat asiakkaan tarpeita, toiveita ja odotuksia. Lisäksi he tutustuvat paikallisiin mahdollisuuksiin ja vaihtoehtoihin vastata asiakkaan tarpeisiin. Yhdessä keskustellen suunnitellaan asiakkaan elämäntilannetta, toimintakykyä ja oloa parantavia toimia. Sovitaan tarvittavasta ohjauksesta, tuesta, palveluista tai hoidosta. Prosessi on pääpiirteissään samanlainen, laadittiinpa hoito- ja palvelusuunnitelmaa kotona, palveluasumisessa tai laitoshoidossa.

Tarvittaessa hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan myös erimielisyydet, joita ei voida ratkaista, tai asiat, joista ei päästä yhteiseen näkemykseen. Tärkeätä on heti alusta pitäen arvioida prosessin kestoa sekä luonnetta. Samalla sovitaan suunnitelman tarkistaminen ja selvitetään loppuarvioinnin merkitystä.

Viimeistään neuvotteluvaiheessa on myös kartoitettava hienotunteisesti asiakkaan taloudellinen tilanne. Erityisesti tulee varmistua siitä, että hän saa kaikkia niitä taloudellisia etuuksia ja tukia, joihin hän on oikeutettu. Samalla on hyvä huolehtia asiakkaiden tiedontarpeista sekä miettiä palvelujen ja erilaisten tukien käytön vaikutuksia kokonaistilanteeseen. Tarvittaessa ja asukkaan niin halutessa myös laitoshoidossa olevan vanhuksen kanssa on hyvä keskustella pitkäaikaisen laitoshoidon asiakasmaksujen perusteista.

Neuvotteluvaihe päättyy yhteiseen asiakkaan tarpeiden tunnistamiseen ja niiden tärkeysjärjestykseen asettamiseen.

Sopimisen vaihe

Sopimisen vaiheessa asetetaan tärkeysjärjestykseen asiakkaan hoidon tarpeet sekä hänen tarvitsemansa ohjaus, kuntoutus, palvelut tai hoito. Asetetaan tavoitteet sekä valitaan niiden saavuttamiseksi tarvittavat toimenpiteet. Samalla sovitaan suunnitelman tarkistamisesta. Sopimisen vaiheessa laaditaan kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma.

Hoito- ja palvelusuunnitelma on osa sekä asiakasrekisteriä että asiakirjakokonaisuutta, joka muodostaa arkityössä päivittyvän asiakaskohtaisen kirjallisen asiakasasiakirjan. Asiakkaan päivittäisiä palveluja ja hoitoa ohjaavaan asiakirjakokonaisuuteen voivat kuulua varsinaisen hoito- ja palvelusuunnitelmalomakkeen tai lomakkeiston lisäksi tiedot asiakkaan hoidon ja palvelujen tarpeenmäärityksestä, palvelujen suunnittelun eri vaiheista, toteutuksesta, jatkuvasta seurannasta ja arvioinnista (ks. esim. kohta 3.1). Laitos- ja kotisairaanhoidossa tätä asiakirjakokonaisuutta on perinteisesti kutsuttu hoito- tai palvelusuunnitelmaksi. Nytemmin erityisesti sairaalassa on alettu puhua myös hoitotyönsuunnitelmasta.

Lisäksi asiakkaan kotona asumista edistävään hoito- ja palvelusuunnitelmakokonaisuuteen voi kuulua asiakkaan suostumuksella kulloisessakin tilanteessa tarvittavia anamneesi- ja epikriisitietoja, kopioita erilaisista läheteistä, tiedot lääkemääräyksistä, käytössä olevia toimintakykymittareita ja niistä saatua tietoa jne. (ks. esim. Koskinen ym. 1998, 83). Laitoshoidossa nämä tiedot ovat yleensä tarvittaessa saatavilla. Asiakkaan tulokset sekä päätökset kotihoidon palveluista ja asiakasmaksuista ovat salassa pidettäviä tietoja. Ne eivät kuulu arkipäivässä päivittyvään asiakaskohtaiseen hoito- ja palvelusuunnitelma-asiakirjaan tai -kansioon (ks. esim. kohta Jalasjärven hoito- ja palvelusuunnitelma-kansio, s. 51). Kaikista mainituista tiedoista koostuvat asiakasta koskevat rekisteritiedot.

Ne osat hoito- ja palvelusuunnitelmaa, johon kirjataan euromääräiset tiedot asiakkaan toistuvaistuloista, taloudellisista tuista ja mahdollisesta syyttingistä, ja jossa määritellään asiakasmaksut, ovat salassa pidettäviä asiakirjoja. Näiden asiakirjojen sisällöstä, käsittelystä, säilytyksestä ja hävittämisestä vastaa lainsäädännön mukaan asiakirjat laatinut viranomaisen. Salassa pidettävien asiakirjojen käsittely ja säilytys on suunniteltava ja toteutettava niin, etteivät ne joudu ulkopuolisten nähtäväksi. Esimerkiksi samassa työyksikössä työskentelevä

henkilö, jonka työtehtäviin ei kuulu kyseisen asiakkaan palvelut, hoito tai tietojen käsittely, on sivullinen. Hänellä ei ole oikeutta näiden asiakaskohtaisten tietojen saantiin. Lisäksi on varmistuttava, ettei asiakirjoja voida muuttaa ilman kontrolloitua ja valvottua järjestelmää.

Sopimisen vaiheessa hoito- ja palvelusuunnitelmaan muotoillaan ja kirjataan koottujen taustatietojen pohjalta asiakaskohtaiset tavoitteet, jotka viitoitavat tulevaa toimintaa. Asiakastyössä keskustelu tavoitteista ja niiden saavuttamisesta jää usein liian abstraktiksi. On hyvä pyrkiä yhdessä asiakkaan kanssa määrittelemään hyvin selkeitä, saavutettavissa olevia ja aluksi lyhyen aikavälin tavoitteita. Samalla sovitaan jo seuraava aika, jolloin tavoitteisiin palataan ja tarkistetaan yhdessä onnistumiset ja hidasteet tavoitteiden saavuttamisessa. Tieto kirjataan ja suunnitelma päivitetään tietojen pohjalta yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa.

Asiakaskohtaiset tavoitteet määritellään aina yhdessä asiakkaan (ja hänen läheistensä) kanssa. Voimavarakeskeinen tavoite on myönteisesti määritelty, realistinen, arkikielinen ja motivoiva. Yhdessä keskustellen määriteltyjen tavoitteiden toteutumisesta ja tavoitetta kohti kulkemisesta otetaan myös yhdessä vastuuta. Jos asiakas on epävarma tavoitteissaan, työntekijä voi auttaa kertomalla erilaisista tarjolla olevista vaihtoehdoista. Työntekijä voi myös kuvata tarkemmin suunniteltua mahdollisuutta, kuulla asiakasta ja siten turvata vanhukselle mahdollisuuden puhua omista huolenaiheistaan ja epäilyistään. Vanhustyö sekä kodissa että laitospöidissa asuttaessa on jatkuvaa arviointia, neuvottelua ja sopimista siitä, mitä elämäntilanteen muuttamiseksi tehdään, kuka tekee, mihin pyritään ja missä ajassa.

Työntekijän ja ikäihmisen välinen haastattelu- ja keskustelutilanne on osa vanhustyön viestintää. Haastattelussa on kysymys normaalista, inhimillisestä vuorovaikutuksesta. Hyvä asiakas- ja potilassuhde ikäihmisen ja työntekijän välillä perustuu luottamuksellisuuteen, rehellisyyteen, empaattisuuteen, avoimuuteen ja tasa-arvoisuuteen. Vanhustyössä sanattoman viestinnän merkitys on usein tärkein. Jos puhutun ja muuten ilmaistun sanoman välillä on oleellinen ristiriita, työntekijän on erityisesti paneuduttava sanattomaan viestiin. Huomiota on erityisesti kiinnitettävä pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien ikäihmisten mielipiteen ilmaisuun ja sanattomaan viestintään. Vanhustyön asiakassuhteessa on aina tavoite sekä tarkoitus. Suhde on yleensä myös ajallisesti rajattu.

Tila ja ilmapiiri, jossa keskustellaan, vaikuttavat haastattelussa esiin tuleviin asioihin. Ikääntyneen asiakkaan haastattelussa työntekijältä edellytetään kykyä luoda hyvä ilmapiiri, taitoa kuunnella asiakasta, tehdä valintoja ja asettaa hyviä ja oleellisia kysymyksiä. Myös omaisen tai läheisen läsnä ollessa palvelujen tarvitsija ja käyttäjä on ensisijainen asiakas. Asiakkaan tai hänen läheisensä on kaiken aikaa oltava selvillä, mitä tietoa kootaan ja mihin sitä käytetään. Käytettävät testit tai mittarit eivät koskaan saa syrjäyttää henkilökohtaista keskustelua asiakkaan kanssa.

Toimintavaihe

Toimintavaiheeseen sisältyy hoito- ja palvelusuunnitelman toteuttaminen yhteisymmärryksessä asiakkaan (ja hänen läheisensä kanssa) sekä suunnitelma-asiakirjan jatkuva arviointi ja tarvittaessa päivittäminen.

Tavoitteena on, että asiakas ja työntekijä työskentelevät yhteistyössä suunnitelman toteuttamiseksi. Suunnitelma ja sen tavoitteet ohjaavat ja velvoittavat kaikkia työyhteisössä ja tiimissä työskenteleviä kaikissa työvuoroissa. Jatkuvan arvioinnin periaatteella suunnitelma joustaa ja elää arjen tilanteiden ja tarpeiden sekä asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa. Jokainen työntekijä huolehtii säännöllisestä kirjaamisesta omassa työvuorossaan ja kotikäynneillä. Oma työntekijä huolehtii erityisesti suunnitelman päivittämisestä.

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tehtävien merkintöjen tulee antaa asianmukaista tietoa palvelutapahtumasta, jotta turvataan sekä palvelun onnistumisen että asiakkaan ja työntekijän oikeusturva. Asiakirjamerkintöjen perusteella valvovat viranomaiset ja oikeusistuimet tutkivat kanteluita, valituksia ja korvausvaatimuksia. Niiden perusteella osoitetaan, mitä palveluja, milloin ja kuinka paljon asiakas on saanut ja miten palveluprosessi on toteutunut.

Asiakasta koskevien tietojen tulee olla virheettömiä, rajoittua vain tehtävässä tarvittaviin tietoihin sekä olla asiallisia ja sisältää tarpeellinen tieto palvelu- ja hoitotapahtumasta. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjoitetaan ymmärrettävällä, selkeällä ja asiakasta kunnioittavalla kielellä. Huolehditaan, että asiakirjat ovat ymmärrettäviä ja johdonmukaisia. Tärkeätä on, että merkinnät ovat ajan tasalla. Kirjaaminen on syytä tehdä välittömästi palvelutapahtuman yhteydessä. Merkintöjen tekijästä tulee olla tunniste, esimerkiksi allekirjoitus. Sama koskee myös sähköisiä asiakirjoja.

Asiakasta koskevista asiakirjoista on rekisterinpitäjän oma-aloitteisesti korjattava virheellinen, puutteellinen tai vanhentunut tieto. Myös asiakas voi pyytää korjaamaan tietojään. Asiakkaan korjauspyyntö on aiheellista saada kirjallisena. Kun tietoa korjataan, jätetään alkuperäinen tieto näkyviin esimerkiksi yli-viivattuna tai se siirretään taustatiedostoihin. Mikään asiakasta koskeva kerran kirjattu tieto ei siis saa kokonaan hävitä tiedostoista.

Toimintavaiheessa valitaan ja otetaan käyttöön erilaiset asiakkaan tarvitsemat tuki- ja auttamismenetelmät sekä mahdollisesti tarvittavat apuvälineet ja palvelut. Ratkaisuja tehtäessä lähtökohtana ovat asiakkaan käsitykset ja hänen valintojensa huomioon ottaminen. Ristiriitatilanteet kirjataan. Ne pyritään ratkaisemaan tai hyväksymään tosiasioina.

Vanhustyöntekijän on kaiken aikaa pyrittävä ymmärtämään, tuntemaan, kuulemaan, näkemään ja havainnoimaan, mitä asiakas puhuu tai muutoin viestittää ja mitä hänen elämäntilanteessaan ja -ympäristössään tapahtuu. Työntekijän on myös pystyttävä ilmaisemaan omat näkemyksensä asiakkaille, heidän omaisilleen ja läheisilleen sekä muille palveluissa mukana oleville. Ihminen palvelujen asiakkaana on kaikissa elämäntilanteissaan ihminen, jolla on oma elämä, arvot ja arvostukset.

Suunnitelman toteutumista ja seuranta kirjattaessa voimavaralähtöisyys on huomion kiinnittämistä ihmisen selviytymiseen, pätevyyteen ja osaamiseen ongelmien sijasta. Elämänhistoriallista viisautta ja kokemuksellista tietoa ja ymmärrystä tarvitaan, ettei työstä tule tehtäväkeskeistä ja suorituspainotteista.

Seuranta ja arviointi

Seuranta tarkoittaa asiakaskohtaisen hoito- ja palvelusuunnitelman säännöllistä ja sovittua tarkistamista yhteisymmärryksessä suunnitelman laatimiseen osallistuneiden kanssa. Tarkistamisen jälkeen suunnitelma päivitetään yhdessä sovitulla tavalla. Asiakkaiden tarpeiden muuttuessa tai asiakkuuden päättyessä hoito- ja palvelusuunnitelma sekä sen toteutuminen ja tavoitteet arvioidaan yhdessä. Tarvittaessa suunnitelma päivitetään arvioinnin jälkeen. Sovitut muutokset kirjataan yhteistyössä asiakkaan (ja hänen läheisensä) kanssa.

Arvioidessa toiminnan tuloksellisuutta, vaikuttavuutta, vaikutuksia tai laatua myös asiakkaan antamalle palveluarvioinnille on tärkeää varata mahdollisuudet. Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelmien analyysi ja tiedon koonti on tärkeä mahdollisuus välittää ja koota tieto ja palaute. Paikalliseen asiakastietojärjestelmään liitettyä hoito- ja palvelusuunnitelmien tiedonkoonti palvelee kaikkia ikääntyneiden palvelujen parissa toimivia.

Mikäli työyhteisössä on omaksuttu arvioiva (reflektiivinen) työote, toteutuu hoito- ja palvelusuunnitelman jatkuva arviointi osana työyhteisön päivittäistä työtä. Kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma konkretisoi asiakkaasta lähtevän työtteen vanhustyössä, sen suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioinnissa.

Asiakkaiden ja työntekijöiden välinen viestintä ja vuorovaikutus ovat tärkeitä päivittäisissä auttamistilanteissa. Saadun tiedon analysointi ja siirto on tärkeää työyhteisöistä, palvelujärjestelmistä ja niiden toimivuudesta vastuussa oleville työntekijöille ja viranhaltijoille. Erityisen tärkeää on myös huomioida viimesijaisesti toiminnasta ja voimavaroista vastaavien kunnallisten päättäjien ajantasaiset tiedon tarpeet.

Asiakkuuden päättäminen

Kun asiakkuus päättyy, arvioidaan työn vaikutuksia ja saavutettuja tuloksia.

Vanhustyö päättyy hyvin yksilöllisesti. Tilinpäätöksessä arvioidaan sitä, mitä on tehty ja koettu yhdessä. Asiakassuhde voi päättyä niin, että työntekijä tai palvelun antanut yhteisö vaihtuu. Silloin pyritään “saattaen vaihtamiseen”. Aikaisempi työntekijä perehdyttää tulijan tilanteeseen ja esittelee hänet tai uuden yhteisön asiakkaalle. Parhaimmillaan se on sitä, että ammattilainen ja asiakas sekä asiakkaan läheiset jakavat tärkeinä pitämiään asioita ja keskinäisen oppimisen kokemuksiaan.

Vanhustyössä kumppanuus päättyy usein kuolemaan. Osanoton ilmaus vainajan omaiselle tai läheiselle on usein myös kiitos kuluneesta yhteisestä matkasta. Kuolemaan päättynyttä asiakassuhdetta pohditaan työyhteisössä kuullen mukana kulkeneita omaisia ja läheisiä. On tärkeää antaa tilaa työntekijän surulle ja luopumiselle. Hyvä ja rakentava loppuarviointi vapauttaa työntekijän niistä riittämättömyyden ja riippuvuuden tunteista ja kokemuksista, jotka vanhustyössä ovat varsin yleisiä. Samalla työyhteisö voi hiljentyä elämän rajallisuuden edessä ja koota voimia tulevaan.

Asiakastiedot, kuten myös hoito- ja palvelusuunnitelma, säilytetään ns. aktiivisessa arkistossa paikallisesti sovitulla tavalla niin kauan kuin asiakkuus kestää. Sen jälkeen ne arkistoidaan arkistolain ja paikallisesti laaditun ja hyväksytyt arkistosuunnitelman ja sopimusten mukaisesti kaikissa samaa tehtävää hoitavissa työyhteisöissä yhdenmukaisella tavalla. Ne asiakirjat, joiden säilyttämiseen ei ole perusteita, hävitetään silppuamalla tai polttamalla. Hoito- ja palvelusuunnitelman arkistoinnissa terveydenhuollon asiakirjojen säilytyksestä sovelletaan sosiaali- ja terveysministeriön asetusta (99/2001). Sosiaalihuollon asiakirjoihin sovelletaan arkistolain säännöksiä.

Vanhustyötä tekemässä on varsin erilaisen koulutus- ja tietoperustan saaneita sekä erilaisiin palveluorganisaatioihin kuuluvia ammattilaisia. On tärkeää, että työssä on yhteiset arvot ja päämäärät. Yhteisten päämäärien hyväksyminen vaatii jatkuvaa vuoropuhelua ikääntyneitten asiakkaiden, heidän omaistensa, vanhustyöntekijöiden, palveluyksiköiden ja luottamushenkilöiden välillä. Loppuarviointi usein kirkastaa ja selkiyttää moniammatillisen ja tiimityön merkitystä sekä tukee yhteisön jatkuvaa kehittymistä työssään.

Työskentely ikääntyneiden ihmisten parissa palveluja antaen, hoivaten tai hoitaa merkitsee aina puuttumista toisen ihmisen elämään. Arvot tekevät auttamisesta, huolenpidosta ja hoidosta eettistä toimintaa, jonka autettava samoin kuin auttaja kokevat tilannekohtaisesti aina yksilöllisellä ja ainutkertaisella tavalla. Hyvä kohtaaminen, palvelut ja hoito pohjautuvat myös näyttöön, tietoon tai arvioituun kokemukseen perustuvaan toimintaan. Tarvitaan ajantasaista tutkimustietoa ja arvioitua kokemustietoa. Hyvä vanhustyön prosessi rakentuu aina paitsi teoreettiseen tietoon myös henkilöstön hyvään asiantuntemukseen sekä asiakkaan tilan ja tilanteen perusteelliseen tuntemukseen.

Ikäihmisen hyvä olo eli tyytyväisyys ja turvallisuudentunne on kaiken vanhustyön – ehkäisevän työn, itsehoidon, palvelujen, lääketieteellisten tutkimusten, huolenpidon ja hoidon - tavoiteltava lopputulos. Silloin kun autettava on tyytyväinen samaansa kohteluun, käyttämiinsä palveluihin sekä elinympäristöönsä ja hän voi osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja valintoihin, hän tuntee olonsa hyväksi ja turvalliseksi. Hyvä olo edellyttää ikäihmisen ihmisarvon ja itsemääräämisen kunnioitusta ja vaalimista itseisarvona kaikissa tilanteissa.

Kirjallisuus:

- Fogelholm, M. (toim.) (2001). Ratkaisuja ravitsemukseen. Ravitsemuskasvatus ja elämäntapa. Palmenia-kustannus, Helsinki.
- Hasunen, K., Klemetti, S., Lyytikäinen, A. ym. (1992). Vanhus, ruoka ja elämänlaatu. STM:n julkaisuja 12. Helsinki.
- Eräsaari, L. (1995). Kohtaamisia byrokraattisilla näyttämöillä. Gaudeamus, Tampere.
- Kiikkala, I. (2000). Mikä on minun etiikkani? Teoksessa: Sundman, E. 2000 (toim.): Potilaan asema ja oikeudet. Tammi, Helsinki.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S., Päivärinta, E. (1998). Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto. Gummerus Oy, Jyväskylä.
- Lenander-Lumikari, M., Nordenram, G. (2001). Ikääntyminen ja suu. Suomen Hammaslääkärelehti, Vol VIII, 4; s. 208–210.
- Mattila, M.-L. (2001). Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsittejärjestelmän kehittäminen. Acta Universitatis Tamperensis 816. Tampereen yliopistopaino, Tampere.
- Narikka, J. (toim.). (2001). Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntö käytännössä. Tietosanoma Oy, Pieksämäki.
- Printel. (1998). Palvelukansio. Tuotenumero 7515. Printel Oy, Vantaa.
- Rauhala, P.-L. (1996). Miten sosiaalipalvelut ovat tulleet osaksi suomalaista sosiaaliturvaa. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 477. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.
- Siira, H. (1998). Asiakkaan autonomiaako rakentamassa? Tapaustutkimus kunnallisesta kotipalvelusta asiakkaan suoriutumisen tukijana. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Siljamäki-Ojansuu, U., Isosomppi, R., Korpio, A., Kukkonen, J., Oksa, H., Parikka, A., Peltola, T., Pietilä, M. (2001). Valkeakosken ravitsemusprojekti. Loppuraportti 22.8.2001.
- Socialstyrelsen. (2000). Näringsproblem i vård & omsorg. Prevention och behandling. SoS-Raport 11.
- Sorvari, H. (2001). Asiakastiedon suoja sosiaalihuollossa. Tammi, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001). Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden että muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Oppaita 3. STM, Helsinki.
- Taival, A. (1998). The older person's adaptation and the promotion of adaptation in home nursing care. Acta Universitatis Tamperensis 589, Tampereen yliopisto, Tampere. Vammalan kirjapaino Oy, Vammala.
- Tedre, S. (1993). Ammatillinen huolenpito vanhusten kotipalvelussa. Kahden naisen kohtaaminen yksityisen ja julkisen hauraalla rajalla. Joensuun yliopisto. Yhteiskuntapolitiikka ja sosiologia, Joensuu.
- Turunen, K. E. (1998). Minusta näyttää – johdatus reflektiiviseen filosofiaan. Atena Kustannus Oy, Jyväskylä.

3 Paikallisia kokemuksia





Paikallisia kehittämisprojekteja ja kokemuksia hoito- ja palvelusuunnitelmista on runsaasti. Seuraavassa on esimerkkejä muutamilta paikkakunnilta. Kuvaukset on tarkoitettu virikkeiksi ja peileiksi muille samojen kysymysten kanssa painiskeleville. Paikallisissa kokemuksissa korostuvat asiakaskeisyys, paikallisuus, yhteistyö ja näkemys siitä, miten ratkaisu toimii käytännössä. Tässä kuvattujen kehittämishankkeiden tavoitteena on myös ollut ikäihmisten kotiin annettavien palvelujen sekä hoidon ja huolenpidon laadun parantaminen ja ikäihmisten kotona asumista edistävän työotteen valtavirtaistaminen koko palvelujärjestelmään.

Jalasjärven hoito- ja palvelusuunnitelmaakansio

Jalasjärven kokemukset ovat esimerkki asiakkaasta lähtevästä työotteesta ja siten asiakkaiden ja työntekijöiden tasaveroisesta vuorovaikutussuhteesta. Kehittämistyö oli myös kokemus hyvästä hoito- ja palvelusuunnitelma-kokonaisuuden suunnittelu- ja toteuttamisprosessista. Jalasjärven hoito- ja palvelusuunnitelmaakansio tuottaa suoraan tietoa myös kuntasuunnitteluun ja talousarvion laadintaan ja seurantaan.

TERTTU NORDMAN

Lähtökohdat ja tavoitteet

Jalasjärven laitoshoidon purkaminen eli vanhainkodin lakkauttaminen ja sen korvaaminen avo- ja kotihoidolla tuo meille jatkuvasti uusia haasteita. Visiomme mukaan jalasjärveläinen ikäihminen voi elää tutussa kulttuurimaisemassaan ja kodissaan. Hän säilyttää asemansa yhteisönsä jäsenenä ja elää tietoisena siitä, että tarvitessaan hän saa tukea ja apua. Tavoitteenamme on luoda moniportaisen hoitorakenteen sijaan avo- ja kotihoidon sekä paikallisen kulttuurin ja elämäntavan varaan rakentuva palvelu-, hoito- ja kuntoutusverkosto. Aivan olennaiseksi on tullut hoito- ja palvelusuunnitelmaakansio, joka tehdään asiakaskeisesti ja jota myös säilytetään asiakkaan kotona (ks. Printel 1998).

Uudistuva toimintakulttuuri, kehittyvä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattirakenne sekä uusiutuva ammatillinen koulutus ja samaan aikaan moni-

mutkaistuvat asiakkaitten elämäntilanteet ja hoidon ja huolenpidon tarpeet vaativat palveluista vastaavilta esimiehiltä kokonaisuuksien näkemistä. Työntekijöiltä tilanteet vaativat erityisesti taitoa tunnistaa asiakkaiden erilaisuus ja heidän alati yksilöityvät tarpeensa ja toiveensa kaiken aikaa monimutkaistuvassa toimintaympäristössä. Myös kulttuuri laajasti käsitettynä, taide ja liikunta sekä kotihoidossa asiakkaille ja työntekijöille kertynyt kokemus ja ”hiljainen tieto” ovat voimavaroja, jotka pitää havaita ja ottaa yhteiseen käyttöön.

Tavoitteenamme on voimavarat tunnistava, asiakasta kuuleva palvelujen ja hoidon suunnittelu- ja toteutusprosessi. Tavoitteemme toteutumiseksi tarvitaan asiakkaasta lähtevä hoito- ja palvelusuunnitelma. Tavoitteena on asiakasasiakirja, joka huomioi koko kotihoitoprosessin ja edistää joustavien palvelujen kehittymistä asiakkaan näkökulmasta. Siten hoito- ja palvelusuunnitelmakansio edistää avo- ja kotihoidon jatkuvaa kehittämistä sekä tukee sitä, että osaaminen välittyy koko hoito- ja palvelujärjestelmästä saumattomasti asiakkaitten yksilöllisten tarpeiden tyydyttämiseen.

Suurin haaste on varmistaa jatkuva esteetön tiedonkulku asiakkaan, omaisten ja työntekijöiden välillä sekä toisaalta julkisten ja yksityisten palveluntuottajien ja kolmannen sektorin välillä. Mikään atk-ohjelmisto ei ole vielä pystynyt vastaamaan tarpeeseemme. Olemme päätyneet palveluprosessimme kehityksen tässä vaiheessa hoito- ja palvelusuunnitelmakansioon, jonka laadintaan asiakas itse osallistuu aktiivisesti. Hän antaa kirjallisen suostumuksensa suunnitelman ja tietojensa tavoitteenmukaiseen käyttöön. Palvelukansio seuraa aina asiakasta eli on aina siellä missä hänkin. Palvelukansio toimii siten ikäihmisen hoidon ja palveluiden portfoliona.

Palvelukansiossa ei ole tietoja esimerkiksi asiakkaan euromääräisistä tuloista eikä muita salassa pidettäviä ja siten arkaluonteisia asioita. Palvelukansioon kirjataan vain tietoja, jotka tarvitaan turvaamaan kotihoidon ja asiakaskohtaisten palvelujen joustavuus ja jatkuvuus. Tietoja voidaan käyttää vain asiakkaan kirjallisella suostumuksella, joka on kansiossa. Asiakas itse hallitsee omaa palvelukansiotaan. Asiakkaan yksityisyyden ja yksilöllisyyden suojaaminen on yksi pää-tavoitteistamme. Näin vahvistamme asiakaskeskeisen työotteemme kehittämistä.

Hoito- ja palvelusuunnitelmakansion valmistelusta

Moniammatillinen kehittämistyöryhmä koostui sosiaali- ja terveystoimen ammattilaisista sekä muun muassa Kelan, apteekin ja teknisen toimen asiantuntijoista. Oman tärkeän osansa hoito- ja palvelusuunnitelman sisällön kehittämiseen toivat ikäänntyneet itse ja heidän omaisensa. Kahden vuoden suunnittelu-prosessin aikana työryhmällä oli ulkopuolinen ohjausryhmä. Toimiva hoito- ja

palvelusuunnitelma sisällytettiin koko kunnan strategiaan. Myös mittarit laadittiin seuranta- ja arviointia varten. Hoito- ja palvelusuunnitelma toteutumisarvioiteineen on siten kiinteä osa paikallista vanhuspalvelujen suunnittelu- ja seurantaprosessia.

Työtämme ohjaamaan valitsimme *ratkaisukeskeisen ajattelutavan* ja siirryimme työ-, tavoite- ja palvelukeskeisestä toiminnasta *asiakkaasta lähtevään ajatteluun ja toimintaan*. Asiakaskeskeytyttä tarkastelimme kahdesta näkökulmasta:

- Mitä on asiakkaasta lähtevä eli asiakaskeskeinen johtaminen ja päätöksenteko?
- Miltä maailma ja asiakkaan tilanne näyttävät hänen omasta näkökulmastaan ja hänen itsensä kertomana?

Hoito- ja palvelusuunnitelmien ongelmia

Kehittämistyön pohjaksi työryhmä tarkasteli olemassa olevia hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmakäytäntöjä ja havaitsi, että

- 1) asiakkaasta oli yhtäaikaan olemassa useita suunnitelmia, joiden tavoitteet eivät olleet samat,
- 2) suunnitelmia säilytettiin eri paikoissa,
- 3) asiakas ja omaiset eivät tieneet suunnitelmien sisällöistä ja tavoitteista,
- 4) tieto ei kulkenut avo- ja laitoshoidon välillä eikä myöskään julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välillä ja
- 5) suunnitelma-asiakirjat eivät huomioineet koko kotihoitoprosessia eivätkä tukeneet joustavien, asiakaslähtöisten palvelujen toteutumista.

Uusi hoito- ja palvelusuunnitelmakansio

Palvelukansiossa ovat seuraavat asiakokonaisuudet: *suostumus tietojen kirjaimiseen ja käyttöön, henkilötiedot, lääkitys, hoitohenkilökunta ja avuntarve kotona, apuvälineet ja hoitotarvikkeet, eläkkeet ja tuet, itsenäisen selviytymisen tukeminen, elämäni tärkeitä ja merkittäviä asioita, toiveet tulevasta palvelusta ja hoidosta, minun ja omaisten viestit ja minua hoitavan henkilöstön viestit*. Sisällön suunnittelussa keskeistä on ollut ymmärrettävä voimavarakieli. On korostettu positiivisuutta, voimavaroja ja onnistumisia. Valituksista ja negatiivisesta tavoitteenasettelusta on tietoisesti luovuttu. Palvelukansiossa ja suunnitteluprosessissa on annettu tilaa asiakkaalle itselleen ja omaisille.

Hoito- ja palvelukansion ulkomuodosta annettiin suunnittelijalle sellaiset ohjeet, että ikääntyviä, tasa-arvoa ja puolueettomuutta tulee kunnioittaa. Tekstin koko on tavallista suurempaa ja se on selkokielistä voimavarakieltä. Palvelu-

kansion sisältöä voidaan portfolion tavoin kasvattaa ja se seuraa asiakkaan elämäntilanteiden sekä palvelu-, hoito- ja kuntoutumisprosessien eri vaiheita. Kansiossa on varattu tilat erilaisille asiapapereille, kuten sairaskortit ja maksukortteille sekä lääkeresepteille. Tarvittaessa kopiot erilaisista lähteistä ja epikriiseistä voidaan liittää mukaan niille varattuihin taskuihin.

Asiakaskeskeiseen toimintamalliin kuuluu se, että asiakas nähdään osana sosiaalista verkostoa. Asiakkaan perhe, läheiset ja muut omaiset, ystävät, naapurit, muu lähiympäristö sekä sosiaali- ja terveyspalvelut ovat verkoston osia. Asiakaslähtöisyyden periaatteiden mukaisesti lähdemme suunnittelemaan palveluita asiakkaan näkökulmasta emmekä organisaation tarpeista. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa keskeisiä ja sisäistettäviä asioita ovat asiakkaan itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys, toiveet, mieltymykset, arvot ja asenteet.

Arviointia

Uuden toimintamallin sekä hoito- ja palvelusuunnitelman luominen avo- ja kotihoitoon on ollut monen vuoden prosessi, jonka vaikutuksia voidaan arvioida organisaation ja asiakkaan näkökulmista.

Avohuollossa ja kotihoidossa oleva yhtenäinen hoito- ja palvelusuunnitelma on auttanut kehittämään koko kotihoitoprosessista organisaatio- ja ammattirajat ylittävää yhteistyötä. Sosiaali- ja terveystoimen kulttuurit ovat lähentyneet. Lisäksi olemme löytäneet asiakkaiden avulla yhteisen kielen. Poliittiset päättäjät ovat ottaneet keskeiseksi asiakseen valvoa hoito- ja palvelusuunnitelmien toteutusta ja arvioida palautteita.

Asiakkaat arvostavat kokonaisvaltaista hoito- ja palvelusuunnitelmakansiota. Heille on tärkeää, että heitä kuullaan ja että he voivat luottaa asiakassuhteensa jatkumiseen ja turvallisiin oloihin eri elämäntilanteissa. Asiakkaiden luottamusta on lisännyt suuresti se, että he saavat säilyttää hoito- ja palvelusuunnitelmakansionsa kotonaan ja että he saavat rauhassa perehtyä siihen.

Myös omaiset voivat aiempaa paremmin vaikuttaa ja osallistua iäkkään läheisensä hoitoon. Nyt heillekin on annettu tilaa ja selkeä tehtävä. Omaiset näkevät itsensä osana hoitavaa verkostoa. Erityiskiitosta olemme saaneet hoitotestamentin osuudesta ja asiakkaan elämäntilanteen kokonaisvaltaisesta huomioon ottamisesta.

Olemme kehittäneet avohuoltoon asiakaslähtöisen hoito- ja palvelusuunnitelman, joka huomioi asiakkaan tarpeet riippumatta siitä, missä häntä kulloinkin hoidetaan. Suunnitelma perustuu asiakkaan omaan arvioon nykyisestä ja tulevasta hoidosta, hoidontarpeesta sekä elinympäristön esteettömyydestä ja turvallisuudesta. Asiakkaan toiveiden mukaan voimme luoda hyvän yhteistyöverkoston hänen tuekseen yli organisaatio- ja ammattirajojen.

Toimiva hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntö on osa kunnan strategiaa ja avo- ja kotihoidon asiakaskohtaista kustannusten hallintajärjestelmää. Se on myös aito asiakkaiden palautejärjestelmä paikallisten päättäjien käyttöön.

Lisätietoja:

Terttu Nordman
sosiaalijohtaja
Jalasjärven kunta
(06) 458 0261
e-mail: terttu.nordman@jalasjarvi.fi

Sinikka Kytömäki
avopalvelunohjaaja
Jalasjärven kunta
(06) 458 0260
e-mail: sinikka.kytomaki@jalasjarvi.fi

Kuuden kaupungin yhteinen hoito- ja palvelusuunnitelma – esimerkkinä Jyväskylä

Jyväskylä on yksi kuudesta kaupungista, jossa käytetään yhteistä sähköistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Se kertoo pitkäjänteisestä kuntayhteistyöstä. Se on myös osoitus tuloksia tuottavasta sektorirajat ylittävästä yhteistyöstä niin sosiaali- ja terveydenhuollossa kuin avo- ja laitospalveluissakin. Hoito- ja palvelusuunnitelmaohjelmistoa käytetään kotihoidon alusta aina sairaala- ja laitoshoidon loppuun saakka. Sähköisenä suunnitelma seuraa asiakasta perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen eri palvelu- ja hoitopisteisiin.

SIRKKA KARHULA

Tilastojärjestelmäkokonaisuuden osana

Hoito- ja palvelusuunnitelma on osa sosiaali- ja terveydenhuollon tilastojärjestelmää. Suunnittelu pohjautuu ”Jyväskylän malliin”, jonka kehittämiseen on saatu asiantuntija-apua mm. Jyväskylän yliopiston Gerontologian tutkimuskeskuksesta ja sen Ikivihreät-projektista, jonka kokemuksia on voitu hyödyntää.

Pallas-, hoito- ja palvelujärjestelmä on suunniteltu ja kehitetty yhteistyössä Lahden, Porin, Tampereen, Kuopion ja Oulun kanssa. Ohjelman toteutuksesta on vastannut nykyinen TietoEnator. Useamman kaupungin hoito- ja palvelusuunnitelman yhteensovittaminen oli työlästä ja vei aikaa. Useiden neuvottelujen, seminaarien ja sopimusten jälkeen saatiin yhteinen ohjelma, jonka sisältöä voitiin soveltaa kaupunkikohtaisten koodausten ja toimintatapojen mukaan.

Tavoitteet

Hoito- ja palvelusuunnitelmalle asetettiin Jyväskylässä seuraavat tavoitteet:

- hyvä asiakas- ja potilasturvallisuus,
- hyvä tiedonkulku,
- hyvä asiakastyytyväisyys,
- hyvä vaikuttavuus ja laadunvarmistus,
- oikea hoidon porrastus,
- taloudellisuus ja
- kokonaisvaltainen suunnittelu.

Hoito- ja palvelusuunnitelma on tietokoneen päätteellä käytettävissä oleva ohjelma, joka on kotipalvelun, kotisairaanhoidon, avosairaanhoidon, palveluasumisen ja laitoshoidon yhteinen tiedosto asiakkaan tilanteesta.

Erityistä huomiota on kiinnitetty salassapitovelvoitteen säilymiseen. Käyttöoikeudet on rajattu ammattiryhmiin: Jyväskylässä järjestelmän käyttäjiksi on koulutettu noin 700 työntekijää. Hoito- ja palvelusuunnitelma on tehty kaikille säännöllisen palvelun piirissä oleville asiakkaille ja potilaille.

Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen ja ajantasaistaminen on Jyväskylän vanhustenhuollossa osa jokapäiväistä arkityötä. Järjestelmää käyttävät kaikki vanhuspalveluissa työskentelevät. Järjestelmällä varmistetaan se, että palvelukokonaisuus toteutuu ja pysyy hallinnassa sekä se, että asiakkaiden palvelu on aiempaa yksilöllisempää ja syvällisempää.

Vastuuhoitaja kotihoidossa

Kotihoidossa jokaiselle asiakkaalle on nimetty vastuuhoitaja. Jokaisella työntekijällä taas on 4–5 omaa asiakasta. Kukin työntekijä vastaa siitä, että jokaiselle omalle asiakkaalle tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma. Hän vastaa myös siitä, että suunnitelmaa ylläpidetään ja päivitetään.

Vastuuhoitajan tehtävä kotihoidossa on

- luoda luottamuksellinen ja ammatillinen suhde asiakkaaseen ja hänen läheisiinsä
- laatia hoito- ja palvelusuunnitelma yhdessä asiakkaan, omaisten ja muiden yhteistyötahojen kanssa
- laatia, ylläpitää ja päivittää sähköistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa
- tukea asiakkaan päätöksentekoa erilaisissa, joskus hyvinkin vaikeissa, elämän tilanteissa.

Kun palvelutarvetta arvioidaan ja asiakkaan kotona ensimmäisen kerran käydään, mukana on alueen kotipalvelunohjaaja. Tarvittaessa mukaan tulevat myös kotisairaanhoidtaja ja muut hoitoon osallistuvat henkilöt tai tahot. Kotiutumissuunnitelma tehdään nykyisin entistä useammin jo sairaalassa ennen kotiutumista, jolloin ensimmäisen kirjauksen atk:lle tekee sairaalan omahoitaja. Sitä täydennetään sitten kotihoidosta.

Kotihoidossa on eri puolilla kaupunkia noin 30 kortteli- tai ryhmätalaa työntekijöiden työtilana ja taukotupana. Työtilassa on tietokonepäätteet ja mikrot, joita käytetään kirjaamiseen. Asiakkaille annettavat osiot tulostetaan paperille aina kun asioista sovitaan tai asiat muuttuvat. Paperikopiot säilytetään asiakkaan luona keltaisessa kirjjekuoressa, jossa ovat muutkin hoidon ja palvelun kannalta tärkeät paperit ja dokumentit. Tulevaisuudessa työntekijät tarvitsevat kannettavia tietokoneita, jotta kirjaaminen olisi entistä sujuvampaa ja joustavampaa.

Kokemuksia

Suunnitelmia pidetään hyvänä asiana. Niiden ansiosta asiakaspalvelua voidaan tehostaa, palvelun laatua ja oikea-aikaisuutta parantaa. Ne myös helpottavat tiedonkulkua ja lisäävät työn ennustettavuutta ja suunnitelmallisuutta. Työkierron aiheuttamaan työntekijän henkilökohtaiseen perehdyttämiseen tarvitaan aiempaa vähemmän aikaa. Samalla työntekijän on helpompi perehtyä asiakkaan tilanteeseen.

Jyväskylän kotihoidossa tullaan kehittämään palvelusitoumusta, jossa palvelun tuottaja sitoutuu tuottamaan tietyn laatuista ja tasoisia palveluja asiakkailleen. Hoito- ja palvelusuunnitelmien käyttöä seurataan ja ohjelmaa kehitetään asiakas- ja käyttäjäystävällisemmäksi yhteistyössä eri toimialojen edustajista koostun ryhmän, TietoEnatorin sekä yhteistyökaupunkien kanssa. Vuonna 2002 Jyväskylässä siirrytään Effica-kotihoitojärjestelmään. Tavoitteena on saada nykyinen tietosisältö siirrettyä Windowsiin.

Kehittämishaasteita

Palvelujen laatuutkimusten mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa on kehitettävä siten, että asiakkaan mahdollisuudet vaikuttaa hoitoon ja palveluun paranevat, palvelut yksilöllistyvät, henkilöstö keskustelee asioista riittävästi ja asiakkaalla on nykyistä enemmän tietoa omista ja yleensä sosiaali- ja terveystalveiluista.

Kotihoidon laatua voidaan tulevaisuudessa parantaa etenkin hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöä kehittämällä sekä vastuuhoidajatoimintaa ja kirjaimiskäytäntöjä vakiinnuttamalla. Lisäksi parannetaan sekä ulkoista että sisäistä tiedottamista.

Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus entistä enemmän esittää toiveitaan ja ajatuksiaan omasta hoidostaan ja palvelustaan. Palveluista ja erilaisista vaihtoehtoista tulee antaa tietoa niin, että se tyydyttää asiakasta. Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään aina yhdessä asiakkaan ja hoitoon osallistuvien kanssa. Asiat, jotka sovitaan, myös toteutetaan.

Lisätietoja:

Sirkka Karhula
Kotihoidon koordinaattori
Jyväskylä
puh. (014) 625 575
e-mail: sirkka.karhula@jkl.fi

Vanhustyön sisältöjen ja yhteistyön kehittäminen Karstulassa

Karstulan esimerkki kuvaa monimuotoista, haluttua ja nopeasti liikkeelle lähtenyttä palvelurakenteen muutosta. Prosessissa on tehty asiakkaiden kanssa ennakkoluulotonta yhteistyötä. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa monimuotoinen palvelujärjestelmä verkottuu asiakaskohtaiseksi palvelukokonaisuudeksi ja henkilöstön moniammatillinen yhteistyö vahvistuu. Siten prosessi tukee palvelujärjestelmän painopisteen siirtymistä kotiin annettaviin palveluihin.

KIRSTI LEPPÄÄHO

Palvelujen yhteen sovittaminen

Karstulan hoito-, palvelu- ja kuntoutumissuunnitelma on työväline, jonka tavoitteena on sovittaa yhteen asiakkaan eri palvelumuodot. Suunnitelman tavoitteena on siten kaikkien palveluun osallistuvien asiakaslähtöinen, suunnitelmallinen ja tavoitteellinen työskentely ja yhteistyö. Keskeisenä tavoitteena on myös asiakkaan osallistuminen suunnitteluun omien voimavarojensa mukaan. Suunnitelma perustuu asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja itsemääräämisoikeuteen. Sen käyttöönoton perimmäisenä tarkoituksena on edistää vanhan ihmisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja kotona selviytymistä.

Kaksi ja puoli vuotta sitten Karstulassa yhdistettiin kokeeksi kotihoito: kotisairaanhoidon työntekijät siirtyivät virkavapauden turvin kunnan palkkalistoille ja erillisen kotisairaanhoidon ja -palvelun tilalle syntyi kotihoito. Kotiutushoitajan työ ja yöpartiointi aloitettiin. Myös kuntosalitoiminta ja ennalta ehkäisevät kotikäynnit saivat alkunsa. Toiminnan tavoitteena on tukea vanhus-ten kotona selviytymistä.

Asiakaslähtöisen toiminnan sekä aidon asiakkaasta lähtevän yhteistyön edistämiseksi Karstulassa uusitaan hoito- ja palvelusuunnitelmakäytännöt. Keskeis-

tä suunnitelman laatimisessa on määrittää ikäihmisen hoito-, palvelu- ja kuntoutumistarve voimavaralähtöisesti moniammatillisessa, itseohjautuvassa työryhmässä yhdessä vanhuksen kanssa.

Oma koti, liikkuminen, tiedon hankinta ja osallistuminen ovat tärkeitä vanhan ihmisen itsenäisyyden ja elämänlaadun kannalta. Kotona selviytyminen onnistuu kuitenkin vain, jos apua tarvitseva ihminen saa riittävästi ja säännöllisesti kotona asumista tukevia sosiaali- ja terveyspalveluja - myös iltaisin ja öisin. Karstulan toimintamalli korostaa organisaatio- ja hallintorajat ylittävää yhteistyötä, tiedonkulun tärkeyttä ja ennalta ehkäisevien toimien merkitystä.

Voimavaralähtöinen ja kuntouttava työote käytännöksi

Perinteisen hoito- ja palvelusuunnitelman sijaan ikäihmiselle laaditaan monipuolinen kuntoutumissuunnitelma yhdessä hänen, hänen omaisensa tai omaisensa ja eri ammattihenkilöiden kanssa. Asiakirjaan kirjataan vanhuksen elämäntilanne ja senhetkiset voimavarat hänen omilla sanoillaan. Asiakas- ja voimavaralähtöisessä suunnittelussa korostetaan ikäihmisen omia voimavaroja ja sosiaali- ja terveydenhuollon resurssien oikein kohdentamista. Mukana suunnittelussa on työntekijöitä kotihoidosta, fysioterapiasta, päivätoiminnasta ja tarpeen mukaan vapaaehtoisjärjestöistä sekä eri asumispalveluista ja laitoshoidon yksiköistä.

Kotiutushoitaja uudistuvan toimintakäytännön ytimessä

Kotiutushoitaja avohuollon ja eri palvelumahdollisuuksien tuntijana ehkäisee asiakkaan ajautumista päivystysvastaanotolle tai vuodeosastolle, tehostaa akuutiosaston potilaiden kotiuttamista sekä parantaa tiedonkulkua eri palveluntuottajien välillä yli kuntarajojen. Hänen tehtävänä on tuoda tietoa hoidon ja palvelujen sisällöstä ja tavoitteista muille hoitoon ja huolenpitoon osallistuville. Hyvin dokumentoitu kotiutustilanne antaa arvokasta tietoa koko ikäihmisen hoitoketjua varten. Näin vältetään päällekkäinen kirjaaminen. Hyvin suunnitellulla kotiutuksella pyritään siihen, että tulevaisuudessa työntekijät voisivat joustavasti liikkua sinne, missä heitä tarvitaan. Tavoitteena on, että vanhus voi elää omassa kodissaan tai kodinomaisessa ympäristössä esimerkiksi palveluasunnossa.

Hoidon, palvelujen ja kuntoutumisen seuranta ja arviointi

Kunnassamme alkoi keväällä 2001 sosiaali- ja terveystoimen ja ammattikorkeakoulun yhteinen laadunkehittämishanke VETURI. Laatukoulutuksessa joudumme paneutumaan perustehtävämme selkiyttämiseen ja yhteisten arvojen asettamiseen. Lisäksi olemme pilottikuntana mukana valtakunnallisessa tietokonepohjaisessa TAK-arviointijärjestelmässä. Arvioimme viikoittain hoitoa, palvelua ja kuntoutumista moniammatillisessa työryhmässä peilaamalla tilannetta voimavaralähtöisesti laadittuun suunnitelmaan.

Pohdintaa

Pienessä kunnassa, kuten Karstulassa, jopa mahdottomiltakin tuntuvia uudistuksia on helppo kokeilla.

Hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntöjen uudistaminen sai alkunsa kotihoidon yhdistämiskokeilusta ja tiedonkulun hitaudesta. Myös päällekkäinen kirjaaminen ja toiminta tuskastuttivat. Tavoitteena on saavuttaa palvelujen saumattomuus. Työskentelyssä korostetaan asiakas- ja voimavaralähtöisyyttä. Olennaista on myös ammatti- ja organisaatorajat ylittävä yhteistyö.

Karstulan kotihoidon yhdistämiskokeilu on mahdollistanut työntekijöitten tasapuolisen ja yhtenäisen kohtelun, työn joustavuuden lisääntymisen, saatohoidon onnistumisen kotona sekä moniammatillisten työryhmien itseohjautuvuuden. Kotiutushoitajan avulla on pystytty parantamaan ajankohittaisen tiedon kulkua ja yhteydenpitoa terveyskeskuksen ja avohoidon välillä. Tämän on koettu lisäävän asiakkaiden ja avohoidon työntekijöiden turvallisuutta. Asiakkaat kotiutushoitajan toiminta on saanut luottamaan siihen, että hoito ja palvelu jatkuvat saumattomasti.

Yöpartio toiminnalla on pystytty lisäämään asiakkaiden turvallisuutta, koska apua saa myös yöllä. Toiminnalla on vähennetty päivystysruuhkaa ja kotihoidon työntekijöitten iltatöitä. Kustannussäästöjä saadaan siitä, että vanhat ihmiset pystyvät asumaan pitempään kotona. Ryhmämuotoinen kuntosalitoiminta ja ennalta ehkäisevät kotikäynnit ovat vasta alkaneet, joten niiden vaikutuksista kotona selviytymiseen ei vielä ole tietoa.

Tiimityötaidot eivät kuitenkaan ole kehittyneet eivätkä vastuut selkiytyneet itsestään, vaan ne ovat vaatineet tuntikaupalla kehittämiskeskusteluja sekä hyvin tunnepitoisiaakin kokouksia ja työnohjauksia. Muutos on aiheuttanut pelkoa oman ammatti-identiteetin kadottamisesta.

Yhteisten arvojen luomiseksi ja toisten työn tuntemiseksi olemme aloittaneet paikalliset koulutukset sekä mahdollisuuksien mukaan järjestettävät työntekijäkierrot. Kukin työyksikkö työstää omia laatu- eli kehittämishankkeitaan laatu-työkaluja ja -menetelmiä hyväksi käyttäen. Laadunhallinnan taitojen lisäksi jokaiselle työntekijälle laaditaan kehityskeskustelujen pohjalta yksilöllinen koulutus- ja kehitysohjelma, jossa otetaan huomioon ikäjohtamisen mahdollisuudet.

Lisätietoja:

Kirsti Leppäaho
Vanhustyön johtaja
Karstula
Puh. (014) 469 5670
kirsti.leppaaho@karstula.fi

Maria Salonen
Kotiutushoitaja
Karstula
Puh. 040 737 910
maria.salonen@skthky.fi

Oulun kotihoidontyön arvojen uudistaminen

Oulun esimerkissä kuvataan eettisen perustan etsimistä yhdentyvään kotihoitoon työn lähtökohdaksi ja työtä ohjaavaksi rakenteeksi. Tavoite toteutuu uudistuvissa hoito- ja palvelusuunnitelmakäytännöissä.

RAUNI VÄÄNÄNEN-SAINIO

Oulun alueellisen vanhustyön kehittämisohjelman 2001–2005 tavoitteena on henkilöstön osaamisen ja työssä jaksamisen tukeminen. Lähtökohtana on työkuulttuurin ja -ilmapiirin kehittäminen sekä tulevaisuuden osaamis- ja kehittämistarpeiden tunnistaminen. Työtä tehdään toiminnan sisällön, laadun, tuotavuuden, työmenetelmien ja -prosessien kehittämiseksi. Aluksi laaditaan vanhuspalvelujen strategia sekä aloitetaan hoito- ja palvelusuunnitelmien kehittäminen.

Kehittämistyön viitekehyksenä on ajatus oppivasta organisaatiosta sekä tiimityön ideat. Alueellisen vanhustyön strategian viitekehyksenä on BSC (Balanced Scorecard) -malli ja laatujärjestelmän viitekehyksenä EFQM (Eurooppalainen laatupalkintomalli) -malli. Hoito- ja palvelusuunnitelmapäytäntön kehittämisen lähtökohtana on varmistaa asiakkaan tarpeista lähtevä laadukas hoito ja palvelu. Samalla tuotetaan tietoa vanhustyön hallinnolle ja toteutetaan vanhustyön strategiaa.

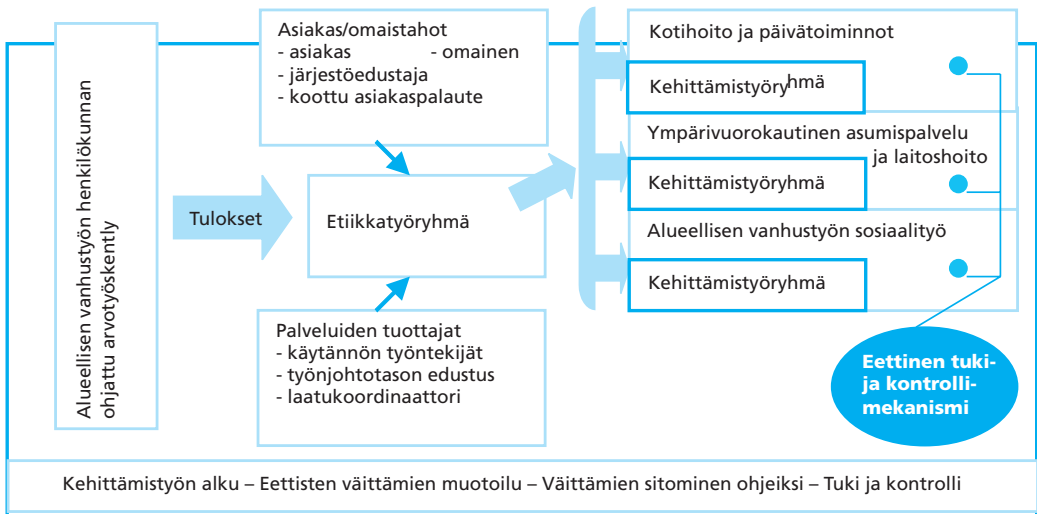
Eettisen perustuksen ja rungon rakentaminen kotihoitoon

Keskustelu työtä ja päätöksentekoa ohjaavista arvoista ja eettisistä periaatteista on välttämätöntä muutoksessa, jossa etsitään keinoja uuden innostuksen herättämiseen ja vanhojen vakiintuneiden toimintatapojen uudistamiseen. Lähtökohdaksi asetimme alueellisen vanhustyön menestyksen uuden työkuulttuurin edel-

lääkijänä. Työssä toteutettavat arvot ja eettisten päämäärien kunnioitus ovat kestäväen kehityksen ehtoja.

Mitä nopeampi muutosten tahti on, sitä tärkeämpää on pysyvien arvojen ja työtä ohjaavien eettisten periaatteiden tiedostaminen työntekijöiden työtä ja toimintatapaa ohjaamassa. Syksyllä 2000 käynnistyi kotihoidossa yhteinen keskustelu arvoista. Jokainen tiimi (42) määritteli omat työtään ohjaavat arvot ohjatuissa keskusteluissa. Samanaikaisesti ulkopuolinen tutkija (kulttuuriantropologi) haastatteli kotihoidon asiakkaita ja kartoitti heidän odotuksiaan ja tarpeitaan kotihoidon palveluista. Perustettu etiikkatyöryhmä työsti yhteiset kotihoidon toimintaa ohjaavat eettiset väittämät. Kotihoidon henkilökunnasta muodostettu kehittämisryhmä kirjoittaa eettiset väittämät kotihoidon käytännön työtä ohjaaviksi **arjen eettisiksi toimintaohjeiksi**.

Prosessissa on tärkeää, että asiakkailla ja työntekijöillä on vahva vaikutusmahdollisuus. Työskentelyyn on varattu aikaa kaksi vuotta. Henkilöstön sitoutumiseen ja sitouttamiseen tarvitaan aikaa. Toimintatapojen muutos vaatii paljon luopumista vanhoista tavoista ja uuden omaksumista.



KUVIO 1. Arjen eettisten toimintaohjeiden työstämisprosessi

Arvot ohjaavat henkilöstön yhteisesti hyväksymiä toimintaperiaatteita sekä päivittäistä työtä. Tavoitteena on, että rakennamme sellaisen uuden työn tekemisen hengen työyksikköömme (hengenluontikyvykyys), joka mahdollistaa aidon vuoropuhelun ja dynaamisen vuorovaikutuksen sekä yksikön sisällä että asiak-

kaiden ja työntekijöiden välillä. Työvälineenä on uudistuva hoito- ja palvelusuunnitelmakäytäntö. Suunnitelma laaditaan ja arvioidaan aina yhdessä asiakkaan kanssa. Tämä lisää avoimuutta ja luottamuksellisuutta hoito- ja palvelusuhteessa ja vahvistaa työntekijöiden sitoutumista laadukkaaseen ja asiakaslähteiseen työhön.

Kotihoidon eri ammattiryhmistä on koottu työryhmä, jonka tehtävänä on laatia kotihoidon asiakas- ja työprosessikuvaukset ja niiden perusteella laatia vaatimusmäärittely hoito- ja palvelusuunnitelmaa osana parhaillaan kehitettävää kotihoidon tietojärjestelmää. Jotta toiminnan rungosta tulee vahva ja kestävä, rakennustarvikkeet ja -menetelmät on valittava huolella. Vanhaa korjattaessa entisen kunto on tarkastettava ja ”läpivalaistava”. Ne vanhat työ- ja toimintamallit hyväksytään, jotka havaitaan hyväksi, ja muu uusitaan. Kokonaisuuden on kestävä myös tulevaisuus sekä siedettävä jatkuvan muutoksen vaateet. Toimiva hoito- ja palvelusuunnitelma kulkee yhtä matkaa asiakkaiden alati muuttuvien ja uusiutuvien tarpeiden kanssa.

Käytännössä olemme miettineet, mitä teemme, miten teemme ja miksi teemme. Kenen ehdoilla toiminta tapahtuu? Teoriassa erotetaan toisistaan tiedon, osaamisen ja tahdon (asenteen) johtaminen. Tieto jaetaan neljään osaan: **mitä-tieto** eli kognitiivinen tieto, jonka olemme saaneet koulutuksessa ja työkokemuksesta, **miten-tieto** eli kehittynyt taito, joka näkyy käytännön suorituksena, **miksi-tieto** eli kokonaisvaltainen ymmärrys, joka syntyy kahden edellisen yhdistyessä ja **miksi-tiedosta välittäminen** eli halu toimia ja kyky omaehtoiseen toimintaan.

Kolmen ensimmäisen tason tieto on sekä yksilöissä että organisaatiossa, mutta neljäs tiedon taso elää vain ihmisissä ja organisaation kulttuurissa. Tiedon soveltamiskokemuksissa kertynyt **hiljainen miksi-tieto** ja siihen liittyvät asenteet osoittautuvat usein ratkaisevan tärkeiksi sekä asiakkaan kokeman laadun että toiminnan tehokkuuden näkökulmasta. Ratkaisevinta onkin se, miten osaaminen saadaan käyttöön ja miten osaajat pelaavat yhteen siten, että asiakkaat huomaavat osaamisen. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa teemme näkyväksi arjen toiminnan niin asiakkaille kuin muillekin toimijoille. Se on väline varmistaa asiakasta koskevan tiedon oikea-aikaisuus oikeassa paikassa. Samalla tulee koko vanhustyön prosessi näkyväksi.

Kehittämisohjelman kokonaiskustannukset on laskettu toimintayksiköittäin käytetystä työajasta ja koulutuskustannuksista v. 2001–2005. Ne ovat 2,6 milj. €, josta ulkopuoliset koulutuskustannukset ovat 190 000 €.

Lisätietoja:

Rauni Väänänen-Sainio
Palveluyksikköpäällikkö
Oulu
Puh. (08) 5584 5004
rauni.vaananen-sainio@ouka.fi

Terttu Turunen
Kotihoidon aluekoordinaattori,
Oulu
Puh. (08) 5587 4921
terttu.turunen@ouka.fi

Seinäjoen toimintamalli asukkaiden arkielämän tukena

Seinäjoen esimerkki on perinteisen laitoshoidon ja laitospäivähoiton purkamisesta ja siirtymisestä asiakaslähtöiseen työhön pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoito- ja palvelusuunnitelma-asiakirja nostaa esille asiakkaan tarpeet työn lähtökohdaksi omahoitajan työn tuella.

ANNELI SAARINEN

Mistä syntyy hyvä palvelu ja hoito? Mihin asukkaat ovat olleet tyytyväisiä? Mitä asioita he haluavat kehittää? Mistä koostuu asukkaan kokema hyvä olo? Yli neljä ja puoli vuotta sitten Seinäjoella haettiin vastauksia näihin kysymyksiin vanhusten palvelukeskuksen kaikissa viidessä toiminnallisesti hiukan toisistaan poikkeavassa asumisyhteisössä sekä päiväkeskuksessa. Jokaiseen yksikköön oli luotava oma toimintamallinsa eli yhteinen toimintatapa kohdata asukas tarpeineen.

Työn tuloksena vuonna 2001 jokaiseen asumisyhteisöön valmistui kirjallinen toimintamalli, jossa eritellään ja tehdään näkyväksi yhteisön hoidon, palvelun ja asumisen monet ulottuvuudet. Toimintamallien kehittämisessä lähtökohdaksi oli hyvä arki: tyytyväiset asukkaat ja asukkaiden hyvä olo jokaisen työntekijän työn tavoitteena joka päivä. Uuden toimintatavan sisäistäminen ja sitoutuminen siihen edellyttävät jokaisen työntekijän osallisuutta ja kuulluksi tulemistä; jokaisen omaa prosessia.

Toimintamalli yksilöityy asukkaan arkeen

Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla toimintamalli yksilöityy asukkaan arkeen. Toimintamallin laatutekijöiksi nimettiin työntekijöiden vuorovaikutustaidot, asukkaan vastaanotto, asumis- ja hoitoympäristö, omahoitajuus, hoito- ja palvelusuunnitelma, ravitseva ruoka ja hyvä ruokailutilanne, yksilöllinen hygienianhoito, vaatetus ja ulkonäkö sekä virikkeet, terveyden- ja sairaudenhoito arjen toiminnassa sekä yhteistyö omaisten kanssa sekä asukkaiden hyvä saattohoito.

Yhteiset toimintamallit sisältävät yhteisön työtä ja asukkaiden kohtaamista ohjaavia arvoja ja periaatteita. Toimintamallissa tehdään näkyväksi paitsi työtä ohjaavat tavoitteet myös käytettävissä olevat voimavarat. Siten tunnistetaan myös erilaisten reunaehtojen merkitys ja vaikutukset arjen työssä ja asukkaiden elämässä.

Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla muunnetaan työtä ohjaavat arvot ja käytettävissä olevat voimavarat yksittäisen asukkaan hyvää elämää tukeviksi ja edistäviksi tavoitteiksi. Tämän toteutuminen edellyttää asukkaan ja työntekijöiden yhteistä halua ja tahtoa tunnistaa, mitkä ovat asukkaan tarpeet ja voimavarat sekä ne toiveet ja tavoitteet, joita asukas asettaa hyvälle elämälle laitoskodissaan.

Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma ei voi olla pelkkä sairaudenhoitosuunnitelma. Se on elämän ja arjen suunnitelma, yhdessä tehty sopimus siitä, miten työntekijöiden ammattitaidon turvin voidaan tukea ja auttaa asukasta mahdollisimman hyvään elämään laitostodissa. Hoito- ja palvelusuunnitelma on hoidon, palvelun ja asumisen yksilöllisyyttä, tavoitteellisuutta, seurantaa ja arviointia tukeva työväline.

“Seinäjoen mallissa” omahoitajan vastuulla ja tehtävänä on tutustua omiin asukkaisiinsa ja heidän elämäänsä ja koota tarpeellisia tietoja heistä. Omia asukkaita hoitajilla on 2–3. Jokaiselle asukkaalle järjestetään tupaantuliaiset viimeistään kuukauden kuluttua muutosta. Tupaantuliaisten jälkeen omahoitaja laatii yhdessä asukkaan ja hänen läheisensä kanssa hoito- ja palvelusuunnitelman. Tarpeen mukaan asiaan valjastetaan kuntohoitajan, sosiaalityöntekijän, sairaanhoitajan tai ravitsemusasiantuntijan osaaminen.

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan yhteisesti sovitut tavoitteet, hoitolinjat, asumiseen liittyvät yksilölliset arjen toimintatavat ja niiden toteuttamissuunnitelma. Suunnitelman allekirjoittavat asukas, omainen ja omahoitaja. Sen toteuttamisesta, tuloksellisuudesta ja siten arjen laadusta vastaa aina koko työryhmä.

Toimintamallin laatiminen on helpottanut henkilökuntaa hahmottamaan voimavaroja ja sitä kautta asettamaan mahdollisia – ei yli- eikä alimitoitettuja – tavoitteita. Toimintamalli on myös asukkaille ja omaisille työkalu taloon ja palveluihin tutustumisessa.

Asioiden kirjaamisessa pyritään kunnioittamaan asukkaan yksityisyyttä. Luettavana tulisi olla ainoastaan asukkaan edun ja hyvän hoidon toteutumisen kannalta tarpeellista ja olennaista tietoa.

Toimiva työyhteisö hyvän hoidon rakenteena

Hyvin toimiva työyhteisö luo edellytykset toteuttaa hoito- ja palvelusuunnitelma. Se on myös hyvän hoidon ja palvelun tukirakenne sekä edellytys työntekijöiden työssä viihtymiselle. Toimintamallin avulla on luotu työyhteisölle yhteiset kirjatut pelisäännöt. Niihin sitoutumista on helpottanut se, että niitä on ollut luomassa koko henkilöstö.

Työyhteisön laatutekijöiksi on valittu henkilökunnan ammattitaito, työkyky, vuorovaikutustaidot, tiedonkulku, hyvä esimiestyö, henkilöstöresurssit, perehdyttäminen ja yhteistyö. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen, toteuttamisen ja arvioinnin kannalta jokainen edellä mainituista tekijöistä on tärkeä. Tärkeimmiksi nousevat kuitenkin ammattitaidon lisäksi vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot sekä tiedonkulku.

Työyhteisön jäsenten tulee kunnioittaa ja toteuttaa omahoitajan ja asukkaan laatimaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Muutoksista tai muutosehdotuksista tulee neuvotella omahoitajan ja asukkaan kanssa. Tiedonkulun tulee myös toimia mahdollisimman mutkattomasti. Esimiehen tehtävänä suunnitelman näkökulmasta on ohjata ja tukea omahoitajuutta, auttaa vaikeissa tilanteissa, huolehtia riittävästä resursseista ja työvälineistä sekä valvoa suunnitelman toteutumista ja arviointia.

Toimintamalli on laatujärjestelmä, jossa kuvataan yhteiset pelisäännöt. Samalla työtä ohjaavien arvojen tunnistaminen ja merkitys mahdollistuu arjen työssä valintoja tehtäessä ja yhteisesti sovitellen ja neuvotellen. Kirjattu toimintamalli nostaa esiin hyvän palvelun ja hoidon monet ulottuvuudet ja tekee työn näkyväksi. Yhteiset toimintatavat helpottavat uusien tulokaiden työhön perehdyttämistä ja tukevat toiminnan jatkuvuutta.

Yhteisesti pohdittu ja kivullakin synnytetty ja kirjattu toimintamalli mahdollistaa "luovan hulluuden" eli asioiden kriittisen ja itsekriittisen tarkastelun sekä totutusta poikkeavat ja keskenään erilaiset ratkaisut työntekijöiden työn vaatimuksia ja asukkaiden elämäntilanteita yhteen sovitettaessa. Kirjattu toimintamalli yksilöllisine hoito- ja palvelusuunnitelmineen mahdollistaa päättäjien tustutumisen palveluihin niin, että euroilla saatu tulos saadaan näkyväksi toiminnaksi sekä asukkaiden että työntekijöiden näkökulmasta.

Toimintamallin toteutumista hidastaa ja kangertaa ajoittainen aikapula. Hyvän suunnittelun ja jatkuvan arvioinnin merkitystä ei aina pidetä tärkeimpänä arjen ratkaisuja tehtäessä. Suunnitelmallisen työn toteuttamisen oppiminen vie aikaa ja vaatii todellisen, arjessa toteutuvan yhteistyön opettelua. Moniammatillisuuden merkityksen oivaltaminen ei aina ole yksinkertaista tai helppoa.

Omaisten aito kuuleminen ja mukaan ottaminen työn ja elämän suunnitteluun on taitolaji, joka myös vaatii uudenlaista suuntautumista ja molemminpuolista rohkaistumista tavoitteelliseen yhteistyöhön, siten että asukkaan kuuleminen mahdollistuu ja hänen toiveensa ja tarpeensa ensisijaistuvat. Kuitenkin yhdessä ja yhteisiksi laaditut työntekijöiden työskentelyä ohjaavat arvot ja periaatteet sekä toimintamalli ovat saaneet aikaan pysyvyyden ja jatkuvuuden tuntua alati muuntuvassa toimintaympäristössä.

Toimintamallin seurannasta ja arvioinnista vastaa osastonhoitaja ja johtaja. Hoito- ja palvelusuunnitelman seuranta ja arviointi vastuu on omahoitajalla.

Lisätietoja:

Anneli Saarinen
Vanhustyön johtaja
Seinäjoki
(06) 416 2662
anneli.saarinen@seinajoki.fi

Sisko Taivalmäki
Osastonhoitaja
Seinäjoki
(06) 416 552
sisko.taivalmaki@seinajoki.fi

4 Työkaluja ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin





Eri työyhteisöissä on käytössä runsaasti erilaisia sekä manuaalisia että atk-pohjaisia mittareita ja mittaristoja ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin sekä palvelutarpeen määrittämiseen. Seuraavassa kuvataan kaksi esimerkkiä. Näistä RAI-tietojärjestelmä on jo varsin yleisesti käytössä laitoshoidossa. Se on alun perin pitkäaikaishoitoon kehitetty systemaattinen ja monipuolinen laadunparantamis- ja hoidon suunnittelun apuväline.

Vanhusten avuntarpeen ja toimintakyvyn mittarissa, RAVA-indeksissä toimintakyvyn arviointi on lähtökohtana hoidon ja palvelujen suunnittelussa. Arvioinnin tuloksena syntyy käsitys siitä, mitkä ovat henkilön omat voimavarat, mihin hän tarvitsee apua ja mistä hän suoriutuu itsenäisesti.

RAI-tietojärjestelmä

RAI (Resident Assessment Instrument = asiakkaan arviointiväline) on alunperin pitkäaikaishoitoon kehitetty systemaattinen ja monipuolinen laadunparantamisjärjestelmä ja hoidon suunnittelun apuväline. RAI:n versioista on Suomessa käytössä laitoshoidon versio. Akuutti- ja kotihoidon versiot saadaan suomenkielisinä käyttöön vuonna 2002, ja muiden versioiden suomennokset, kuten mielenterveyteen ja kuntoutukseen liittyvät, ovat suunnitteilla. Tutkittava henkilö arvioidaan kokonaisvaltaisesti RAI:n avulla. Arvioitavina ovat mm. fyysinen toimintakyky, kognitio, mieliala ja käytöshäiriöt, pidätyskyky, ihon- ja jalokojenhoito toimenpiteineen, hampaisto, ravitsemus, aistit, kommunikaatio, lääkitys, diagnoosit, oireet, psykososiaalinen hyvinvointi, vireystila ja aktiivisuus, traumat sekä erikoishoidot ja ohjelmat. Hoitajat tekevät RAI-arvioinnin asiakkaasta havainnoimalla ja haastatteleamalla asiakasta ja hänen omaistaan. RAI-järjestelmästä on helppokäyttöinen atk-sovellus, joka tuottaa asiakastasolla palautteen keskeisistä mittareista hoidon suunnittelua varten.

RAI-järjestelmää voidaan käyttää ja hyödyntää asiakas-/potilas- ja osastotasolla hoitotyössä, osastojen toiminnan laadun ja tuottavuuden arvioinnissa, pitkäaikaishoidon maksuperusteena sekä yleisemminkin hallinnossa, tutkimuksessa ja tilastoinnissa.

RAI-tietojen käyttö hoito- ja palvelusuunnitelmassa

RAI-tietojärjestelmän keskeisin osa on Resident Assessment Protocols, RAPs (hoidon suunnittelun apuväline). RAP on eräänlainen hälytyslista, joka varoittaa mahdollisista asiakkaalla ilmenevistä ongelmista, mutta se tuo myös esiin asiakkaan yksilöllisiä vahvuuksia ja mieltymyksiä, joiden varaan on hyvä rakentaa hoitosuunnitelma. RAP:n avulla luodaan kehykset yksittäisen asiakkaan hoitosuunnitelmalle. Se auttaa hoidon kohdistamisessa avainongelmiin ja toisaalta varmistaa, etteivät vähemmän kiireiset mutta kuitenkin tärkeät hoitoon vaikuttavat yksityiskohdat jää huomiotta (esim. kaatumisen tai painehaavojen uhka). Hoitosuunnitelmaa tukevat muut mittarit, kuten dementia (CPS), fyysinen toimintakyky (ADL ja Hierarkkinen ADL), masennusoireet, käytösoireet, sosiaalinen osallistuminen ja diagnoosit. Hoidon vaikuttavuutta voidaan seurata useilla mittauksilla sekä hoidon laatuindikaattoreita tarkastelemalla.

Käyttökokemus

RAI-järjestelmä on käännetty 20 eri kielelle ja se on käytössä useissa maissa joko lakisääteisenä tai tutkimuskäytössä. Laitoshoidon RAI-versio on lakisääteisenä käytössä USA:ssa, Kanadassa ja Islannissa. Suomessa vuoden 2000 “RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking-pilotti” -hankkeeseen osallistui 83 pitkäaikaishoito-osastoa 3 kunnasta. Vuonna 2001 hanke laajentui ja mukaan tuli uusia osallistujia. Kokonaihoitopaikkamäärä on 4 100, ja osastoja on mukana 150 kaikkiaan 13 kaupungista. Vuodelle 2002 otetaan taas mukaan uusia osallistujia. Osallistujia on ollut palvelutaloista, vanhainkodeista ja terveyskeskussairaaloista. Kotihoidon RAI-järjestelmästä on tekeillä esitutkimus, jossa testataan lomakkeen käännöksen ja atk-sovelluksen toimivuus. Vuonna 2002 aloitetaan hankkeessa laajempi pilotti. Kotihoidon RAI-järjestelmässä on myös meneillään 11 Euroopan maan tutkimushanke. Akuuttihoiton RAI-järjestelmästä on meneillään yhteispohjoismainen tutkimushanke.

Menetelmän arviointia

RAI:n luotettavuus ja pätevyys (reliabiliteetti ja validiteetti) on testattu ja todettu hyväksi useissa eri maissa, myös Suomessa. RAI-järjestelmä asettaa asiakkaiden hoidon tarpeen arvioinnin samalle viivalle ja tukee hoitajia hoitosuunnitelmien teossa ja arvioinnissa.

Lisätietoja:

Anja Noro
Projektipäällikkö
Stakes
PL 220, 00531 Helsinki
(09) 396 71 (vaihde)
anja.noro@stakes.fi

Lisätietoa myös: <http://www.stakes.fi/finrai>

RAVA-indeksi sekä hoito- ja palvelusuunnitelma

RAVA-indeksi on vanhuksen avun tarpeen ja toimintakyvyn mittari. Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimintakyvyllä tarkoitetaan tavallisesti kykyä selviytyä päivittäisissä perustoimissa ja arkirutiineista. Käsitteeseen sisältyvät fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. RAVA-indeksi on kehitetty perinteisten toimintakykyä, muistitoimintoja ja mielialaa mittaavien menetelmien pohjalta. Arviota varten kerätään tietoa muun muassa fyysisestä toimintakyvystä, muistista ja psyyken häiriöistä. Indeksini minimi on 1,29 ja maksimi 4,02. Mitä suuremman arvon asiakas saa, sitä suurempi on hoidon ja hoivan tarve. Indeksini avulla voidaan arvioida yksittäisen vanhuksen toimintakykyä ja sitä kautta avun, kuntoutuksen ja palvelun tarvetta esimerkiksi seuraavasti:

RAVA-indeksi	Hoidon tarve	Viitteellinen hoitosuositus: ensimmäinen vaihtoehto on ensisijainen, esimerkkinä Helsinki
1,29–1,49	Satunnainen	Itsenäisesti tai omaisen avulla kotona
1,50–1,99	Tuettu	Kotihoito/tehostettu palveluasuminen erityistilanteissa
2,00–2,49	Valvottu	Tehostettu kotihoito/tehostettu palveluasuminen
2,50–2,99	Valvottu	Tehostettu palveluasuminen/vanhainkoti/tehostettu kotihoito
3,00–3,49	Tehostettu	Vanhainkoti/terveyskeskussairaala/tehostettu kotihoito
3,50–4,02	Täysin autettava	Terveyskeskussairaala/vanhainkoti/tehostettu kotihoito

Toimintakyky arvioidaan, kun vanhus hakee ensimmäistä kertaa hoitoa tai palveluja, kun hoitomuoto vaihtuu tai kun toimintakyvyssä huomataan muutosta. Muutoin arvio tehdään säännöllisesti esimerkiksi kaksi kertaa vuodessa. Arvion tekee omahoitaja tai hoitaja, joka parhaiten tuntee potilaan. Jotta tuloksia voidaan pitää luotettavina, tulisi saman hoitajan tehdä arvio.

RAVA-indeksin käyttö hoito- ja palvelusuunnitelmassa

Toimintakyvyn arviointi on lähtökohta hoidon ja palvelujen suunnittelussa. Arvioinnin tuloksena syntyy käsitys siitä, mitkä ovat henkilön omat voimavarat, mihin hän tarvitsee apua ja missä hän suoriutuu itsenäisesti. Tämän jälkeen voidaan tehdä konkreettiset ja selkeät hoidon ja palvelun tavoitteet. RAVA-indeksin arvo, päiväys ja tekijän nimi kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Mukaan liitetään RAVA-arviointilomake, jonka avulla voidaan tarkistaa, missä toiminnossa henkilö tarvitsee apua ja missä hän selviytyy itse. Mikäli RAVA-indeksin lisäksi on tehty laajemmat muisti- ja mielialatestit ja tutkittu muita toimintakyvyn vaikuttavia tekijöitä, merkitään ne tiedostoon samaan yhteyteen. Toimintakyvyn arvioita varten on hoito- ja palvelusuunnitelmassa hyvä olla oma kohtansa, josta tiedon tarvittaessa löytää helposti.

Menetelmän arviointia

Vanhuksen avun tarpeeseen vaikuttavat monet muut seikat, mm. sairaudet, yksin asuminen, puutteelliset asuinolosuhteet sekä omaisten ja muiden tukihenkilöiden puute. RAVA-indeksiin ei sisälly näitä koskevia osia. Myöskään vanhuk- sille yleinen turvattomuuden tunne ei siinä tule esille. Kun RAVA-indeksin lisäksi huomioidaan muita avuntarpeeseen vaikuttavia tekijöitä, saadaan kattava arvio vanhuksen palvelutarpeesta. Mikäli muistitoiminnoissa ja mielialassa on normaalista poikkeavaa, suositellaan tehtäväksi jokin laajempi näitä kartoittava testi (mm. MMSE, CERAD, GDS).

Käyttökokemuksia

RAVA-indeksi on työväline, jota voidaan käyttää sekä avo- että laitoshoidossa. Siitä saatava tieto on arvokas muiden asiakastietojen ohella, silloin kun vanhukselle valitaan tarkoituksenmukaista hoitopaikkaa mm. SAS- työryhmissä. Indeksien käyttö lisää myös asiakkaan oikeusturvaa, koska tehdyt ratkaisut voidaan perustella. RAVA-indeksiä voidaan käyttää hoitoyksikköjen vertailuun. Yksikön asiakkaiden RAVA-indeksien keskiarvo osoittaa, kuinka vaikeahoitoisia asukkaat ovat. Keskiarvoja vertailemalla voidaan todeta, onko vanhuksia sijoitettu hoitoyksiköihin tarkoituksenmukaisesti siten, että hoidon tarpeeseen pystytään vastaamaan riittävällä henkilöstömäärällä. Keskiarvojen vertailussa voidaan saada selville myös se, onko kunnan

palvelurakenne vanhustenhuollossa halutun suuntainen. RAVA-indeksiä on käytetty apuna henkilöstötarpeen arvioinnissa mm. Helsingissä ja Jyväskylässä. Sitä on käytetty myös vanhustenhuollon strategioiden suunnittelun ja seurannan yhteydessä.

Lisätietoja:

Leena Valtonen
Tuotepäällikkö
Suomen Kuntaliitto
PL 200, 00101 Helsinki
Puh. (09) 771 2606
leena.valtonen@kuntaliitto.fi

5 Erityiskysymyksiä asiakaskohtaisia suunnitelmia laadittaessa





Seuraavaan on koottu kaksi keskeistä erityisteemaa ikäihmisten toimintakyvyn ja elämänlaadun näkökulmasta. Nämä ovat ravitsemus ja suun hyvinvointi.

Viimeaikainen erityisesti kansainvälinen tutkimus osoittaa ravitsemuksen suuren merkityksen ikäihmisten hyvinvoinnin, elämänlaadun ja toimintakyvyn säilyttämisessä. Suun hyvinvointi on puolestaan edellytys ruokailun ja ravitsemuksen laadulle.

Ravitsemus

H hyvä ravitsemustila on erityisesti ikäihmisen toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja hyvän olon perusedellytys. Hyvällä ravitsemuksella tuetaan jaksamista. Samalla ehkäistään tai siirretään monien sairauksien syntymistä, tuetaan kuntoutumista ja sairauksista toipumista tai niiden kanssa selviytymistä. Kannustaminen ruoanvalmistukseen osallistumiseen ja omatoimisuuteen ruokailussa sillä osin kuin se kulloinkin on mahdollista tukee asiakkaan toimintakyvyn säilymistä, vireyttä, ylläpitää hyvää ruokahalua ja tuo mielekkyyttä ihmisen arkeen. Maittava ruoka ja miellyttävät ruokailutilanteet ovat ihmiselle ilo ja nautinto.

Hyvän ravitsemuksen turvaaminen edellyttää, että asiakkaalla itsellään, hänen läheisillään ja häntä hoitavilla ammattihenkilöillä on riittävät tiedot ikäännyttymisen vaikutuksista ravinnontarpeeseen. Henkilöstö tarvitsee taidot jokapäiväisen ravitsevan ruoan koostamiseen ja menetelmät, joilla seurata asiakkaiden ravitsemustilaa. Lisäksi tarvitaan tietoa ravitsemispalveluiden mahdollisuuksista. Jos asiakkaan omat voimavarat huolehtia riittävästä ruokailusta ovat ehtyneet, hän tarvitsee välittömän tuen ja avun. Asiakkaalla on oikeus saada arvio ravitsemustilastaan ja tarpeelliset tiedot ruokavaliostaan. Tarvittaessa hänelle annetaan yksilöllistä ohjausta ja tukea riittävään ja monipuoliseen syömiseen.

Asiakkaan ruokatalouden hoidon ja ravitsemustilan arviointi

Asiakkaan ruokatalouden hoito ja ravitsemustila sekä ravitsemushoidon tarpeet selvitetään aina osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Ravitsemushoito käsittää ruokailun ja ravitsemustilan arvioinnin, ravitsemispalvelujen järjestämisen, ruokailun toteuttamisen, tarvittaessa ravitsemushoidon tehostamisen, ohjauksen ja näiden seurannan.

Asiakkaan kanssa keskustellen arvioidaan hänen selviytymistään ruokatalouden hoidosta, johon kuuluvat ruokaostosten teko, ruoanvalmistus, ruokailutilanne ja syöminen sekä keittiöhygienian ylläpito. Asiakkaan omista kokemuksista ja käsityksestä tilanteesta, omaisten välittämästä tiedosta sekä ammattihenkilön tekemistä havainnoista ja arvioista saadaan riittävät esi- ja tilannetiedot. Ruokatalouden hoidon tavoitteista ja toimenpiteistä sovitaan yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen mieltymyksiään kuullen ja itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen.

Syömistä ja nesteen saantia arvioidaan selvittämällä päivittäinen aterioiden ja juomien määrä ja laatu. Asiakkaan ruokailua voidaan arvioida eri menetelmillä. Työntekijöiden kesken tulee sopia eri tilanteisiin sopivin arviointimenetelmä eli käytetäänkö asiakkaan haastattelua, ruokailun havainnointia, kyselylomakkeita, ravintoanamneesia vai ruokapäiväkirjaa. Syötyjen ruokien ja nesteiden saannin määrää verrataan niistä annettuihin suosituksiin.

Ravitsemustilaan vaikuttavat monet tekijät, kuten asiakkaan yleiskunto, ruokahalu, sairaudet, lääkitys, erityisruokavaliot, hampaiden kunto, nielemiskyky ja ruoansulatuskanavan toiminta. Karkea arvio asiakkaan ravitsemustilasta saadaan, kun selvitetään viimeisen kolmen kuukauden ajalta paino, painoindeksi (BMI), niiden muutokset sekä ruokahalussa mahdollisesti tapahtuneet muutokset. Monet ikäihmiset ovat lihavia ja silti heillä voi olla ravintoainetason puutoksia.

Ikääntyneiden asiakkaiden ravitsemustilan arviointiin ja aliravitsemuksen seulontaan on kehitetty MNA-menetelmä (Mini Nutritional Assessment). Sen avulla on helppo arvioida, onko ikäihmisen ravitsemustila hyvä vai onko hänellä virhe- tai aliravitsemuksen vaara tai jo kehittynyt virhe- tai aliravitsemustila. Tutkimusten mukaan menetelmä on luotettava ja se soveltuu käytettäväksi yli 65-vuotiaille.

Asiakkaan ruokatalouden hoidosta, syömisestä ja ravitsemustilasta alkutilanteessa tehdyt arviot kirjataan hoitosuunnitelmaan seuranta varten.

Ikäihmisen hyvä ravitsemus turvataan monipuolisella, maistuvalla ruoalla, joka on suunniteltu ikäihmisten tarpeiden ja mieltymysten mukaan tutuista ruoka-aineista. Ruokailutilanteet ja ruokailuympäristö järjestetään asiakkaalle sopivaksi, omatoimisuutta tukevaksi ja viihtyisäksi. Jos ruokatalouden hoidossa ilmenee vaikeuksia, on asiakkaalle järjestettävä tarpeelliset apuvälineet sekä tarvittava apu ja aika.

Hyvän ravitsemuksen turvaamisen keinot:

- liikunta ja ulkoilu, vähäinkin, lisäävät ruokahalua
- säännöllinen ateriointi yksilöllisen vuorokausirytmien mukaan ja joustavat ruoka-ajat

- hyvää, maittavaa ruokaa ja juomia riittävästi aterioilla ja välipaloilla asiakkaan tarpeiden mukaan
- jos ruokahalu on huono tai syöminen muutoin jää niukaksi, tarjotaan toiveruokia ja -välipaloja
- ruoan rakenteen muuttaminen (esimerkiksi sosemaista ruokaa) tai erityisruokavalio yksilöllisen tilanteen mukaan
- kliinisiä ravintovalmisteita ja vitamiini- tai kivennäisainevalmisteita yksilölliseen tarveharkintaan perustuen.

Asiakkaalle ja hänen ruokailusta vastaaville läheisilleen annetaan yksilöllistä ravitsemusohjausta tarpeen mukaan. Ohjaustilanteessa kuunnellaan asiakkaan tarpeita ja ohjaus sovitetaan asiakkaan olosuhteisiin. Iäkkään henkilön ravitsemushoidon toteuttaminen edellyttää hyvää ja saumatonta yhteistyötä kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja ruokapalvelun kesken. Vanhusten ravitsemushoidon kehittämisessä ja henkilöstön kouluttamisessa käytetään ravitsemusterapeuttien palveluja. Ravitsemushoitosuunnitelman kirjaamisesta, ruokapalvelujen järjestämisestä ja seurannasta vastaa omatyöntekijä.

Seuranta

Ravitsemushoidon seuranta ja arviointi ovat osa hoito- ja palvelusuunnitelman toteuttamista. Asiakkaan ruokatalouden hoitoa, syömistä ja ravitsemustilaa seurataan yksilöllisesti tehdyn suunnitelman mukaan. Asiakkaan omat kokemukset ja antama palaute ovat tärkeä osa arviointia. Esille nouseviin ravitsemuspulmiin tartutaan herkästi ja etsitään yhdessä asiakkaan kanssa uusia toimivia ratkaisuja ja ravitsemushoitosuunnitelmaa korjataan tilanteen edellyttämällä tavalla. Ravitsemustilan seurannassa painon punnitsemista suositellaan vähintään kerran kuukaudessa. MNA-arviointi tehdään noin kolmen kuukauden välein, jos asiakkaalla on aliravitsemustila tai sen vaara. Seurantatiedot kirjataan hoitotietoihin.

Ikäihmisten ravitsemuksen ja ruokailutilanteiden parantamiseksi ja kehittämiseksi on olemassa lukuisia hankkeita. Jyväskylän kaupungin ravitsemushoidon laatuhankeissa, johon osallistui sekä vanhainkodit että sairaala tuotettiin ravitsemuskäsikirja, yhtenäinen ravitsemushoito ja –seurantakäytäntö sekä asiakaspalautejärjestelmä. Hankkeessa luotiin myös toimintakäytännöt, jotka mahdollistivat ravitsemusterapeutin palvelut sekä asiakkaille että henkilöstölle. Valkeakosken ravitsemusprojektissa kehitettiin kotihoidossa olevien vanhusten ravitsemushoitoa yhteistyössä henkilöstön kanssa. Erityisesti panostettiin henkilöstön kykyyn tunnistaa asiakkaiden aliravitsemus ja taitoon ehkäistä sen syntyminen.

Hoito- ja palvelusuunnitelma, ruokapalvelut sekä ravitsemus

Hoito- ja palvelusuunnitelma

Asiakkaaksi tulo

- Selvitetään ruokatalouden koko ja siinä ilmenevä pulmat sekä tuen ja ruokapalvelujen tarve.
- Selvitetään asiakkaan mahdollinen ravitsemushoidon tarve.
- Selvitetään asiakkaan toiveet ja odotukset.

Tehostetun ravitsemushoidon tarpeen arviointi

- Selvitetään asiakkaan ravitsemustila: paino, painoindeksi, ruokahalu ja niiden muutokset viimeisen 3 kk:n ajalta, syöminen ja nesteiden nauttiminen ja erityisruokavaltion tarve sekä asiakkaan oma käsitys tilanteesta.
- Selvitetään yleiskunto, sairaudet, lääkkeet, hampaiden kunto, nielimiskyky ja ruoansulatuskanavan toiminta.
- Annetaan asiakkaalle tietoa hänen ravitsemustilastaan ja -hoidon tarpeesta.

Neuvotteluvaihe

- Sovitaan ruokapalveluista ja niiden toimittamisesta. Keskustellaan kustannuksista.
- Sovitaan yhteyshenkilöistä ja aikatauluista.
- Sovitaan keinoista ja tukipalveluista, jotka tarvitaan ravitsemustilan korjaamiseksi.
- Kirjataan ravitsemushoitosuunnitelma.

Toimintavaihe

- Huolehditaan tarvittavista ruokapalveluista ja sovittujen palveluiden saamisesta (esim. rav.terap.). Huolehditaan viestien kulkemisesta.
- Ohjataan riittävään ja monipuoliseen ruokailuun ja nesteiden nauttimiseen.
- Opastetaan ja kannustetaan yksilöllisen erityisruokavaltion toteuttamisessa.

Seuranta

- Seurataan ruokapalvelujen toteutumista ja asiakkaan ruokailua ja tyytyväisyyttä.
- Seurataan ravitsemustilaa (paino 1 x kk, muu arviointi noin 3 kk:n välein).

Arviointi

- Arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa yksilöllisen suunnitelman toteutumista ja sen vaikutuksia syömiseen ja ravitsemustilaan. Tehdään tarvittaessa muutoksia jatkosuunnitelmaan.

Ruokapalvelut ja ravitsemushoito

- **Sopiminen (tieto) ruokapalveluista ja niiden toteuttamistavasta.**
- **Ravitsemushoidon tarpeen, mahdollisuuksien, keinojen ja palvelujen tuntemus.**
- **Sovittu ravitsemushoidon hoitoketju ja hoito-ohjelmat.**
- **Viestintä palvelun tuottaja – asiakas – työntekijä.**

Ravitsemushoidon palvelut

- Oma työntekijä: ruokatalouden hoidon selvittely ja ravitsemustilan alkuarviointi, tavallisten ravitsemuspulmien ratkaiseminen, riittävään ja monipuoliseen syömiseen ja nesteiden nauttimiseen kannustaminen.
- Oma lääkäri: sairauden hoitoon liittyvän ravitsemushoidon tarpeen määrittely ja jatkohoitoon ohjaaminen, ali- ja vajaaravitsemustilan lääketieteelliset selvittelyt.
- Ravitsemusterapeutti: ali- ja vajaaravitsemustilan selvittely ja hoito sekä muut ravitsemuksen erityistietoja ja -taitoja vaativat tilanteet.

Keinot hyvän ravitsemuksen turvaamiseksi

- Säännölliset ateriat, joustavat ruoka-ajat.
- Hyvää, maittavaa, yksilölliset tarpeet huomioon ottavaa ruokaa ja juomaa.
- Toiveruoat ja välipalat.
- Erityisruokavaliot.
- Kliiniset ravintovalmisteet.
- Yksilöllinen tilanteen vaatima ravitsemusohjaus.

Ruokapalvelujen ja ravitsemushoidon toteuttaminen

- Ruokapalvelut ja ravitsemushoito kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Seuranta kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelmaan

- Sovitut seuranta-toimenpiteet.
- Ruokailun ja ravitsemustilan säännöllinen suunnitelman mukainen arviointi.
- Hoitoketjun toimintojen toteutumisen seuranta.

Arviointi ja palaute

- Asiakkaan ja omaisten kokemukset.
- Yhteyksien, yhteistyön ja hoitoketjun toimivuus.
- Palaute hoidon toteuttamisesta.
- Hoidon vaikutusten arviointi ja muutostarpeet.

Lisätietoja:

Arja Lyytikäinen
Ravitsemussuunnittelija
Jyväskylän kaupunki
Puh. (014) 626 037
e-mail: arja.lyytikainen@jkl.fi

Ulla Siljamäki-Ojansuu
Johtava ravitsemussuunnittelija
TAYS
Puh. (03) 247 7680
e-mail: ulla.siljamaki-ojansuu@pshp.fi

Ikääntyvän suun hyvinvointi

Suun hoito ja suun terveydentilan ylläpitämiseksi tarpeellinen hoito ovat osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Suun ja hampaiden terveydellä on suuri vaikutus siihen, miten ikääntyvä voi syödä, juoda ja ilmaista itseään ja toiveitaan. Hyvällä suun kunnolla voidaan merkittävästi edistää ikääntyvän toimintakykyä.

Asiakkaaksi tulo

Yleisimmät suusairaudet, kuten hampaiden reikiintyminen ja ientulehdukset ovat kroonisia, hitaasti eteneviä tauteja, jotka eivät useinkaan aiheuta oireita suussa. Niitä voidaan helposti ehkäistä päivittäisellä suuhygienialla.

Asiakkaaksi tulovaiheessa selvitetään aikaisemmat suun hoito- ja puhdistustottumukset, hammashoidon säännöllisyys, hammasproteesin käyttö sekä käytössä olevien lääkkeiden sivuvaikutukset. Monet sairaudet ja toimintakyvyn heikkeneminen vaikuttavat myös siihen, miten suun hoitoa on tarkoituksenmukaisinta toteuttaa. Suun hoidon palvelujen tarpeen arviointia varten on oheiseen liitteeseen koottu keskeisiä kysymyksiä, joiden tulosten perusteella voidaan sopia suun hoitopalvelujen järjestämisestä suunhoitoyksikössä.

Neuvotteluvaihe

Neuvotteluvaiheessa selvitetään asiakkaan omat toiveet ja odotukset hoitopalvelujen järjestämisestä. On tärkeää myös keskustella ja sopia hammashoidosta syntyvien kulujen suuruudesta ja maksumenettelystä. Hoidon kustannusarvio tarvitaan keskustelujen pohjaksi.

Toimintavaihe

Toimintavaiheessa arvioidaan asiakkaan mahdollisuudet käyttää palveluja. Esimerkiksi saattajaa voidaan tarvita hammashoitolaan hakeutumiseksi. Suun hoitotilanteeseen on myös hyvä etukäteen valmistautua.

Palaute ja seuranta

Viestintä palvelujen tuottajan, asiakkaan ja ikääntyneiden lähellä työskentelevien välillä on tärkeää. Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma parantaa tiedonkulkua ja tukee iäkkään omatoimista selviytymistä sekä kertoo muutoksista esimerkiksi suun kunnossa. Tämä mahdollistaa tarpeenmukaisen ja ennakoivan puuttumisen. Näin voidaan tarvittaessa myös nopeasti reagoida muutoksiin ja korjata ne.

Hyvän suun terveyden ja toiminnan turvaamisen keinot:

- suun kunto tutkitaan säännöllisin väliajoin ja arvioidaan suun kunnossa tapahtuvia muutoksia
- suun hygieniasta huolehditaan ja tuetaan itsehoitoa
- kotihoitovälineet on valittu yksilöllisesti ja ne ovat käytössä sopivat
- päivittäistä suun hygienian toteutumista arvioidaan säännöllisesti
- suun hoitopalveluista on tietoa ja niiden järjestämisestä on sovittu.

Ravinnon merkitys suun terveyteen

Vanhemmiten ruokailun merkitys yhtenä elämän perusnautinnoista korostuu. Makuelämykset tuovat ikääntyneelle suuria mielihyvän tunteita ja palauttavat mieliin aikaisemmin koettuja miellyttäviä hetkiä. Sama ruokavalio, mikä on yleisterveyden kannalta terveellistä, on myös hampaille terveellistä. Suun lihasaktiiviteetin ylläpito pureskelemalla on tärkeää, sillä pureskelutoiminta pumppaa ja levittää sylkeä suussa. Usein kuitenkin iäkkäät valitsevat pehmeämpää ja helpommin syötävää ravintoa. Suun motoriikan hidastuessa ruuantähteitä jää helpommin huulipoimuun ja hammasväleihin. Syljellä on tärkeä merkitys suunterveyden kannalta. Monilla vanhuksilla syljen erityis huononee tai sitä ei ole ollenkaan esimerkiksi lääkkeitä ja sairauksista johtuen. Siksi riski hampaiden reikiintymiseen kasvaa vanhuksilla. Hyvä tapa on lopettaa ateria vesilasilliseen, joka huuhtoo suuta puhtaaksi. Sokeria sisältävät juomat ja tiheästi nautitut ylimääräiset makeat välipalat lisäävät hampaiden riskiä reikiintyä erityisesti vanhuksilla, joilla hampaiden juurenpinnat ovat usein paljastuneet. Ruokajuomana sokeria sisältäviä mehuja voi hyvinkin käyttää. Kuitenkin yöaikaan, kun syljen erityis on hidastunut, sokeripitoisista juomista tulisi kokonaan luopua ja juoda ja kostuttaa suuta vedellä. Vesi on muutoinkin paras vaihtoehto aterioiden välillä. Ateriointi voidaan päättää ksylitolipastilliin tai -purukumiin.

Ehkäisevällä hoidolla ja suun puhdistuksella tuloksia

Päivittäinen suun hoito on tärkeää. Nykyään yhä useammalla ikääntyvällä on omat hampaat. Ikääntyneen kyky omatoimiseen hampaiden hoitoon tulee aina selvittää. Kunnolliset suun puhdistusvälineet ovat tarpeen. Välineiden sopivuus sekä käyttökelpoisuus on myös tarkistettava aika ajoin. Fluoripitoiset hammastahnat tarjoavat suojaa hampaiden reikiintymistä vastaan. Joskus tarvitaan myös lisäfluorivalmisteita lisäämään suojaa hampaille. Erityisesti näin on, jos ikääntyneen kunnossa tapahtuu muutoksia tai hän on lääkekuurilla, joka vähentää syljeneritystä.

Ikääntyminen tuo mukanaan muutoksia, kuten väsymistä, motoriikan heikentymistä tai hidastumista, jotka saattavat vähentää kykyä ja haluakin suun puhdistuksesta huolehtimiseen. Käytössä olevat lääkkeet voivat vaikuttaa syljenerityksen vähenemiseen, joka puolestaan aiheuttaa kasvaneen riskin hampaiden reikiintymiselle. Ikääntyneillä on usein sairauksia, jotka vaikuttavat suun kuntoon ja voivat vaikeuttaa suun puhdistamista. Tällaisia sairauksia ovat mm. dementia, Parkinsonin tauti, reuma- ja syöpäsairaudet ja diabetes. Masennus voi tuoda myös mukanaan haluttomuutta huolehtia suun puhdistamisesta.

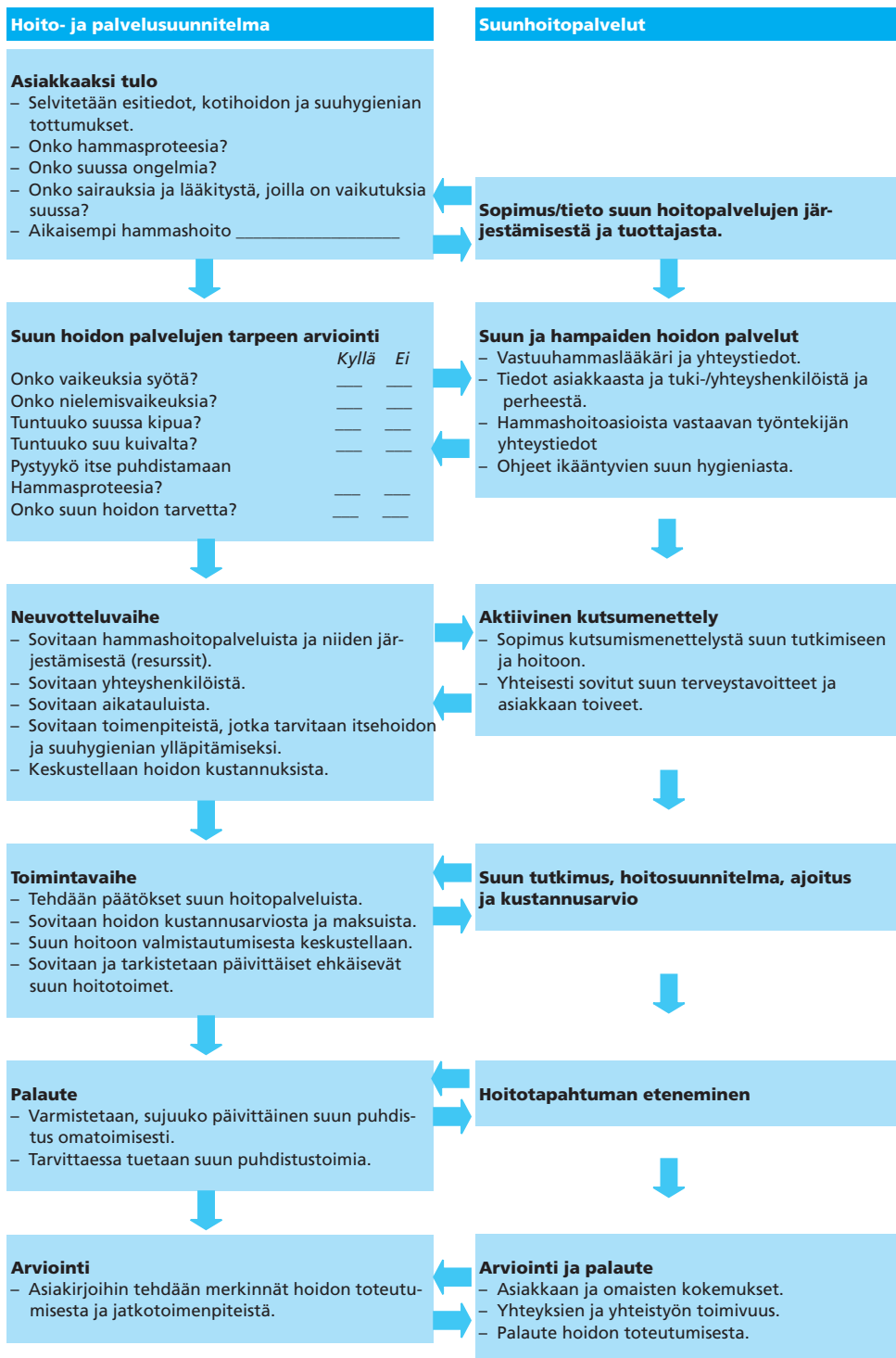
Monella on käytössä huonosti istuvat irtoproteesit, ja proteesistomatiitti on yleinen vaiva. Jos irtoproteesia ei päivittäin huolella puhdisteta, sen pinnalle kasvaa nopeasti runsas bakteeri- ja sienikasvusto. Proteesin pinnalla asuvat mikrobit voivat aiheuttaa proteesin alla olevassa limakalvossa tulehduksen, ns. proteesistomatiitin. Proteesistomatiitti tulee erityisen helposti potilaille, joilla syljeneritys on vähäistä ja suu on hyvin kuiva. Syljen monet antibakteriellit aineosat parantavat suun limakalvoja. Siksi onkin erityisen tarpeellista ottaa proteesit päivittäin pois suusta pariiksi tunniksi. Niitä ei pidä panna vesilasiin siksi aikaa, vaan ne pestään ja annetaan kuivua sienien hävittämiseksi.

Tavoitteena on edistää ja ylläpitää ikääntyvien suun terveyttä ja näin lisätä heidän toimintakykyään ja elämänsä laatua. Tavoitteeseen päästään kannustamalla iäkkäitä ja hänen omaisiaan sekä hoitavaa henkilöstöä huolehtimaan suun, hampaiden ja proteesien hoidosta.

Lisätietoja:

Kehittämispäällikkö Anne Nordblad
puh. (09) 3967 2288
Stakes
anne.nordblad@stakes.fi

Suun terveydenhoito osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa



Liitteet





Asiakaskohtaisen hoito- ja palvelusuunnitelma-asiakirjan sisältöjä

Asiakaskohtainen hoito- ja palvelusuunnitelmakansio (ks. kohta Jalasjärven hoito- ja palvelusuunnitelmakansio, s. 51) tai asiakkaan Oma kirja (ks. esim. Koskinen ym. 1998, 83) voivat muodostua kokonaisuudesta, joka sisältää paitsi varsinaisen hoito- ja palvelusuunnitelman (ks. kohta Sopimisen vaihe, s. 42), myös erilaisia paikallisia tai työyhteisössä sovittuja sekä asiakkaan itsensä valitsemaa henkilökohtaisia osia. Hoito- ja palvelusuunnitelma voi olla myös asiakkaan portfolio, joka rakentuu palveluprosessin eri vaiheissa asiakkaan itsensä ohjaamana.

Seuraava luettelo on koottu eri puolilla Suomea käytössä olevista asiakasasiakirjoista. Kaikissa niissä on asiakaslähtöinen näkökulma, mikä merkitsee myös käytetyn kielen minä-muotoa. Siten asioita tarkastellaan asiakkaan näkökulmasta. Hän on toiminnan subjekti. Kyse on myös ns. voimavarakielestä, jossa mahdollisuudet ja hyvät asiat otetaan myönteisesti asiakkaan voimavaroina käyttöön (ks. Koskinen ym. 1998, 68–72, Printel 1998).

- Henkilötietoni ja läheisteni yhteystiedot.
- Säännöllinen lääkitykseni sekä ohjeet ja tiedot tarvittaessa käyttämistäni lääkkeistä.
- Suostumus tietojeni kirjaamisesta ja käyttöoikeudesta hoitoani suunniteltaessa ja toteutettaessa sekä sopimus tietojeni säilytyspaikasta ja muodosta. Toiveeni tietojeni säilyttämisestä tai hävittämisestä, kun en enää itse niitä tarvitse.
- Minua ja asioitani hoitavat työntekijät ja heidän yhteystietonsa sekä kuvaus avuntarpeestani kotona. Tiedot erilaisista säännöllisistä harrastuksistani esim. päiväkeskuksessa tai kulttuuririennoissa käyntini. Osallistumiseni erilaisiin kuntoutumisjaksoihin ja –projekteihin sekä kokemukseni niistä.
- Käytössäni olevat apuvälineet, niiden omistussuhteet sekä tiedot tarvitsemistani hoitotarvikkeista ja niiden hankintapaikoista.
- Eläkkeeni sekä haetut ja käytössäni olevat tuet (summat vain maksuista päättävän viranhaltijan käyttöön ks. kohta 2.4)

- Hoito- ja palvelusuunnitelmani (varsinainen hoito- ja palvelusuunnitelma)
 - toimintakyvyn sekä hoidon ja palvelujen tarpeen määrittäminen
 - voimavarojen määrittäminen omaiset ja muut tukiverkostot mukaan lukien
 - konkreetit ja selkeät tavoitteet hoidolle ja palvelulle asiakkaan hyvinvoinnin ja toimintakyvyn lisäämiseksi ja ylläpitämiseksi
 - hoitoon ja palveluun liittyvät toimenpiteet tavoitteiden toteuttamiseksi
 - yhteiset sopimukset ja mittarit, joiden avulla toteuttamista seurataan sovituisissa seurantapisteissä.
- Elämäni tärkeitä ja merkittäviä asioita ja tapahtumia.
- Toiveet tulevasta palvelusta ja hoidosta, jos olen huonokuntoinen enkä pysty itse ilmaisemaan tahtoani.
- Minun ja läheisten viestit.
- Minua hoitavien työntekijöiden viestit.
- Yhteenvedolomake suunnitelmani tarkistamisesta ja arvioinnista.

Esimerkkejä liitteistä:

- Asuntoni ja sen lähiympäristön kuvaus ja analyysi – alustava suunnitelma tarvittavista muutostöistä sekä kuvaus käytössäni olevista lähipalveluista ja tarvitsemistani henkilökohtaisista järjestelyistä.
- Käytössäni olevat toimintakykymittarit ja arviointilomakkeet – kuntoutu- missuunnitelmani tai kunto-ohjelmani pääpiirteet.
- Tiedot saatavillani olevista ateriapalveluista ja suositeltavista ruokailupaikoista.
- Tiedot alueeni liikunta- ja kuntopalveluista ja mahdollisuuksista.
- Kotivoimisteluohjeeni.
- Seurakuntani palvelut.
- Ohjeita lempiruokiani varten, jos en pysty itse ilmaisemaan tahtoani.

Hoito- ja palvelusuunnitelma sosiaali- ja terveysalan lainsäädännössä

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä on monia säännöksiä hoito- ja palvelusuunnitelmasta, joskin käytössä on useita nimiä, kuten huoltosuunnitelma tai kuntoutussuunnitelma. Lainsäädännössä ei ole yhteistä käsitteistöä.

Laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) säädetään, että sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta.

Lain 7 §:ssä säädetään lisäksi tavasta laatia suunnitelma: suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa ja asiakkaan ja hänen laillisen edustajansa tai asiakkaan ja hänen omaistensa tai muiden läheistensä kanssa, jos asiakas on alaikäinen, hänen toimivaltaansa on rajoitettu tai hän ei muusta syystä itse kykene näkemystään ja mielipidettään ilmaisemaan. Suunnitelman laatimisesta yhdessä asiakkaan ja/tai hänen edustajansa tai läheistensä kanssa voidaan poiketa vain jos yhdessä tekemiselle on ilmeinen este.

Tämä säännös kattaa kaikki sosiaalihuollon toiminnot ja velvoittaa myös yksityisiä palvelujen tuottajia. Asiakaslain voimaantumisen jälkeen voidaan sanoa, että kaikilla sosiaalipalvelujen asiakkailla on oikeus hoito- ja palvelusuunnitelmaan riippumatta palvelusta ja palvelun antajasta.

Erillisiä säännöksiä hoito- ja palvelusuunnitelmasta on edelleen useissa laeissa:

Sosiaalihuoltoasetuksen (607/83) 6 §:ssä todetaan edelleen, että asiakkaan sosiaalihuollon tarpeen arvioimiseksi ja avun saannin turvaamiseksi on yhdessä hänen kanssaan tarvittaessa laadittava huoltosuunnitelma.

Kotona annettavasta palvelusta laaditaan yhdessä palvelun käyttäjän kanssa palvelu- ja hoitosuunnitelma, johon tulee sisällyttää sekä kotipalvelu että kotisairaanhoido. Suunnitelma tarkistetaan tarvittaessa (asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3 §). Kotona annettavista säännöllisistä palveluista perittävä kuukausimaksu määräytyy suunnitelmaan kirjatun palvelumäärän perusteella. Tästä syystä palvelu- ja hoitosuunnitelmasta on kirjattu säännös asiakasmaksuja koskevaan asetukseen.

Omaishoidon tukea saavalle asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa määritellään hänelle annettavat palvelut. Tämä hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan yhdessä hoidettavan ja hoitajan kanssa. Suunnitelman tulee sisältää hoitajan antaman hoidon lisäksi hoidon turvaamiseksi tarvittavat muut palvelut sekä niiden määrä ja sisältö. Muilla palveluilla tarkoitetaan kotipalvelua, kotisairaanhoidoa sekä muita hoidettavan kannalta välttämättömiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Lisäksi suunnitelmasta tulee ilmetä, miten hoito järjestetään hoitajan vapaapäivien ja loman aikana. Suunnitelma liitetään hoitajan kanssa tehtävän sopimuksen liitteeksi. (ShL 27 § ja asetus omaishoidon tuesta 2 §).

Perhehoidosta kunnan ja perhehoitajan välillä tehtävään toimeksiantosopimukseen tulee liittyä suunnitelma perhehoidossa olevalle henkilölle ja perhehoitajalle järjestettävistä, hoidon toteuttamiseksi tarpeellisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista ja muista tukitoimista. Perhehoitajalaki (312/92) 4 §.

Asetuksessa **vammaisuuden perusteella** järjestettävistä palveluista ja tukitoimista säädetään palvelusuunnitelmasta (2 §). Palvelusuunnitelma laaditaan asiakkaan tarvitsemien palvelujen ja tukitoimien tarpeen selvittämiseksi yhdessä hänen ja hänen huoltajansa kanssa. Suunnitelman tulee tarvittaessa sisältää myös muita kuin vammaispalvelulaissa säädettyjä toimenpiteitä. Suunnitelman toteuttamiselle voidaan nimetä vastuuhenkilö. Suunnitelmaa tarkistetaan tarvittaessa.

Kansaneläkelaitoksen järjestämä **vaikeavammaisten lääkinnällinen kuntoutus** perustuu kuntoutujan hoidosta vastaavassa yksikössä kuntoutujan kanssa vähintään yhdeksi vuodeksi ja enintään kolmeksi vuodeksi tehtyyn kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. (Asetus kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta 1161/91, 3 §).

Asetuksessa lääkinnällisestä kuntoutuksesta (1015/91) säädetään, että kuntoutujalle laaditaan yhdessä hänen ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa kuntoutussuunnitelma. Suunnitelmassa määritellään tarpeelliset kuntoutustoimenpiteet ottaen huomioon sosiaalihuollon, työvoima- ja opetusviranomaisten sekä kansaneläkelaitoksen ja muiden kuntoutusta järjestävien tahojen palvelut ja yhteensovitetaan terveydenhuollon lääkinnälliset kuntoutuspalvelut näiden tahojen järjestämän kuntoutuksen kanssa. Kuntoutussuunnitelman toteutumista seurataan ja suunnitelmaa arvioidaan määräajoin. Lisäksi kuntoutujan kanssa sovietaan kuntoutumisen toteutumisen kannalta tarpeellisesta yhteydenpidosta. Tarvittaessa kuntoutujalle nimetään yhdyshenkilö. (5 §.)

Laissa kuntouttavasta työtoiminnasta (189/2001) edellytetään, että toiminnan piiriin tuleville henkilöille laaditaan aktivointisuunnitelma. Suunnitelman ovat velvollisia laatimaan työvoimatoimisto ja kunta yhteistyössä henkilön itsensä kanssa. Laissa säädetään aktivointisuunnitelman sisällöstä hyvinkin tarkoin (8 §). Aktivointisuunnitelmaan kootaan tietoja henkilön koulutuksesta ja työurasta, aikaisemmista työllistymistä tukevista toimenpiteistä sekä suunnitellut toimenpiteet. Mikäli aktivointisuunnitelmaan sisällytetään kuntouttava työtoiminta, määritellään siitä kirjattavaksi työtoiminnan kuvaus ja järjestämispaikka, toiminnan päivittäinen ja viikoittainen kesto, alkamisaika ja jakson pituus, muut henkilölle tarjottavat sosiaali-, terveys-, kuntoutus ja koulutuspalvelut sekä ajankohta, jolloin viimeistään arvioidaan kuntouttavan työtoiminnan vaikutuksia (9 §).

Jos **toimeentulotuen** tarve aiheutuu siitä, että henkilö ilman perusteltua syytä kieltäytyy tarjotusta työstä tai työvoimapolitiittisesta toimenpiteestä, joka kohtuullisen pitkän ajan turvaisi hänen toimeentulonsa tai jos hän laiminlyönnillään on aiheuttanut sen, ettei hänelle voida tarjota työtä, voidaan toimeentulotuen perusosaa alentaa. Tässä yhteydessä on mikäli mahdollista yhdessä asiakkaan kanssa ja tarvittaessa yhdessä työvoimaviranomaisten ja muiden viranomaisten kanssa suunnitelma itsenäisen suoriutumisen edistämiseksi. (Laki toimeentulotuesta 1412/97, 10 §.)

Päihdehuoltolain 16 §:n mukaisesti asiakkaalle on järjestettävä mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun, toimenpiteiden valintaan ja hoitoyhteisön toimintaan. Asiakkaan hoidossa ja hoidon aikana tulee ottaa huomioon myös hänen huollossaan olevan lapsen hoidon ja tuen tarve.

Kehitysvammaisten erityishuollon toteuttamiseksi on hyväksyttävä erityishuolto-ohjelma jokaista erityishuollon tarpeessa olevaa henkilöä varten. Erityishuoltopiirissä ohjelma on mahdollisuuksien mukaan laadittava yhteistyössä asianomaisen henkilön itsensä ja hänen edunvalvojansa tai muun huoltajansa sekä sosiaalilautakunnan kanssa. Erityishuolto-ohjelman hyväksyy erityishuollon johtoryhmä tai sen määräämissä rajoissa toimintayksikön johtaja. Kunnassa sosiaalilautakunta toimii erityishuoltoviranomaisena. Erityishuolto-ohjelma poikkeaa palvelusuunnitelmasta siinä, että se on virallinen päätös, johon asiakas tai hänen edustajansa voi hakea muutosta lääninhallituksessa. Erityishuolto-ohjelman lisäksi asiakkaalla voi olla palvelusuunnitelma, jossa tarkemmin määritellään hänelle järjestettävien palvelujen sisältö, tavoitteet ja niiden toteuttamistapa. Suunnitelmia ja erityishuolto-ohjelmaa tarkistetaan tarvittaessa.

Laissa **lasten päivähoidosta** (36/73) säädetään kuntoutussuunnitelmasta, joka laaditaan erityistä hoitoa ja kasvatusta tarvitsevalle lapselle kuntoutuksen yhteensovittamiseksi. Kuntoutussuunnitelma laaditaan yhteistyössä lapsen vanhempien ja tarpeen mukaan muun sosiaalihuollon, terveydenhuollon sekä koulutoimien kanssa. (7 a §.)

Lastensuojelulain 11 §:ssä säädetään, että perhe- ja yksilökohtaisessa lastensuojelussa on aina tehtävä huoltosuunnitelma ellei kyse ole tilapäisestä neuvonnasta ja ohjauksesta. Lastensuojeluasetuksen 4 §:ssä määritellään huoltosuunnitelma tarkemmin: suunnitelma laaditaan yhdessä asianomaisten kanssa, siihen kirjataan asiat ja olosuhteet, joihin pyritään vaikuttamaan sekä keinot ja arvioitu aika, jonka kuluessa tavoitteet pyritään toteuttamaan. Suunnitelmasta on käytävä ilmi, milloin sitä tarkistetaan. Kodin ulkopuolelle sijoitetun lapsen huoltosuunnitelman sisällöstä on lisäksi tätäkin tarkempia säädöksiä. Huoltosuunnitelmaa täydennetään tarvittaessa erillisillä hoito- ja kasvatussuunnitelmilla.

Yksityisten sosiaalipalvelujen on perustuttava sopimukseen tai hallinnolliseen päätökseen, johon tarvittaessa liittyy yhdessä asiakkaan tai hänen edustajansa kanssa laadittu palvelu-, hoito-, huolto-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma. (Laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta 603/96, 3 § 4 mom.)

Oppaan valmisteluun osallistuneet henkilöt ja tahot

Hoito- ja palvelusuunnitelmaoppaan valmistelusta vastaava työryhmä:

Ryhmäpäällikkö Riitta Haverinen, Stakes FinSoc, puheenjohtaja
Erikoissuunnittelija Eeva Päivärinta, Stakes, koordinaattori, kirjoitustyöstä vastaava
Ylitarkastaja Viveca Arrhenius, STM
Ylitarkastaja Sinikka Rokka, STM
sittemmin ylitarkastaja Hanna Nyfors, STM
Erityisasiantuntija Heli Sahala Suomen, Kuntaliitto
Erityisasiantuntija Eevaliisa Virnes Suomen Kuntaliitto

Tiedeyhteisöt:

Professori Juhani Lehto, Tampereen yliopisto
Professori Simo Koskinen, Lapin yliopisto
Tutkija Heli Valokivi, Tampereen yliopisto
Yliopistonlehtori Anni Vilkkö, Helsingin yliopisto
Tutkija Gustaf Molander, Helsingin yliopisto
Geriatrinen, tutkija Sirpa Hartikainen, Kuopion yliopisto

Stakes:

Tutkija Sirpa Andersson
Projektikoordinaattori Tuula Immonen
Tutkija Anne Kainlauri
Erikoissuunnittelija Sari Kauppinen
Lakimies Erkki Kemppainen
Kehittämispäällikkö, dos. Irma Kiikkala
Johtaja Tellervo Kling
Kehittämispäällikkö, LKT, dos. Simo Kokko
Kehittämispäällikkö Sirpa Kuusisto-Niemi
Tutkija Tuija Lindqvist
Kehittämispäällikkö Maisa Maaniittu
Projektipäällikkö Päivi Nurmi-Koikkalainen
Kehittämispäällikkö Anne Nordblad
Projektipäällikkö Anja Noro
Kehittämispäällikkö Olli Nylander
Kehittämispäällikkö Riitta Seppänen-Järvelä
Erikoistutkija Timo Sinervo

Suunnittelija Outi Töytäri
Tutkimusprofessori Marja Vaarama
Kehittämispäällikkö Päivi Voutilainen

Suomen Kuntaliitto:

Erityisasiantuntija Tupu Holma
Projektitutkija Hannele Häkkinen
Erityisasiantuntija Yrjö Lahtinen
Tuotepäällikkö Leena Valtonen

STM:

Ylitarkastaja Sinikka Rokka
TATO 3 seurantaryhmä

Satakunnan Makropilotin edustajat:

Projektipäällikkö Paula Asikainen
Kehittämispäällikkö Tuire Mikola

Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2001:

Pirkko Paavola, Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmän puheenjohtaja, terveyskeskushammaslääkäri, Jyväskylän terveyskeskus
Aira Lahtinen, Suomen Hammaslääkäriliitto, työryhmän sihteeri, kliinisen hammashoidon erikoishammaslääkäri, toimittaja
Anja Ainamo, geroprotetiikan ja geriatrisen hammashoidon professori, Helsingin yliopisto, Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia
Terttu Eerikäinen, hammashuoltaja, Lahden terveyskeskus, Suun Terveydenhoidon Ammattiliitto
Anja Eerola, erikoishammaslääkäri, varatoiminnanjohtaja, Suomen Hammaslääkäriliitto
Sinikka Huhtala, hallintotieteiden maisteri, erityisasiantuntija, Suomen Kuntaliitto
Anne Nordblad, dosentti, kehittämispäällikkö, Stakes
Seija Rantala, kliinisen hammashoidon erikoishammaslääkäri, Raahen seudun terveydenhuollon kuntayhtymä
Taina Remes-Lyly, vastaava hammaslääkäri, Kirkkonummi-Siuntion kansanterveysyön kuntayhtymä
Päivi Siukosaari, yksityishammaslääkäri, Asumispalvelukeskus Wilhelmiina, Helsinki, Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia

Järjestöjen edustajat:

Suunnittelija Anne Juntti, Vanhus- ja lähimmäispalvelunliitto
Toiminnanjohtaja Marja-Liisa Kunnas, Vanhus- ja lähimmäispalvelunliitto
Kehittämispäällikkö Hannele Kukkola, Vanhustyön keskusliitto
Toiminnanjohtaja Seija Leppälehto, Jyvä-Mikot ja Maijat
Projektityöntekijä Merja Suominen, Vanhustyön keskusliitto
Toiminnanjohtaja Kaija Viitakoski, Espoon lähimmäispalveluyhdistys

Valmisteluprosessin aikana järjestetyt foorumit:

Vuosina 2001 ja 2002 järjestettiin viisi foorumia, joissa oli hoito- ja palvelusuunnitelman asiantuntijoita noin 200 kunnista, tiedeyhteisöistä ja järjestöistä. Foorumien anti on huomioitu oppaan sisällössä.

Kuntien ja työelämän edustajat:

FK, sh Leena Aalto, Helsinki
Ylihoitaja Hellä Asumaniemi, Tampere
Ylihoitaja Marja Attila, Tampere
Projektipäällikkö Magnus Björkgren, Kokkola
Kotipalveluohjaaja Marianne Heinola, Mäntsälä
Kotihoidon koordinaattori Sirkka Karhula, Jyväskylä
Koulutuskonsultti Maj-Lis Kartano, Vantaa
Kehittämiskonsultti Upu Kiviharju-Rissanen, Helsinki
Vanhusten ja vammaisten neuvoja Raili Klemola, Kirkkonummi
Palveluesimies Merja Korpi, Tampereen kaupunki
Laatusuunnittelija Ritva Kuosmanen, Helsinki
Sosiaalijohtaja Tarja Laari, Lammi
Vanhainkodin johtaja Hannu Leino, Askola
Osastonhoitaja Taina Leino, Mäntsälä
Vanhustyönjohtaja Kirsti Leppä-aho, Karstula
Projektityöntekijä Anna-Liisa Leppänen, Jyväskylä
Kotisairaanhoidtaja Ansa Lindqvist-Bergheim, Helsinki
Ravitsemusterapeutti Arja Lyytikäinen, Jyväskylä
Osastonhoitaja Satu Meriläinen, Espoo
Kunnanjohtaja Kirsti Miettinen, Pylkönmäki
Kotipalvelujen esimies Leena Mikkonen, Utajärvi
Johtaja Paula Myllyvirta Annakoti, Mikkeli
Palveluesimies Leila Mäkinen, Tampereen kaupunki
Vanhustyön johtaja Helvi Mäyrä, Lammi
Sosiaalijohtaja Terttu Nordman, Jalasjärvi
Palveluesimies Riitta Palkinen, Tampereen kaupunki
Osastonhoitaja Päivi Porre, Tampereen kaupunki
Sairaanhoidtaja Helena Pöllänen, Kisko
Osastonhoitaja Kaarina Raivio, Kerava

TtM, ft, uroterapeutti Leena Saarela, Seinäjoki
Vanhustyönjohtaja Anneli Saarinen, Seinäjoki
Ylihoitaja Sirpa Seppänen, Espoo
Sosiaalihoitaja Eila Suosalo, Rovaniemi
Ravitsemusterapeutti Ulla Siljamäki-Ojansuu, Tampere
Kotisairaanhoidaja Jaana Suveri, Kisko
Vanhustyönjohtaja Pirkko Soidinmäki, Korpilahti
Ylihoitaja Sirkkaliisa Virtanen, Pirkkala
Ylihoitaja Pirkko Vuorinen, Muurame
Palveluyksikönpäällikkö Rauni Väänänen-Sainio, Oulu
Vanhustyön johtaja Tarja Westerlund, Pohja