



Liite 2.

Kangasniemen kotihoidon laadun arvioinnin kriteerit

1. Rakenteet	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Kotihoidon suunnitelmallisuus			
Vanhuspoliittinen strategia ja palvelurakenteen kehittämisohjelma ohjaavat kotihoidon kehittämistä.			
Kotihoidon kattavuustavoite on asetettu.			
Kotihoidolle on asetettu laadulliset tavoitteet.			
Suunnittelun ja toiminnan pohjaksi on kerätty riittävä tietoperusta. Esimerkiksi säännöllisesti kerätyt asiakaspalaukset, tiedot asiakkaiden toimintakyvystä, toteutuneet tuntimäärät ja asiakasmäärät vuodessa ikäryhmittäin.			
Henkilöstö			
Henkilöstömitoituksen perusteena ovat seuraavat tekijät (mukaellen Voutilainen ym. 2007):			
• Monipuolisesti kuvattu asiakasrakenne (jossa tiedetään asiakkaiden toimintakyky ja palvelutarpeet ja erityisosaamista edellyttävien asiakkaiden määrä ja palvelutarpeet)			
• Kotihoidolle kunnan vanhuspoliittisessa strategiassa ja/tai palvelurakenteen kehittämisohjelmassa asetetut tavoitteet.			
• Palvelun organisointi ja toteutus, kuten toiminnan sisällölliset laatutavoitteet. Esimerkiksi toimintakykyä edistävän toimintamallin käyttö asiakastyössä edellyttää suurempaa määrää henkilöstöä, sillä usein asiakkaan kanssa yhdessä tekeminen, hänen voimavarojensa monipuolisesti hyödyntäen, vie enemmän aikaa kuin asioiden tekeminen asiakkaan puolesta.			
• Ympäristötekijät, kuten esimerkiksi välimatkat kunnan sisällä.			
• Tarkoituksenmukainen henkilöstörakenne.			
• Pysyvä varahenkilöjärjestelmä Työhyvinvoinnin edistämisen näkökulmasta on tärkeää, että sijaisten käyttö vuosilomien ja sairauspoissaolojen aikana sekä erilaisissa vaativissa tilanteissa on mahdollista. Asiakkaan näkökulmasta on puolestaan tärkeää turvata saumaton palvelukokonaisuus ja palveluiden jatkuvuus sekä minimoida henkilöstön vaihtuvuus. Pysyvä varahenkilöjärjestelmä on näistä syistä tärkeä ja perusteltu ratkaisu.			
• Työvälineet			

Taulukko jatkuu

1. Rakenteet	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Asiakastyöhön osallistuvalla henkilöstöllä on vähintään sosiaali- ja terveysalan perustutkinto.			
Esimiehillä on tarkoituksenmukainen koulutus, joka sisältää johtamisopintoja.			
Esimiehen ja työntekijän välillä käydään kehittämiskeskusteluja vuosittain.			
Henkilöstöllä on kirjallinen osaamisen kehittämissuunnitelma (esim. koulutussuunnitelma), jonka toteuttamiseen on budjetoitu määräraha.			
Henkilöstön täydennyskoulutuksen päiviä seurataan. (koulutuspäiviä / henkilö vuodessa).			
Henkilöstön rekrytointisuunnitelma on käytössä.			
Työilmapiiriä arvioidaan. Esim. työilmapiirikyselyin x 1 vuodessa			
Lyhyiden (alle 3 vrk) ja pitkien sairauspoissaolojen (yli 3 vrk) jaksoja seurataan /henkilö vuodessa.			
Henkilöstön vaihtuvuutta seurataan. (vaihtuvuus/vakanssi/vuosi).			
Perusturvan välinen yhteistyö			
Kotipalvelulla ja kotisairaanhoidolla on yhteiset			
· fyysiset toiminta-alueet, joiden asiakkaista vastataan tiimeinä			
· tietojärjestelmät (esim. Efficca kotihoito-tietojärjestelmä ym.)			
· toimintakyvyn arviointivälineet			
· hoito- ja palvelusuunnitelmat päivitetty			
2. Prosessit			
Prosessinkuvaukset			
Kotihoidon ydinprosessit on kuvattu ja dokumentoitu.			
Kotihoidon ydinprosessien vastuista on sovittu.			
Asiakkaan palveluntarpeen arviointi			
Asiakas ja hänen niin halutessaan omainen tai läheinen osallistuu palveluntarpeen arviointiin.			
Asiakkaan näkemys omasta palvelutarpeestaan otetaan huomioon.			

2. Prosessit	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Asiakkaan toimintakyky arvioidaan ja dokumentoidaan. Toimintakyky tarkoittaa fyysistä (esim. liikkumiskyky, ravitsemustila), kognitiivista (esim. päättelykyky), psyykkistä (esim. masennuksen esiintyminen) ja sosiaalista (esim. yksinäisyyden esiintyminen) toimintakykyä.			
Toimintakyvyn arviointiin käytetään tarkoituksenmukaisia fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn mittareita.			
Asiakkaan voimavarat arvioidaan ja dokumentoidaan.			
Asiakas ohjataan tarvittaviin lisätutkimuksiin, lisäpalveluihin ja etuisuuksien hakemiseen.			
Omaisien osallistuminen hoivaan/hoitoon kartoitetaan ja dokumentoidaan.			
Kotikäynnillä arvioidaan kodin esteettömyys ja apuvälinetarve ja ne dokumentoidaan.			
Hoito- ja palvelusuunnitelma			
Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan asiakkaan tarpeiden ja toimintakyvyn perusteella.			
Asiakkaan hoitoon ja palveluihin yhteisvastuullisesti osallistuvat tahot laativat hoito- ja palvelusuunnitelman tarpeen mukaan eri asiantuntijoita konsultoiden.			
Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan:			
<ul style="list-style-type: none"> • selkeät tavoitteet palveluille ja hoidolle fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi 			
<ul style="list-style-type: none"> • keinot tavoitteiden saavuttamiseksi 			
<ul style="list-style-type: none"> • tavoitteiden saavuttamisen arviointi 			
Hoito- ja palvelusuunnitelmat päivitetään tarvittaessa asiakkaan tilanteen muuttuessa ja vähintään 6 kk:n välein.			
Hoidon ja palvelun toteutus			
Palvelun antaminen perustuu kirjalliseen päätökseen tai lääkärin hoitopäätökseen.			
Asiakkaalla on nimetty vastuuhoitaja/omahoitaja/palveluohjaaja.			
Asiakas tietää, kuka on hänen vastuuhoitajansa/omahoitajansa/palveluohjaajansa.			
Asiakkaalle on tiedotettu taho, johon hän saa kiireellisissä tilanteissa yhteyden (esim. turvapuuhelin, päivystysnumero, omainen).			
Hoito ja palvelu toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa asetettujen tavoitteiden mukaisesti.			
Kotihoidon palveluja ja hoitoa toteutettaessa otetaan ensisijaisesti huomioon asiakkaan toivomukset ja miellipide ja muutoinkin kunnioitetaan hänen itsemääräämisoikeuttaan. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, 8 § ja Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 6 §.)			

2. Prosessit	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Palvelu toteutetaan niin, että asiakkaan osallistumista tuetaan ja itsemääräämistä kunnioitetaan.			
Asiakkaan kanssa sovittuja käytäntöjä (esim. käyntiaikoja) noudatetaan.			
Asiakas saa tarpeisiinsa nähden riittävästi palveluja.			
Palvelujen ja hoidon toteutus dokumentoidaan. (Dokumentointi vastaa asiakkaan saamia palveluja ja hoitoa. Asiakkaan kotona saama kodinhoitoapu ja/tai kotisairaanhoido kirjataan aikana. Asiakkaan saamat tukipalvelut kirjataan mahdollisuuksien mukaan aikana tai käynteinä.)			
Asiakkaan palautteen kerääminen			
Hoidon ja palvelun toteutumista arvioidaan asiakkaan ja hänen niin halutessaan omaisen tai läheisen kanssa yhdessä ja arvioinnin tulokset dokumentoidaan.			
Asiakaspalautetta kerätään kattavasti ja säännöllisesti.			
Asiakaspalautte käydään systemaattisesti läpi ja sen pohjalta ryhdytään toimenpiteisiin.			
Palveluhakemukset/-pyynnöt kirjataan järjestelmällisesti.			
Hylätyt palvelupyynnöt kirjataan järjestelmällisesti.			
Kanteluiden ja valitusten määrä (= asiakkaan yhteydenotto kirjallisesti tai puhelimitse tyytymättömyyden ilmaisemiseksi) on tiedossa ja niiden pohjalta on ryhdytty korjaaviin toimenpiteisiin.			
Sosiaali- ja terveystoimen yhteistyö			
Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtäväjako on toimiva. (Toiminnot eivät ole päällekkäisiä, ja asiakas saa tarvitsemansa palvelut.) Asiakkaiden siirtyminen kotoa sairaalaan ja sairaalasta kotiin on valmisteltu.			
3. Vaikutukset/tulokset			
Kotihoidon tavoitteiden saavuttaminen organisaatiotasolla			
Kotihoidon kattavuustavoite on saavutettu.			
Kotihoidon laadulliset tavoitteet on saavutettu.			
Kotihoidon arvioinnin tulokset tiedotetaan asiakkaille ja kuntalaisille. Esim. internetin ja muiden tiedotusvälineiden kautta.			
Välittömän asiakastyön osuutta kokonaistyöajasta seurataan.			
Asiakkaat ovat tyytyväisiä: yleisesti palveluun, palvelutarjontaan ja palvelujen saantiin sekä tiedonsaantiin			

3. Vaikutukset/tulokset	2 = Pitää paikkansa täysin/Kyllä	1 = Pitää paikkansa osittain	0 = Ei pidä paikkaansa lainkaan/Ei
Tavoitteiden saavuttaminen asiakastasolla			
Asunnon muutostyöt on tehty niitä tarvitseville.			
Tarkoituksenmukaiset apuvälineet ovat käytössä niitä tarvitsevilla.			
Asiakas tuntee olonsa turvalliseksi.			
Asiakkaan ja hänen perheensä kotona asuminen mahdollistuu.			
Asiakkaan toimintakyky paranee tai säilyy ennallaan. Toimintakyky tarkoittaa fyysistä (esim. liikkumiskyky), kognitiivista (esim. päättelykyky), psyykkistä (esim. masennuksen esiintyminen) ja sosiaalista (esim. yksinäisyyden esiintyminen) toimintakykyä.			
Asiakas on voinut vaikuttaa oman arkipäivänsä kulkuun.			
Asiakkaan kokonaisvaltainen tilanne arvioidaan vähintään yhden vuoden välein ja siihen liittyy myös lääkityksen tarkistaminen.			
Asiakkaan kognitiivisen, psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muutokset havaitaan ja niihin puututaan.			
Asiakkaan ravitsemustilanteen muutokset tunnistetaan ja niihin puututaan.			
Henkilöstötavoitteiden saavuttaminen			
Työtyytyväisyys on korkea.			
Sairauspoissaoloja on vähän.			
Työkyvyttömyyseläkkeitä on vähän.			
Henkilöstön vaihtuvuus on vähäinen.			
Ammatillinen osaaminen on hyvä. <ul style="list-style-type: none"> • Selvitetty esim. osaamiskartoitusten avulla • Täydennyskoulutusvelvoite on täyttynyt 			
Henkilöstö tuntee kotihoitoyksikkönsä tavoitteet ja toimii niiden mukaisesti.			