

Hoito- ja palvelusuunnitelma, laatusuositus ja arjen hoitotyö.

Kysely Jyväskylän kaupungin
palveluasumisen hoitohenkilöstölle

Markus Kivioja
Taru Pyykkö

Opinnäytetyö
Marraskuu 2015
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Sairaanhoitaja (AMK), Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä(t) Kivioja, Markus Pyykkö, Taru	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä 16.11.2015
	Sivumäärä 73	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Hoito- ja palvelusuunnitelma, laatusuositus ja arjen hoitotyö. Kysely Jyväskylän kaupungin palveluasumisen hoitohenkilöstölle		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Irmeli Matilainen Eila-Marjatta Rahunen		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyössä selvitettiin hoitohenkilökunnan näkemyksiä siitä, kuinka sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi näkyy Jyväskylän kaupungin palveluasumisen hoito- ja palvelusuunnitelmissa ja kuinka nämä hoito- ja palvelusuunnitelmat ohjaavat arjen hoitotyötä.</p> <p>Laatusuosituksen toteutumista tutkittiin etenkin osa-alueilta, joihin viimeisin suositus on tulevaisuudessa kehottanut keskittymään. Tavoitteena oli myös selvittää miltä osin hoito- ja palvelusuunnitelmia tulisi tiukemmin pyrkiä kytkemään arjen hoitotyöhön.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuskyselynä. Kysely lähetettiin Webropol-kyselynä Jyväskylän kaupungin palveluasumisen hoitohenkilöstölle. Kysymykset olivat pääosin suljettuja kysymyksiä ja kyseessä oli kokonaistutkimus. Kysymykset analysoitiin Webropol-kyselyohjelman laatimien prosenttiosuuksiin perustuvien taulukoiden ja kaavioiden avulla.</p> <p>Kyselymme mukaan laatusuosituksessa mainitut seikat toteutuvat osittain. Tulevaisuudessa etenkin elämän loppuvaiheen hoidon huomioimiseen hoito- ja palvelusuunnitelmissa tulisi kiinnittää huomiota. Arjen hoitotyötä hoito- ja palvelusuunnitelma näytti ohjaavan ainakin hoitotyön suunnittelun ja toteuttamisen vaiheessa, mutta arviointivaiheessa hoito- ja palvelusuunnitelmaa voisi pyrkiä kytkemään arjen hoitotyöhön tiiviimmin.</p>		
Avainsanat (asiasanat) hoito- ja palvelusuunnitelma, laatusuositus, hoitotyö, ikääntynyt, palveluasuminen		
Muut tiedot		

Author(s) Kivioja, Markus Pyykkö, Taru	Type of publication Bachelor's thesis	Date 16.11.2015
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 73	Permission for web publication: x
Title of publication Care and service plans, quality recommendation and everyday nursing care. Survey for the nurse personnel of the Jyväskylä City Housing Services		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Supervisor(s) Irmeli Matilainen Eila-Marjatta Rahunen		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>The thesis examined the views of nursing personnel on how the quality recommendations for safeguarding good aging and improving services, published by the Ministry of Social Affairs and Health, were visible in the care and service plans of the Jyväskylä City Housing Services and how these plans steered everyday nursing care.</p> <p>The recognition of the quality recommendations were observed particularly in areas that the latest recommendations had urged to focus on in the future. The aim was to find out to what extent the care and service plans should more strongly be integrated to everyday nursing care.</p> <p>The thesis was carried out as a quantitative survey. The survey was sent through the Webropol online survey program to the nurses of the Jyväskylä City Housing Services. The survey questions were mainly closed questions, and this was a so called census survey. The questions were analysed by using percentages based on the charts and graphs produced by the Webropol online survey program.</p> <p>According to the survey, the quality recommendations were followed partly. In the future, the care and service plans should pay more attention to care at the final stage of life. The plans seemed to guide the planning and implementation of nursing care, but the care and service plan could be more closely linked to the assessment phase of everyday nursing care.</p>		
Keywords/tags (subjects) care and service plans, quality recommendation, nursing care, elderly, service accommodation		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	4
2	Opinnäytetyössä käytetyt käsitteet.....	5
3	Hoito- ja palvelusuunnitelma	8
	3.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma käsitteenä	8
	3.2 Hoito- ja palvelusuunnitelman rakenne	9
	3.3 Palvelutarpeen arviointi	12
	3.4 Toimintakyvyn mittaaminen.....	14
	3.5 RAI-järjestelmä.....	17
4	Hoito- ja palvelusuunnitelma arjen hoitotyössä.....	18
	4.1 Työvälineenä hoito- ja palvelusuunnitelma	18
	4.2 Asiakaslähtöisyys hoito- ja palvelusuunnitelmassa.....	20
	4.3 Hoidon sekä hoito- ja palvelusuunnitelman haasteet.....	23
5	Hoito- ja palvelusuunnitelmaa ohjaavat lait ja laatusuositus.....	25
	5.1 Hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskeva lainsäädäntö.....	25
	5.2 Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi.....	27
	5.3 Laadunvarmistaminen ja omavalvonta	29
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite.....	31
7	Opinnäytetyön toteutus	32
	7.1 Kohderyhmän kuvaus	32
	7.2 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä ja kyselytutkimus.....	33
	7.3 Kyselylomakkeen laatiminen, aineiston keruu ja analysointi	36
8	Opinnäytetyön tulokset	39
	8.1 Aineiston esittely	39
	8.2 Laatusuosituksen mukainen hoito- ja palvelusuunnitelma.....	40
	8.3 Hoito- ja palvelusuunnitelma sekä arjen hoitotyö	46

9 Johtopäätökset ja pohdinta.....	51
9.1 Laatusuositus hoito- ja palvelusuunnitelmassa.....	51
9.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma arjen hoitotyössä.....	54
9.3 Kehitys- ja jatkotutkimusehdotukset.....	55
9.4 Luotettavuus ja eettisyys.....	56
9.5 Opinnäytetyön prosessin arviointia	59
Lähteet:	61
Liitteet.....	66
Liite 1. Kyselylomake	66

Kuviot

KUVIO 1. Yksiköiden hoito- ja palvelusuunnitelmien ajantasaisuus	40
KUVIO 2. Hoito- ja palvelusuunnitelman päivittäminen ajantasaiseksi	41
KUVIO 3. Asiakkaiden yksilöllisten tavoitteiden määrittely hoito- ja palvelusuunnitelmissa.....	42
KUVIO 4. Yksilöllisyys tavoitteiden saavuttamiseksi hoito- ja palvelusuunnitelmissa.....	43
KUVIO 5. Elämän loppuvaiheen hoidon huomiointi hoito- ja palvelusuunnitelmassa.....	45
KUVIO 6. Hoito- ja palvelusuunnitelman hyödyntäminen hoitoprosessin eri vaiheissa.....	47
KUVIO 7. Hoito- ja palvelusuunnitelman ajantasaisuuden arviointi.	48
KUVIO 8. Raportointikäytännöt hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämisestä.....	49
KUVIO 9. Arjen hoitotyön väittämiä.....	50

Taulukot

Taulukko 1. Laatusuosituksen väittämiä.....	44
---	----

1 Johdanto

Asiakirjana hoito- ja palvelusuunnitelmilla on pitkä perinne. Toteutuessaan hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa ikääntyneen ihmisen hoitoprosessia sen jokaisessa vaiheessa. Tämä edellyttää hoito- ja palvelusuunnitelman näkemistä monipuolisena työvälineenä, josta hyötyy niin asiakas, kuin työntekijäkin. (Päivärinta & Haverinen 2002, 3.)

Opinnäytetyön idea sai alkunsa toisen opinnäytetyöntekijän keskusteluista erään Jyväskylän palveluasumisen palvelupäällikön kanssa. Toiveena oli opinnäytetyö, jonka avulla voidaan kehittää käytännön työtä. Hoito- ja palvelusuunnitelma sekä laatusuositus valikoituivat opinnäytetyön kohteeksi aiheen ajankohtaisuuden ja työelämälähtöisyyden vuoksi. Hoidon ja palvelun suunnittelu on tänä päivänä keskeinen osa laadukasta hoitoa.

Opinnäytetyömme lähtökohtana on kartoittaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa ohjaavan laatusuosituksen ja sen taustalla vaikuttavien lakien toteutumista hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Toisinaan hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyen on herännyt ajatus siitä, hyödynnetäänkö näitä suosituksia riittävästi ja siirtyykö teoriatieto käytännön arkityöhön. Surakan, Suonsivun ja Åsted-kurjen (2014, 221–230) mukaan vanhustyön lähiesimiehet näkevät näyttöön ja tutkimukseen perustuvan tiedon käyttämisen yhtenä keskeisenä asiana ikäihmisten hyvän hoitotyön toteutumisessa. Tällaisessa asiantuntijuudessa ei enää riitä hoivatyö vaan tarvitaan myös hoitotyön osaamista.

Lisäksi tarkoituksemme on selvittää kuinka hoito- ja palvelusuunnitelma palvelee arjen hoitotyötä. Parviaisen (2002, 95) mukaan hoito- ja palvelusuunnitelma jää usein irralliseksi asiakirjakokonaisuudeksi kytkeytymättä arjen hoitotyöhön. Vaikka hoito- ja palvelusuunnitelmista ja niiden tarpeellisuudesta on puhuttu aina 1970 -luvulta alkaen, on ammattihenkilöstöllä ollut vaikeuksia löytää riittävää sisällöllistä kytkentää arjen hoitotyöhön. Vähäistä hoidon kirjaamista tai sen puuttumista perustellaan toisinaan sillä, että ikääntynyt ihminen ei enää tarvitse tavoitteita, vaan voisi elää elämää rauhassa. Ajatus hyvästä elämästä riittää kuitenkin ohjaamaan hoitoa vain tämän näkemyksen mukaan.

2 Opinnäytetyössä käytetyt käsitteet

Palveluasuminen käsitteenä. Tuki- ja palveluasumisella tarkoitetaan asumismuotoa, johon on tarjolla enemmän tukea asumiseen kuin tavanomaiseen asuntoon voidaan järjestää. (Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt 2015.) Palveluasuminen sisältää aina vuokrasopimukseen perustuvan asumisen ja siihen kiinteästi liittyvät hoiva- ja hoitopalvelut. Näitä palveluja voivat olla esimerkiksi kodinhoitoapu ja hygieniapalvelut. Yksiköt voivat olla palvelutaloja, joissa asiakkailla on omat huoneistot ja osa esimerkiksi ryhmäkoteja ja pienkoteja. Tavallisen palveluasumisen palvelukokonaisuuteen ei kuulu ympärivuorokautista jatkuvaa ammatillista läsnäoloa ja valvontaa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 67.)

Tehostettua palveluasumista järjestetään paljon apua, hoivaa ja/tai valvontaa tarvitseville. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkailla on oma huone

tai asunto. Lisäksi yksiköissä on yhteisiä tiloja. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä henkilökuntaa tulee olla paikalla ympäri vuorokauden. Tuki- ja palveluasumista saavat ikäihmiset, vammaiset, kehitysvammaiset, mielenterveys- ja päihdekuntoutujat. (Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt 2015.) Työssämme palveluasuminen käsittää ikääntyneelle ihmiselle järjestettyä palveluasumista.

Ikääntynyt ihminen. Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 3§ määrittelee ikääntyneen väestön vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaksi väestöksi ja ikääntyneen henkilön henkilöksi jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta. (L 28.12.2012/980.) Iäkkäällä henkilöllä tarkoitamme opinnäytetyössämme henkilöä, joka on edellä mainituista syistä joutuksen palvelujen ja hoidon tarpeessa. Ikääntyneen ihmisen rinnakkaisina termeinä työssämme esiintyy asiakas ja satunnaisesti potilas.

Kirjaaminen. Kirjaamisella tarkoitamme niitä merkintöjä, joita tehdään potilaan tai asiakkaan sähköiseen potilaskertomukseen, joka on Ension ja Sarannon (2004, 11) mukaan asiakirja joka sisältää tietoa potilaan sairauksista ja hoidosta. Hoidon kirjaamisessa on sekä kansallisesti että kansainvälisesti käytössä WHO:n edistämä ongelmanratkaisumalli, joka korostaa päätöksenteon prosessia. Hoidollinen päätöksenteko tapahtuu hoidon tarpeen määrittelyn-, hoidon suunnittelun-, hoidon toteutuksen- ja hoidon tulosten arvioinnin osalualueilla ja päätöksenteon tulee olla näkyvää. (Ensio ym. 2004, 36–37.) Tietotur-

vallisuutta, käsittely- ja arkistointijärjestelmiä ja hoidettavan itsensä tiedon-
saantimahdollisuuksia edistää Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastieto-
jen sähköisestä käsittelystä (L 9.2.2007/159).

Hoitotyö ja hoitotyön ammattilainen. Kalkas & Sarvimäki (2002) määrittele-
vät hoitotyön käsitteen seuraavasti: "Käsitteellä hoitotyö ymmärretään kaik-
kea sitä työtä, jota sosiaali- ja terveydenhuollossa tehdään tietyn ammattikou-
lutuksen pohjalta". Toiminnan tavoitteena ovat potilaan tai asiakkaana olevan
ihmisen hyvinvoinnin edistäminen (Hoitotyön etiikan perusteet 2002, 76.)
Opinnäytetyössämme hoitotyöllä tarkoitetaan eriasteisen koulutuksen saanei-
den hoitotyön ammattilaisten suorittamaa työtä. Hoitotyön ammattilaisilla
tarkoitetaan sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia. Rinnakkaisia käsitteitä hoi-
totyön ammattilaiselle työssämme ovat hoitaja sekä työntekijä.

Omahoitaja. Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hie-
tanen (2004) kirjoittavat kirjassaan: hoitotyön osaaminen, että koko potilaan
hoitajakson ajan omahoitaja vastaa sovituista työalueista potilaan hoidossa.
Omahoitajan ja potilaan välinen yhteistyö perustuu tasa-arvoiseen ja luotta-
mukselliseen vuorovaikutukseen. Jokainen hoitotilanne lähtee potilaan omista
tarpeista, joten omahoitajan nimeäminen koko hoitajakson ajaksi edistää poti-
laan yksilöllisen hoidon toteutumista. Omahoitajakäytännöllä pyritään tur-
vaamaan hoitotyön eettisiä perusteita, keskeisimpinä: ihmisarvo, yksilöllisyys,
kokonaisvaltaisuus, turvallisuus ja jatkuvuus. (Kassara ym. 2005, 15, 51.)
Opinnäytetyössämme omahoitajalla tarkoitamme työntekijää, joka osallistuu
potilaan päivittäiseen hoitotyöhön ja joka omahoitajana on laatimassa osana
toimintayksikön henkilökuntaa potilaalle hoito- ja palvelusuunnitelman.
Työntekijällä työssämme tarkoitamme kaikkia hoitotyöhön osallistuvia sosi-
aali- ja terveystalouden ammattilaisia.

Toimintakyky. Toimintakyvyille ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2014) mukaan toimintakyvyllä voidaan ilmaista ihmisen fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia edellytyksiä selviytyä hänelle itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista hänen omassa elinympäristössään. (Mitä toimintakyky on? 2014.)

Toimintayksikkö. Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (28.12.2012/980) mukaan toimintayksikkö voidaan määritellä toiminnalliseksi kokonaisuudeksi, jossa pääasiassa iäkkäille henkilöille tuotetaan julkisen tai yksityisen palveluntuottajan toimesta sosiaali- tai terveystalvveluja, joko palveluntuottajan omissa tiloissa tai iäkkään henkilön yksityiskodissa (L 28.12.2012/980).

3 Hoito- ja palvelusuunnitelma

3.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma käsitteenä

Hoito- ja palvelusuunnitelma on osa asiakkaan päivittäisiä palveluja ja avuntarvetta ohjaavaa asiakaskirjakokonaisuutta. Varsinaisen hoito- ja palvelusuunnitelman lisäksi asiakaskirjakokonaisuuteen liittyy tiedot palveluntarpeen määräyksestä, tiedot palvelun suunnittelujen eri vaiheista, toteutuksesta, seurannasta ja arvioinnista. Laitos- ja kotisairaanhoidossa tätä asiakirja-

kokonaisuutta kutsutaan hoito- ja palvelusuunnitelmaksi. (Päivärinta & Have-
rinen 2003, 42.) Hoito- ja palvelusuunnitelman osana on hoitotyön suunni-
telma, jonka oikeanlainen hyödyntäminen antaa pohjan koko hoitotyölle ja
edesauttaa asiakaslähtöisyyden toteutumista. Lisäksi hoito- ja palvelusuunni-
telma tehostaa hoidon oikeanlaista kohdentumista ja laadun arviointia. (Räsä-
nen, 2011, 39.)

Asiakirjakokonaisuus on päivittäiseen käyttöön tarkoitettu työväline, jota to-
teuttavat asiakkaan suostumuksella kaikki hoitoon osallistuvat henkilöt. Asia-
kirjakokonaisuus kattaa siis kaikki iäkkään henkilön hyvinvoinnin ja avuntar-
peen kannalta tarpeelliset toimet ja niitä toteuttavat tahot. Lisäksi suunnitelma
sisältää asiakkaan omaa toimintaa oman hyvinvointinsa edistämiseksi. Toteu-
tusta tulee seurata säännöllisesti ja suunnitelma päivitetään tarvittaessa. Tar-
peen vaatiessa palvelutarpeiden selvittäminen voidaan myös käynnistää uu-
delleen. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen pa-
rantamiseksi 2013, 30.)

3.2 Hoito- ja palvelusuunnitelman rakenne

Arvioiva ja asiakaslähtöinen työote on hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman
keskeinen elementti (Päivärinta ym. 2003, 35). Hyvässä hoito- ja palvelusuun-
nitelmassa yhdistyvät asiakkaan toiveet ja tarpeet, tarjolla olevat hoito- ja pal-
velumahdollisuudet sekä hoitohenkilöstön asiantuntijuus (Holma 2003, 61).
Hoito- ja palvelusuunnitelman tulee olla ajan tasalla (Räsänen 2011, 183).

Hoito- ja palvelusuunnitelman sisältö etenee vaiheittain. Hoito- ja palvelusuunnitelma lähtee käyntiin heti asiakkaaksi tullessa. Ensimmäinen vaihe, eli tutustumisvaihe, sisältää nimensä mukaisesti perusteellisen tutustumisen asiakkaan tilanteeseen. Myös ehkäisevän työn mahdollisuudet tulee kartoittaa. Tutustumisvaiheessa todetaan yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa tarve hoito- ja palvelusuunnitelmalle ja työntekijä kertoo hoito- ja palvelusuunnitelman merkityksestä. Esitietojen kokoaminen ja tiedon jäsentäminen tulee aloittaa jo tutustumisvaiheessa. Perusteellinen tutustumisvaihe ja kattava tiedonkoonti sekä analysointi ovat hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa tärkeitä. (Päivärinta ym. 2003, 35–40.)

Asiakkaan tilanteeseen tutustuminen ja taustatiedot toimivat seuraavan vaiheen, neuvotteluvaiheen, muistilistana. Niiden avulla työntekijällä on paremmat mahdollisuudet tunnistaa asiakkaan yksilölliset tarpeet. Neuvotteluvaihe sisältää asiakkaan tarpeiden, toiveiden ja odotusten selvittelyn. Toimintakykyä ja asiakkaan tilannetta selvitetään palveluntarpeen määrittämisen ja hoito- ja palvelusuunnitelman eri osa-alueilla. Neuvottelu käydään yhdessä suunnitellen ja tehdään päätökset tarvittavasta hoidosta, tuesta, ohjauksesta tai palveluista. Neuvottelu päättyy asiakkaan kanssa yhteistyössä tapahtuneeseen tarpeiden tunnistamiseen ja tärkeysjärjestykseen asettamiseen. Neuvottelua seuraa sopimisenvaihe, jossa asetetaan tärkeysjärjestykseen neuvotteluvaiheessa käytyt asiat. Sopimisen vaiheessa hoito- ja palvelusuunnitelmaan asetetaan tavoitteet ja määritellään keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Sopimisen vaiheessa laaditaan kirjallinen suunnitelma ja sovitaan suunnitelman tarkastaminen. (Päivärinta ym. 2003, 40–42.) Omaisten rooli hoitotyön suunnittelussa vaihtelee, mutta tämän tulee aina olla selkeästi kirjattuna (Räsänen, 2011, 38). Ension (2007, 56) mukaan suunnittelu on oleellinen osa hoito- ja palvelusuunnitelman prosessia, joka huolellisesti tehtynä mahdollistaa tavoitteellisen hoidon ja yksilöllisen hoitotyön.

Hoito- ja palvelusuunnitelman neljäs vaihe on toimintavaihe. Sisällöltään toimintavaiheessa toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöä yhteisymmärryksessä asiakkaan ja/tai hänen läheisensä kanssa. Toimintavaiheeseen kuuluu myös hoito- ja palvelusuunnitelman jatkuva arviointi ja tarpeen mukainen päivittäminen. Ihannetilanteessa asiakas ja työntekijä työskentelevät yhdessä hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumiseksi. Hoito- ja palvelusuunnitelman toteuttaminen on jokaisen työntekijän vastuulla jokaisessa työvuorossa. Päivittäisiin toimiin liittyvien merkintöjen tulee olla yhdenmukaisia hoito- ja palvelusuunnitelman kanssa. Merkinnät ovat sekä asiakkaan että työntekijän oikeusturvan kannalta keskeisiä. Vanhentunut tieto tulee korjata, päivittää ja vanha teksti arkistoida. Mitään merkintöjä asiakirjasta ei saa lopullisesti poistaa. (Päivärinta ym. 2003, 44–45.) Kirjaamisen tulee perustua asiakkaan voimavaroihin, ei hoitajan työtehtäviin. Asiakkaan muutokset voinnissa ja voimavaroissa edellyttävät kirjaamiselta aktiivisuutta. Voimavarakeskeinen kirjaaminen tukee asiakkaan omien voimavarojen tunnistamista sekä kartuttamista ja parantaa näin asiakkaan toimintakykyä ja elämänlaatua. (Räsänen 2011, 141.)

Seurantavaiheella tarkoitetaan hoito- ja palvelusuunnitelman säännöllistä ja sovittua tarkastamista yhteisymmärryksessä hoito- ja palvelusuunnitelman laatineiden henkilöiden kesken. Tarkistamisen jälkeen hoito- ja palvelusuunnitelma tarpeen mukaan päivitetään yhdessä sopien. (Päivärinta ym. 2003, 46–47.) Räsänen (2011, 38) mukaan asiakkaan, henkilökunnan sekä omaisten yhteistyön merkitys korostuu. Asiakkaan tarpeiden muuttuessa hoito- ja palvelusuunnitelma arvioidaan ja päivitetään. Viimeisessä vaiheessa, eli asiakkuuden päättyessä, tulee arvioida vaikutuksia sekä saavutettuja tuloksia. Asiakkuuden päättyessä hoito- ja palvelusuunnitelma arkistoidaan, kuten myös

vanhentunut suunnitelma. Huomioon tulee ottaa myös toiminnasta vastaavien kunnallisten päättäjien tiedontarpeet. (Päivärinta ym. 2003, 46–47.)

Hoidon ja palvelun tulisi olla asiakkaan näkökulmasta jatkuvaa ja saumatonta riippumatta siitä, mikä taho hoitoa ja palvelua tarjoaa. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee olla ennakoiva. Asiakkaan näkökulmasta hoito- ja palvelusuunnitelman keskiössä on asiakaslähtöisyys, itsemääräämisoikeus ja hänen tarpeisiinsa suunnitellut palvelut. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta tulee muodostua organisaatorajat ylittävä palveluketju, jonka sisällöstä asiakas itse on tietoinen ja jonka sisältöön hänellä on mahdollisuus vaikuttaa. (Helin 2008, 434–435.)

3.3 Palvelutarpeen arviointi

Palvelutarpeen kartoituksen tulee olla vuorovaikutuksellinen tilanne, jonka keskiössä on asiakkaan elämäntilanne, palveluntarve ja toimijuus. Palveluntarvetta tulee arvioida tilanteessa, jossa asiakas ei enää pärjää omin avuin kotona tai edellisenkaltainen tilanne on odotettavissa. Palvelujen ja tukien saamiseksi edellytetään palvelutarpeen arviointia. Arvioinnin tulee olla kattava, moniulotteinen ja moniammatillisen työryhmän yhteistyössä asiakkaan tai hänen edustajansa kanssa tekemä. Kattavuudella tarkoitetaan iäkkään asiakkaan elämäntilanteen kokonaiskuvaa, moniulotteisuudella toimintakyvyn eri osa-alueiden useiden mittareiden sekä keskustelu- ja havainnointitiedon käyttöä ja moniammatillisuus nähdään vähintään kahden eri ammattiryhmän osallistumista palveluntarpeen arvioinnin suorittamiseen. (Finne-Soveri, Leinonen, Autio, Heimonen, Jyrkämä, Muurinen, Räsänen & Voutilainen 2011.)

Palvelutarpeen arvioinnissa on käsiteltyä toimintakyvyn neljä eri osa-aluetta, joita ovat fyysinen-, psyykkinen-, kognitiivinen- ja sosiaalinen toimintakyky. Lisäksi arvioidaan eri toimintakyvyn osa-alueisiin liittyvät toimintakyvyn heikkenemisen riskitekijät, joita ovat terveydentilan epävakaus, heikko ravitsemustila, turvattomuus, sosiaalisten kontaktien vähyyys tai kipu. Voimavarat arvioidaan vastaavalla tavalla. Arviota tehdessä tulee myös huomioida taloudellisen tilanteen vakaus, asumisympäristöön liittyvät puutteet, vaaratekijät sekä mahdollisuudet ja vahvuudet. (Finne-Soveri ym. 2011.)

Arjesta suoriutumisen tarkastelussa arvioidaan sekä välinetoiminnoista että perustoiminnoista suoriutumista. Palvelun tarve tulee hahmottaa sekä erittäin vähän ja erittäin runsaasti apua tarvitsevien osalta. Kognitiota arvioidaan arjen suoriutumista heikentävän kognitiovajeen esiintuomiseksi ja tarvittaessa sen haitta-aste tulee kartoittaa. Psyykkinen toimintakyky arvioidaan voimavarojen ja niihin vaikuttavien tekijöiden tilanteen kartoittamiseksi. Sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnissa tarkastellaan asiakkaan ihmissuhteiden määrää ja luonnetta sekä osallistumista yhteisön ja yhteiskunnan toimintoihin. Palvelutarpeen arvion tavoitteena on tunnistaa yksilön palveluntarve, joka johtaa toimenpiteisiin tai niistä pidättäytymiseen yksilöllisen palveluntarpeen mukaan. Arvioinnin lopputulos on aina yksilöllinen, arvioijan tekijän ja arvioidun sekä hänen läheistensä vuorovaikutuksessa tekemä. (Finne-Soveri ym. 2011.)

3.4 Toimintakyvyn mittaaminen

Asiakkaan toimintakykyä arvioidaan keskustelujen ja havainnoimisen lisäksi käyttämällä erilaisia mittareita. Arviointi käsittää aina vähintään fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ulottuvuuden. Mittareiden sisältämät yksittäiset kysymykset antavat arvokasta tietoa asiakkaan tarpeista. Arjesta suoriutumista ja sen vajetta arvioidaan mittareihin liittyvillä raja-arvoilla ja mahdollinen raja-arvon ylittävä tulos edellyttää taustalla vaikuttavien sairauksien, tilojen tai elämänolosuhteiden tunnistamista ja niihin puuttumista. (Finne-Soveri ym. 2011.) Huolellisesti kartoitetun toimintakyvyn lisäksi hoitohenkilöstön tulee tuntea toimintarajoitteita kompensoivia käyttäytymismalleja, jotka vaikuttavat hoidon- ja palvelun suunnitteluun (Helin & von Bonsdorff 2013, 437–438).

Finne-Soverin (2013) mukaan mittaria tulee käyttää vain siihen tarkoitukseen, johon se on rakennettu ja testattu ja käyttäjän täytyy tuntea mittarin asteikko sekä sen ominaisuudet. Mittaristolla ei tehdä diagnostisia päätöksiä. (Finne-Soveri 2013.) Toimintakyvyn arvioinnin tulee olla systemaattista ja yksikössä tulee selkeästi olla sovittuna käytössä oleva arviointimenetelmä ja mittariston käyttäjällä siihen vaadittu koulutus. Yhdenmukainen ja luotettava toimintakyvyn arvio tukee kuntia, palveluntuottajia ja ammattihenkilöitä hoidon- ja palvelun suunnittelussa ja toteutumisessa. (Mäkelä, Autio, Heinonen, Holma, Häkkinen, Hänninen, Pajala, Sainio, Schroderus, Seppänen, Sihvonen, Stenholm & Valkeinen 2013, 6.)

Fyysisen toimintakyvyn eri osa-alueiden mittareita on useita, kuten tuolilta ylösnousu, kävelynopeus tai käsien puristusvoima. Arjen suoriutuminen jaotellaan välinetoimintoihin eli IADL-toimintoihin (Instrumental Activities of

Daily Living) ja päivittäisiin toimintoihin eli ADL-toimintoihin (Activities of Daily Living). Välinetoimintoja ovat esimerkiksi kodin hoito, ostoksista suoriutuminen ja aterian valmistaminen, puhelimen käyttö sekä lääkehoidosta tai taloudellisista asioista suoriutuminen. Avun tarve alkaa yleensä välinetoimintojen alueelta ja laajenee päivittäisiin toimintoihin, joita ovat esimerkiksi hygieniasta huolehtiminen, pukeutuminen, liikkuminen, siirtyminen ja asennon vaihdosta huolehtiminen sekä syöminen. Usein käytettyjä toimintakyvyn mittareita ovat esimerkiksi Barthel, FIM, Katz, RaVa sekä RAI-ohjelmistoon kuuluvat lukuisat ADL- ja IADL-mittarit. Varsinaista fyysistä toimintakykyä voidaan mitata esimerkiksi tuolilta ylösnousu-, kävelynopeus- tai käsien puristusvoima -testillä. (Finne-Soveri 2013.)

Kognition arvio on erityisen tärkeä hoitopaikkaa valittaessa, mutta ongelman aiheuttaneen sairauden diagnosoimiseksi aina lääkäri. Aiemmin diagnosoidun kognitiota heikentävän sairauden seurantaan on tarjolla useita sairauden asteen arvioimiseen kehitettyjä mittareita. Mittarit kuvaavat kognitiovajeen vaikeusastetta. Usein käytettyjä kognition mittareita ovat esimerkiksi CERAD, CDR, MMSE ja RAI-järjestelmään kuuluva CPS. (Finne-Soveri 2013.)

Psyykkisen toimintakyvyn arvion tulee käsittää mittaristo masennuksesta sekä harhaluuloisuudesta ja käytösoireista, joita esiintyy iäkkäillä ihmisillä psykiatristen ja dementoivien sairauksien yhteydessä. Usein käytettyjä masennusmittareita ovat GDS, Hamilton, Zung, Cornell sekä RAI-järjestelmään kuuluva DRS. Käytösoireiden arvioinnin mittareita ovat Cohen–Mansfieldin käytösoiremittari ja RAI-järjestelmään kuuluvat käytösoireiden mittarit. (Finne-Soveri 2013.)

Mäkelän ym. (2013, 9) mukaan sosiaalisen toimintakyvyn arvioimiselle ei ole vakiintuneita mittareita. Finne-Soveri (2013) toteaa sosiaalisen toimintakyvyn olevan suhteellinen suure, johon vaikuttaa sekä ulkoiset että yksilön sisäiset tekijät, kuten puutteet ulkoisessa ympäristössä tai sisäisten toimintojen, kuten muistin, heikkeneminen. Sosiaalinen toimintakyky alkaa usein heikentyä fyysisen, psyykkisen ja/tai kognitiivisen toimintakyvyn laskun seurauksena. Rairjestelmän yleisimmät mittarit (2014) mittaavat sosiaalista toimintakykyä ja edellä mainittujen lisäksi mittarit kattavat ovat myös kivun, ravitsemuksen ja terveydentilan seurannan.

Toimintakykyä koskevia mittaavia tietoja kerätessä on tarpeen selvittää mihin henkilö kykenee sekä se, mitä hän todellisuudessa tekee. Vastajaan tulee arvioida, kuinka hän suoriutuu mainitusta tehtävästä, esimerkiksi ruoanlaitosta, vaikka hän ei sitä todellisuudessa teekään. Tämä on tärkeää jo siksi, että toimintakyvyn ylläpitämiseksi tulee kykyä myös käyttää. Oletuksiin perustuvat arviot ovat luonnollisesti epäluotettavampia kuin käytännön kokemuksista nousevat vastaukset. Henkilön oma ilmoitus siitä, miten hän suoriutuu tai suoriutuisi erilaisista tehtävistä ja mitä hän tekee, antaa varsin hyvän kuvan monista toimintakyvyn ulottuvuuksista, mutta esimerkiksi dementian kohdalla ongelmista ei välttämättä raportoida ja siksi tarvitaan myös sellaisia toimintakyvyn mittauksia, jotka eivät perustu henkilön omaan vastaukseen. (Koskinen, Martelin & Sainio 2007, 16.)

Muistisairaiden henkilöiden elämänlaatua tarkkailevan tutkimuksen mukaan toimintakyvyllä on yhteys koettuun elämänlaatuun ja tulevaisuuden palveluita tulee suunnitella siten, että toimintakykyä voidaan ylläpitää mahdollisimman pitkään. Moniammatillisten palvelujen suunnittelu vaatii luotettavia välineitä toimintakyvyn tunnistamiseen ja mittaamiseen. (Stolt, Koskenniemi,

Katajisto, Hupli, Suhonen & Leino-Kilpi 2015, 60–75.) Sairauskohtaisen toimintamallin rinnalle tulee saada toimintakykylähtöinen järjestelmä, jonka avulla iäkkään ihmisen elämänlaatua lisätään ja toimintakyvyn alenemista ehkäistään tai jopa parantaa toimintakykyä (Heikkinen, Laukkanen & Rantanen 2013, 282–283).

3.5 RAI-järjestelmä

Jyväskylän palveluasumisessa on käytössä RAI-LTC -järjestelmä. (Porrassalmi 2015). RAI-LTC -järjestelmä on pitkäaikaisen laitoshoidon tarpeisiin vastaava ohjelma. LTC -version lisäksi RAI -järjestelmäkokonaisuuteen kuuluu myös muita versioita, jotka kaikki ovat toistensa kanssa yhteensopivia. RAI-järjestelmän ydin on laaja-alainen yksilön tarpeiden ja voimavarojen kartoitus, jonka avulla päästään yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan. RAI-järjestelmä on kehitetty hoidon laadun seurantaan, kustannusten arvioimista ja maksujärjestelmän kehittämistä varten. Hoidon laadun odotetaan paranevan asiakkaan saadessa tarpeitaan vastaavaa hoitoa, joka vähentää myös kustannuksia resurssien kohdistuessa oikeanlaiseen hoitoon. (Noro, Finne-Soveri, Björkgren & Vähäkangas 2005, 22–23.)

Jokaisessa RAI-versiossa on kysymyssarja, niin sanottu MDS-kysymykset, joista on muodostettu kansainvälisesti testattuja ja luotettavaksi todettuja mittareita. Mittariston avulla voidaan suunnitella yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Mittaristo käsittelee olennaisen tiedon toimintakyvyn eri osa-alueilta. Lisäksi jokainen RAI-järjestelmä sisältää apuvälineen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen sekä käsikirjan. (Noro ym. 2005, 22–23.)

RAI-järjestelmän sisältämät mittarit varoittavat asiakkaalla mahdollisesti ilmenevistä ongelmista ja tuovat esiin asiakkaan yksilöllisiä voimavaroja. Tämän avulla hoito voidaan kohdistaa avainongelmiin, mutta myöskään mahdolliset riskitekijät eivät jää huomiotta. Mittariston avulla saadaan hyvät raamit yksilöllisen hoitosuunnitelman tekemiseksi. Hoitaja tekee RAI-arvion havainnoimalla ja haastatteleamalla potilasta ja tarvittaessa hänen omaisiaan tai läheisiään. (Päivärinta ym. 2003, 73–74.)

4 Hoito- ja palvelusuunnitelma arjen hoitotyössä

4.1 Työvälineenä hoito- ja palvelusuunnitelma

Ikäihmisen hoitoa antavan yksikön ydinprosessi on hoito- ja palvelu. Prosessia voidaan tarkastella aina yhden vuorokauden mittaisesta hoitopäivästä loppuelämän kestäväksi hoitojaksoksi saakka. Hoito- ja palveluprosessi on asiakkaan näkökulmasta sarja peräkkäin tapahtuvia hoito- ja palvelutapahtumia. Sama ketju on työntekijälle ja työyhteisölle työprosessi. Samat lainalaisuudet koskevat kaikkia prosesseja: se alkaa jostain, tuottaa tapahtumia, etenee tapahtumien myötä vaiheittain ja päättyy johonkin. Palveluasumisessa tämä prosessi alkaa palveluntarpeesta, etenee hoito- ja palvelutapahtumien myötä vaiheittain ja päättyy esimerkiksi kotiutukseen. Hoitojaksolla toteutusvaiheen keskeisenä elementtinä on toisiaan seuraavan hoitopäivien ketju. Ikäihmisen näkökulmasta yksi hoitopäivä on merkittävä prosessi. (Holma 2003, 50–51.)

Prosessina hoito- ja palveluprosessi perustuu asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin ja sisältö vaihtelee. Tämä tekee hoito- ja palveluprosessista avoimen. Prosessin kulkua ja lopputulosta on vaikea ennustaa, koska muuttujia on paljon mukana. Siitä huolimatta prosessin on oltava hallinnassa ja ikääntyneiden ihmisten hoidon kohdalla tämä tarkoittaa, että hoito ja palvelu ovat hallinnassa. Ydinasioiden tulee olla tunnistettu ja näkyvillä: on sovittu, miten toimitaan ja tiedetään miksi näin toimitaan. Tarvittaessa toimintaa korjataan ja parannetaan. (Holma 2003, 50–51.) Hoitotyöntekijän tulee hallita hoitoprosessi ja tunnistaa hoitotyön päätöksenteon elementit. Kirjaamisen kehittämisessä isona haasteena on tämän näkyväksi saattaminen. (Mäkilä 2007, 40.)

Ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma takaa hoidon laadun sekä jatkuvuuden. Kaikilla asiakkaan palvelujen tuottamiseen, avustamiseen, hoivaan tai hoitoon osallistuvilla on tiedossa samat tavoitteet ja keinot, jotka ovat kirjallisesti ilmaistu. Myös asiakkaalla itsellään tulee olla tämä tieto. Yhdessä rakennettu suunnitelma ehkäisee virheitä ja väärinymmärryksiä, sekä palvelee niiden selvittämisessä. Selkeä suunnitelma hoidosta ja palvelusta ehkäisee työntekijöiden tekemää päällekkäistä työtä ja mahdollistaa työn- ja vastuunjakoa. Hyvä ja ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma edistää potilasturvallisuutta ja myös työntekijän omaa kehittymistä ja oppimista työstään. (Päivärinta ym. 2003, 17–18.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on myös tukena sosiaali- ja terveystoimen asiakaslähtöisessä toimintatavassa sekä kustannusten hallinnassa. Hoito- ja palvelusuunnitelman laadukkaan tekemisen varmistaminen kuuluu johtamiseen ja toimintakulttuuriin. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatii siihen nimetty oma-

hoitaja ja suunnitelman jatkuva arviointi on omahoitajan päivittäiseen työnkuvaan kuuluva työtehtävä. Yksittäisen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee tutustua myös uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden ja suunnitelman tulee antaa kattava kuva asiakkaan elämäntilanteesta, hoidosta, tavoitteista ja keinoista tavoitteisiin pääsemiseksi. Hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen tulee olla riittävä perehdytys, aikaa ja kirjalliset ohjeet saatavilla. Jokaisen työntekijän tulisi tietää paikalliset strategiat ja sitä ohjaavat arvot. Hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen tulisi olla paikallisesti yhteiset käytänteet. Johtamisessa otetaan vastuu toiminnan sujumisesta ja ongelmakohtiin puuttumisesta. (Päivärinta ym. 2003, 17, 23–24.)

4.2 Asiakslähtöisyys hoito- ja palvelusuunnitelmassa

Asiakslähtöisyys voidaan nähdä hoitotyön arvoperustana, jossa jokainen hoidettava kohdataan yhdenvertaisena yksilönä toimintakyvystä riippumatta. Hoito ja palvelukokonaisuudet tulee rakentaa asiakkaan näkökulmasta mahdollisimman toimiviksi kokonaisuuksiksi. Asiakslähtöinen hoitotyö on vastuuroista ja edellyttää sekä asiakkaalta että palveluntarjoajalta vuoropuhelua sekä ymmärrystä. Asiakslähtöisyyden keskeiset elementit ovat asiakslähtöisyys toiminnan arvoperustana ja ymmärrys asiakkaan tarpeista palvelujen rakentamisen lähtökohtana. Lisäksi asiakas on tasavertainen kumppani ja aktiivinen toimija. (Virtanen, Suonheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 18–19).

Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen perustana on laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), jonka 8§ velvoittaa, että asiakkaan osallistuminen tulee mahdollistaa palvelujensa suunnitteluun. Asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna asiakaslähtöisyys tarkoittaa itsemääräämisoikeuden, yhdenvertaisuuden ja toimijuuden toteutumista. Hoidon- ja palveluntuottajalle tämä taas merkitsee asiakkaan näkemistä palvelun kohteen sijasta resurssina ja toimijana, parhaimmillaan kumppanina. (Virtanen ym. 2011, 29).

Hoito- ja palvelusuunnitelman yhtenä pääteemana on asiakaslähtöisen työn edistäminen ja tukeminen. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen asiakkaan ja/tai hänen laillisen edustajansa tai muun läheisensä kanssa yhteistyössä, perustuen asiakkaasta lähtevään työotteeseen, on edellytykset hänen elämiseen haluamassaan ympäristössään toiveidensa mukaan. (Päivärinta ym. 2003, 5,13,15.) Räsänen (2011, 38–39) mukaan asiakas tulee asettaa hoitotyön keskipisteeseen ilman ehtoja, jota vahvistaa myös hoitotyön perimmäinen etiikka. Tällöin hoito- ja palvelusuunnitelman toteuttaminen käytännön työssä mahdollistaa asiakkaan tarvitsemansa palvelut ja tuo turvaa hänen arkielämälleen. Asiakkaalle tulee muodostua mielikuva että hänen sanallaan on vaikutusta saamiinsa palveluihin ja hoitoihin sekä mahdollisuus tehdä omia valintoja niiden eteen. Asiakkaan ja työntekijän välisiä väärinkäsityksiä ehkäistään parhaimmillaan silloin, kun suunnitelmaa tehdään jatkuvassa yhteistyössä. (Päivärinta ym. 2003, 5, 13, 15.)

Asiakaslähtöisessä hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulee riittävän hyvin esille asiakkaan yksilöllinen tilanne, sekä kokonaisvaltainen palveluntarve. Suunnitelmaa koostettaessa lähdetään liikkeelle asiakkaan omista palveluiden tar-

peista, keskustellaan hänen kanssaan tavoitteista ja toimista kuinka ne saavutettaisiin. Asiakkaan toimintakykyä ja elämäntilannetta arvioitaessa tulee huomioida hänen elinympäristö, jolloin suunnitelman laatiminen tapahtuu hänelle tutussa ympäristössä. Asiakkaalle annetaan mahdollisuus osallistua suunnitelman tekemiseen, toteuttamiseen ja sen arviointiin. Hänellä tulee olla myös mahdollisuus antaa palautetta ja hänen mielipiteensä tulee kirjata suunnitelmaan. Suunnitelman valmistelussa yhdistyy asiakkaan tarpeet ja toiveet, palvelumahdollisuudet sekä työntekijän asiantuntijuus. Työntekijä yhteistyössä asiakkaan kanssa luo henkilökohtaisen palvelukokonaisuuden, jonka toteutumista arvioidaan. (Päivärinta ym. 2003, 6, 13–14.)

Suunnitelmaa tehdessä tulee varmistaa palveluiden esteetön saatavuus, se on merkittävä tekijä asiakkaan osallistumisen varmistamiseksi. Palveluiden toimivuutta ja laatua asiakkaalla tulee olla mahdollisuus arvioida ja osallistumiselle on annettava tukea erityisesti hänen toimintakyvyn ollessa heikentynyt. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 20.) Toimintaa tulee säädellä, mutta asiakaslähtöisyyden toteutumiseksi on tärkeää seurata sitä, miten hoitotyötä tehdään ja kuinka se näytetään hoidettavalle. Liian raskas toiminnan säätely sekä liiaksi standardoidut palvelut heikentävät aitoa asiakaslähtöisyyttä. (Räsänen 2011, 172.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tulee tarkistaa ja muuttaa yhteistyössä asiakkaan kanssa, jos hänen tarpeissa tai voimavaroissa tapahtuu muutoksia. Hoidon ja palvelun suunnittelussa sekä kirjallisen suunnitelman tavoitteena tulee olla saumaton ja joustava palvelukokonaisuus, joka huomioonottaa asiakkaan yksilölliset tarpeet ja voimassa olevat voimavarat. Asiakas on itse oman elä-

mänsä asiantuntija ja omien olennaisten mielipiteidensä ilmaisijana yhteistyössä työntekijän kanssa laatimassa omaa suunnitelmaansa. (Päivärinta ym. 2003, 5–6, 15.)

Ennaltaehkäisevästi asiakkaalla tulee olla oikeus liittää suunnitelmaan toive ja tahdonilmaisu siitä, miten häntä tullaan hoitamaan tilanteessa, kun hän ei enää kykene ilmaisemaan tahtoaan hänen hoitovalinnoista päätettäessä. (Päivärinta ym. 2003, 5–6, 15.) Jos asiakas ei suunnitelmaa laatiessa kykene sairauden, henkisen toimintakyvyn vajavuuden tai muun vastaavan syyn vuoksi osallistumaan ja vaikuttamaan palvelujensa suunnitteluun tai hän ei ymmärrä ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja tai päätösten vaikutuksia, tulee hänen tahtoaan selvittää yhteistyössä hänen laillisen edustajansa kanssa (L 22.9.2000/812).

4.3 Hoidon sekä hoito- ja palvelusuunnitelman haasteet

Toteutuva palvelu ei aina vastaa hoitoa ja palvelua saavan henkilön odotuksia tai yksilöllistä tarvetta. Kritiikkiä on saanut erityisesti yksilöllisen palveluntarpeen hämärtyminen, eli niin kutsuttu massakohtelu ja heikot mahdollisuudet vaikuttaa omaan elämään ja siihen liittyviin päätöksiin. Lisäksi hoito- ja palvelusuunnitelmat eivät aina ole ajantasaisia eikä toteutus vastaa tehtyä suunnitelmaa. Haasteena on myös suunnitelmien toteutumisen todentaminen. Näihin seikkoihin tulisi erityisesti kiinnittää huomiota laadunparantamiseksi. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 30–31.)

Lisäksi on havaittu, että eri palveluntuottajien ja hoitoon osallistuvien läheisten tai omaisten vastuunjako ei hoito- ja palvelusuunnitelmaan ole kirjattu riittävän tarkasti. Laadun parantamiseksi tulevaisuudessa tulee myös tarkkailla kuntoutumisen mahdollisuuksien tunnistamiseen, lääkevirheisiin, palvelujen koordinointiin ja elämän loppuvaiheen hoitoon. Kuntoutumisen mahdollisuuksia jää usein tunnistamatta riittävän asiantuntijuuden puuttuessa sekä usein iäkkäillä henkilöillä on käytössään sopimaton lääke. Palvelujen koordinoinnin puutteet ilmenevät etenkin, kun palvelujen tarve on runsasta tai iäkäs henkilö sairastaa muistisairautta. Elämän loppuvaiheen erityistarpeiden ennakointiin ja kohtaamiseen tulisi olla riittävä osaaminen. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 30–31.)

Usein ikääntyneen ihmisen hoito epäonnistuu tiettyjen altistavien tekijöiden vuoksi. Hoidon epäonnistumiselle altistavat tekijät voidaan jakaa kahteen ryhmään: asiakaskohtaisiin ja hoitojärjestelmäkohtaisiin tekijöihin. Asiakaskohtaisia syitä ovat parantumaton sairaus, raihnaisuusaste, perussairaudet ja omat asenteet sekä odotukset. Hoitojärjestelmäkohtaisia syitä ovat hoidon viivästyminen sekä hoidon kohdentuminen epäolennaiseen asiaan. Hoidon viivästyminen sekä hoidon kohdentuminen epäolennaiseen asiaan. Hoidon viivästyminen vaikuttavia asioita ovat asenteet, voimavarat, priorisointi ja hoitojärjestelmän joustamattomuus. Riittävän tietotaidon puute ja hoidon pirstaloituminen johtaa hoidon kohdentumisen ikääntyneen ihmisen kannalta epäolennaiseen asiaan. Ikääntyneen ihmisen hoito ja kuntoutus onnistuu vain, jos kaikki vointiin ja selviytymiseen vaikuttavat tekijät on huomioitu. Hyvän hoidon perusedellytys on ikääntyneen ihmisen itsensä ja hänen elinolosuhteiden tarkka tunteminen. (Tilvis 2010, 93.)

5 Hoito- ja palvelusuunnitelmaa ohjaavat lait ja laatusuositus

5.1 Hoito- ja palvelusuunnitelmaa koskeva lainsäädäntö

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä on säädetty hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisesta. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (22.9.2000/812) 7§ kertoo, että sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma. Lain mukaan tilanteet, jolloin kyseessä on tilapäistä neuvontaa ja ohjausta tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta suunnitelman laatiminen ei ole pakollista. Lain 8§:n mukaan asiakkaan palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen on mahdollistettava hänen osallistuminen. Asiakkaan toivomukset ja mielipide on otettava ensisijaisesti huomioon ja itsemääräämisoikeutta tulee muutoinkin kunnioittaa.

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (28.12.2012/980) 16§:n mukaan kunnan vastuulla on, että hoito- ja palvelusuunnitelma toteutetaan. Samassa laissa myös veloitetaan, että asiakkaan palvelutarpeen selvityksen jälkeen suunnitelma on laadittava ilman aiheetonta viivettä, kuten myös silloin, jos palvelutarpeeseen vaikuttavia olennaisia muutoksia tulee ilmi.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (28.12.2012/980) säätää, että iäkkään henkilön toimintakykyä koskevan arvion perusteella palvelusuunnitelmassa tulee määritellä millainen palvelujen kokonaisuus tarvitaan hänen hyvinvointinsa, terveytensä, toimintakykynsä ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi ja hyvän hoidon turvaamiseksi. Kokonaisuutta muodostaessa iäkkään henkilön kanssa on neuvoteltava vaihtoehtoista ja hänen näkemykset on kirjattava suunnitelmaan. Neuvotteluissa on tarvittaessa oltava mukana hänen omaisensa, läheisensä tai hänelle määrätty edunvalvoja.

Sosiaalihuoltoasetuksen (29.6.1983/607) 6§:ssä velvoitetaan, että asiakkaan sosiaalihuollon tarpeen arvioimiseksi ja avun saannin turvaamiseksi on yhdessä hänen kanssaan tarvittaessa laadittava huoltosuunnitelma.

Potilasasiakirjoista annetun asetuksen (30.3.2009/298) 7§:ssä säädetään potilasasiakirjoja koskevia periaatteita ja vaatimuksia. Asiakirjoihin tulee merkitä tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi. Merkintöjen suhteen tulee noudattaa selkeää ja ymmärrettävää kieltä ja tulee käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Asetus määrittää asiakirjojen laatimisen lisäksi myös niiden säilyttämisestä ja hävittämisestä.

Potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) säädetyin lain mukaan hoidon tulisi tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, potilaalla on oikeus vaikuttaa itseään koskevaan hoitoon. Potilaalla on oikeus kieltäytyä tarjotusta hoitopaikasta, annettavasta hoidosta tai hoitotoimenpiteestä näin halutessaan.

Toukokuun 2011 alussa voimaan tulleen terveydenhuoltolain (30.12.1010/1326) mukaan asiakas, joka asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella, voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muita kuin oman kuntansa perusterveydenhuollon palveluja.

5.2 Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi

Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi antavat sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen kuntaliitto. Suosituksen tavoitteena on turvata väestölle mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen. Lisäksi tavoitteena on turvata laadukkaat ja vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville. Laatusuositus on tarkoitettu kehittämisen ja arvioinnin tueksi palveluja järjestävien kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Suositus palvelee lisäksi sosiaali- ja terveystalvelujen tuottajia, alan ammattihenkilöitä sekä kolmannen sektorin palvelutarjoajia. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 3.)

Laatusuosituksen sisältö hyvän ikääntymisen turvaamiseksi kohdentuu joko yksilö- tai väestötasolle. Suositus ovat jaettu seitsemään teemaan, jotka jokainen sisältää omat sisällön mukaiset suositukset. Nämä seitsemän keskeistä osa-alueetta ovat osallisuus ja toimijuus, asuminen ja elinympäristö, mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, oikea palvelu oikeaan aikaan, palvelujen rakenne, hoidon ja huolenpidon turvaajat sekä johtaminen. Jokaisella osa-alueella on tutkittuun tietoon perustuvat perustelut.

Suosituksen toteutumista arvioidaan järjestelmällisesti kullekin sisältöalueelle sopivin indikaattorein. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 3.)

Osallisuus ja toimijuus -teema käsittelee nimensä mukaisesti ikäihmisen osallisuutta ja toimijuutta yhteiskunnassa. Keinoina osallisuuden ja toimijuuden vahvistamiseen nähdään vanhusneuvostojen vahvistaminen ja toimintaedellytysten turvaaminen. Osallisuus ja toimijuus tulee turvata myös silloin, kun toimintakyky on heikentynyt: tarvittavia apuvälineitä on oltava saatavilla ja hoidon- ja palvelun suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin on oltava mahdollista vaikuttaa. Lisäksi kunnan toimintoja, kuten liikenne- ja kulttuuripalveluita, on suunniteltava ikäihmisten voimavarat huomioiden. Asuminen ja elinympäristö ohjaavat kuntia kehittämään ikääntyneen väestön asumis- ja elinympäristöä toimivaksi kokonaisuudeksi. Osana toimivaa kokonaisuutta tulee turvata palvelujen saanti omalla äidinkielellä. Esteettömyys ja turvallisuus tulee huomioida sekä koti- että laitosasumisessa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 17–22.)

Mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen velvoittaa kuntia laatimaan suunnitelman toimenpiteistä ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisyyden tukemiseksi. Lisäksi tulee olla tietyt kriteerit täyttävä suunnitelma palveluista ja niiden kehittämisestä. Erityishuomiota tulee kiinnittää riskiryhmiin ja heitä varten on tehtävä kohdennettuja toimenpiteitä. Neuvontaa ja ohjausta annettaessa yleisen terveystiedon lisäksi tulee kiinnittää huomiota tiettyihin ikäihmisen hyvinvointiin liittyviin seikkoihin, kuten aivoterveystiedon edistämiseen ja psyko-sosiaalisen hyvinvoinnin vahvistamiseen. Oikea palvelu oikeaan aikaan keskittyy palveluntarpeen

määrittämiseen ja oikeanlaisen ja oikeanaikaisen palvelun toteuttamiseen. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi 2013, 24–35.)

Palvelujen rakenne ohjaa kuntia suunnittelemaan palveluita huomioiden väestön rakenteen ja sen ennusteen sekä palvelun tarvetta aiheuttavien sairauksien vallitsevuuden. Palveluntarpeessa tulee säännöllisten palveluiden lisäksi huomioida tilapäinen palveluntarve. Hoidon ja huolenpidon turvaajat osiassa käsitellään henkilöstömääriä ja henkilöstörakennetta. Lisäksi ikääntyneellä ihmisellä tulisi olla nimetty vastuutyöntekijä tilanteessa, jossa toimintakyky on pysyvästi tai tilapäisesti alentunut. Johtamisosio määrittää kunnan strategisen johdon tehtävät ja vastualueet sekä velvoittaa johtoasemassa olevat henkilöt laadunseurantaan. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 36–54.)

5.3 Laadunvarmistaminen ja omavalvonta

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (28.12.2012/980) 23§:n mukaan kunkin toimintayksikön johtajan on huolehdittava, että palvelujen laadun varmistamiseksi järjestetään omavalvonta. Omavalvontaa varten on laadittava julkisesti nähtävillä oleva omavalvontasuunnitelma, jonka toteutumista on seurattava ja palveluja kehitettävä säännöllisesti kerättävän palautteen perusteella. Omavalvonta sosiaalipalveluissa (2012) on päivittäiseen työhön tehty kirjallinen suunnitelma, joka toimii työkaluna kehittämässä ja seuraamassa palvelun laatua toimintayksikön työssä.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto määrittelee tarkemmin oma- valvontasuunnitelman sisällöstä, laatisesta ja seurannasta. Valviralta on 1.1.2015 tullut voimaan yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhuspalvelujen omavalvontasuunnitelmaa koskeva määräys. Määräyksen mukaan omavalvontasuunnitelmaan on henkilökunnan ja toimintayksikön johdon yhteistyönä kirjattava menettelytapa, kuinka palvelu-, hoito- tai kuntoutussuunnitelma laaditaan. (Yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhuspalvelujen omavalvontasuunnitelman sisältöä, laatimista ja seuranta koskeva määräys 2014.)

Oma- valvontasuunnitelmaan on kirjattava miten asiakkaan mielipiteet ja toiveet otetaan huomioon hoito- ja palvelusuunnitelmassa ja miten kuullaan asiakkaan laillista edustajaa hänen palveluiden suunnittelussa ja seurannassa. Oma- valvontasuunnitelmaan tulee myös kirjata, kuinka varmistetaan, että henkilökunta työskentelee hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti ja miten sen toteutumista ja päivittämistä seurataan. (Yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhuspalvelujen omavalvontasuunnitelman sisältöä, laatimista ja seuranta koskeva määräys 2014.)

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta THL ja Valvira kokosivat tutkimustietoa yhdessä vuoden 2013 ja 2014 aikana lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista vaikutuksista sekä ikääntyneen väestön että ikääntyneille tuotettujen palveluiden osalta. Seurantakyselyn tavoitteena oli tuottaa kuvaus ja analyysi vanhuspalveluiden tilanteesta ennen lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisestä sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista voimaantuloa keväällä 2013 ja lain voimaantulon jälkeen syksyllä 2014. Hoito- ja palvelusuunnitelma oli

yksi laatutekijöistä jota toimintayksiköistä selvitettiin yksityiskohtaisena tavoitteena. Lisäksi selvitettiin myös se, kuinka monella toimintayksiköistä omavalvontasuunnitelma oli laadittuna ja oliko se julkisesti nähtävillä. (Aejmelaesus, Ahonen, Alastalo, Finne-Soveri, Jussmäki, Kuusisto, Luoma, Mäkelä, Noro, Peltola, Sakki, Savioja, Uusitalo, Vidén & Voutilainen 2013.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on strukturoidun kyselylomakkeen avulla selvittää keskeisen laatusuosituksen toteutumista palveluasumisessa asuvan ikääntyneen hoito- ja palvelusuunnitelmassa sekä kartoittaa hoitohenkilöstön kokemuksia hoito- ja palvelusuunnitelman kytkeytymisestä arjen hoitotyöhön.

Kysymykset pyrimme rakentamaan siten, että vastauksista ilmenee mahdolliset ongelmakohdat, joita tulevaisuudessa voidaan esimerkiksi perehdytyksessä ja ohjeissa ottaa huomioon. Päämääränä on kartoittaa tilannetta erityisesti osa-alueilta, joihin sosiaali- ja terveysministeriö on laatusuosituksessaan kehottanut kiinnittämään huomiota. Tulosten on tarkoitus myös kertoa kuinka hyvin hoito- ja palvelusuunnitelma kytkeytyy arjen hoitotyöhön ja miltä osin sitä tulee tiukemmin pyrkiä kytkemään arkeen.

Tavoitteena on, että opinnäytetyön tulokset palvelevat hoito- ja palvelusuunnitelmien toimivuudesta vastaavia henkilöitä ja hoitotyön esimiehiä ja myös

jokaista työyhteisön jäsentä. Hoidon- ja palvelusuunnittelu on tänä päivänä keskeistä jokaisella sairaanhoitajan työskentelykentällä ja tätä ammatillista osaamista opinnäytetyö kohdallamme vahvistaa. Työmme antaa hyvän tutkituun tietoon ja suosituksiin perustuvan teoriapohjan hoito- ja palvelusuunnitelmien merkitykselle hoidossa. Lisäksi opinnäytetyömme myötä opimme kvantitatiivisen tutkimuksen tutkimusprosessista ja tutkimusmenetelmien käytöstä uutta tietoa.

Tutkimustehtävämme ovat:

1. Miten hoito- ja palvelusuunnitelman taustalla vaikuttava keskeinen laatusuositus toteutuu hoito- ja palvelusuunnitelmassa?
2. Miten hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa arjen hoitotyötä?

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Kohderyhmän kuvaus

Jyväskylän kaupunki järjestää palveluasumista kaupungin omana toimintana, ostopalveluna ja palvelusetelillä. Palveluasumisen yksiköitä Jyväskylän kaupungilla on 11 erikokoista yksikköä. (Palveluasuminen 2015.) Lisäksi lyhytaikaisen palveluasumisen yksikössä asiakkaina ovat myös pysyvää palveluasumisen tai pitkäaikaishoidon paikkaa odottavia asiakkaita (Akseli- ja Elina -koti 2015).

Opinnäytetyön kohderyhmänä on Jyväskylän kaupungin palveluasumisen hoitohenkilöstö. Kohderyhmä koostuu Jyväskylän kaupungilla työskentelevästä hoitohenkilöstöstä, eli ostopalveluyksiköt ja palvelusetelillä tuotettavan hoidon paikat ja niiden henkilöstö on rajattu pois. Kyselylomakkeen lähetimme koko palveluasumisen hoitohenkilöstölle jokaiseen toimipaikkaan.

Palveluasumisessa on henkilöstöä tällä hetkellä 283 ihmistä. (Matikainen 2015.) Tutkimuskyselyn ulkopuolelle tästä jää toimipaikkojen esimiehet, joita jokaisessa toimipaikassa on yksi. Valtaosa hoitohenkilöstöstä on lähi- tai perushoitajia. Lisäksi toimipaikoissa työskentelee myös sairaanhoitajia. Täydellinen ammattiryhmien erottelu toisistaan on tässä vaiheessa haastavaa. Kyselyssämme tulemme ammattiaseman erottelemaan.

7.2 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä ja kyselytutkimus

Määrällinen tutkimusmenetelmä eli kvantitatiivinen menetelmä tarkoittaa tutkimustapana sitä, että tietoa tarkastellaan numeerisesti, eli tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. Tutkimuksessa kysymyksiin vastataan: kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Määrällisen tutkimuksen koko prosessi on monivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa tutkimusaineisto kerätään, seuraavaksi aineisto käsitellään, sitten analysoidaan ja viimeisimpänä koko tutkimusaineisto tulkitaan. (Vilkkä 2007, 14, 106.)

Heikkilän (2014) mukaan kvantitatiivisesta tutkimuksesta voidaan käyttää myös nimitystä tilastollinen tutkimus. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään yleensä vakioituja tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviin kysymyksiin vastauksia selvitettäessä edellytyksenä on riittävän laaja ja edustava otos. Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä ei pystytä selvittämään asioiden syitä, vaan selvitetään olemassa oleva tilanne (Heikkilä 2014, 15.) Tästä syystä opinnäytetyömme on selkeästi kvantitatiivinen tutkimustyö.

Määrällisessä tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat mm. johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, hypoteesien esittäminen, käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitelmat sekä tutkittavien henkilöiden valinta. Lisäksi muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon sekä aineisto saateetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136.)

Kyselytutkimus eli survey – tutkimus on tyypillinen muuttujien välisiä suhteita tarkasteleva menetelmä. Kyselytutkimuksella voidaan hankkia sellainen tutkimusaineisto, jolla kuvataan esimerkiksi käsityksiä, mielipiteitä tai asenteita laajojen joukkojen kohdalla. (Anttila 1998) Kyselytutkimus sopii aineiston keräämisen tavaksi silloin, kun tutkittavia on paljon ja he ovat hajallaan. (Vilkkä 2007, 28). Anttilan (1998) mukaan kyselyt soveltuvat parhaiten käytettäväksi erilaisten tilanteiden, käytänteiden ja olosuhteiden kartoitukseen sekä vertailujen tekemiseen ja tästä syystä valitsimme survey-menetelmän.

Kyselytutkimus kerää aineistoa tavalla, jossa kysymyksen muoto on vakioitu, eli standardoitu. Vakioinnilla tarkoitetaan sitä, että kysymyslomake lähetetään tismalleen samanlaisena jokaiselle tutkittavalle. Kyselytutkimuksessa teoreettiset käsitteet tulee muuttaa arkikielelle ja edelleen kysymyksiksi, ennen kuin kyselyä voidaan tehdä. Tällä varmistetaan se, että tutkittava ymmärtää kysymyksen arkiymmärryksellään. Tieteessä tätä vaihetta kutsutaan operationalisoinniksi. Asioiden tutkiminen määrällisesti on mahdollista siten, että kysymykset ja vastaukset strukturoidaan. Strukturointi tarkoittaa sitä, että tutkittavat asiat vakioidaan kysymyksiksi ja vastauksiksi. (Vilka 2007, 28, 14–15.)

Survey-tutkimus voidaan tehdä joko avoimin kysymyksin, monivalintakysymyksin tai asteikkoihin eli skaalaan perustuvalla kysymystyypillä. Kysymystyyppejä voidaan käyttää myös rinnakkain. (Hirsjärvi ym. 2007, 194–195) Kysely ei ole yhtä kuin määrällinen tutkimus, mutta määrällisen tutkimuksen aineiston keruu tapahtuu usein kyselytutkimuksen avulla. (Vilka 2007, 17.) Likert-asteikosta puhuttaessa mitataan mielipideväittämiä. Asteikko mittaa väittämää siten, että toiseen suuntaan samanmielisyys kasvaa ja toiseen suuntaan vähenee. Asteikolla mitataan kokemukseen perustuvaa mielipidettä. (Vilka 2007, 45–46.)

Survey-tutkimuksen keskeiset kritiikin kohteet liittyvät vastaajien haluun vastata rehellisesti kyselyyn sekä kysymysten onnistumiseen vastaajan näkökulmasta. Tutkijan ei ole mahdollista kontrolloida vastaajien motivaatiota vastata huolellisesti ja rehellisesti. Lisäksi hankaluuksia on kontrolloida väärinymmärryksiä sekä sitä, kuinka hyvin vastaajat ovat kokonaisuudessaan selvillä tutkimusalueesta. Suljettuja kysymyksiä kritisoidaan myös siitä, että ne kahlitsevat vastauksen tiettyihin raameihin, eikä vastaajan oma ajattelu pääse esille.

Kyselytutkimuksissa kokonaisuudessaan vastausprosentti jää helposti pieneksi. (Hirsjärvi ym. 2007, 190, 196.)

Kasvavien kyselymäärien myötä tutkimuskyselyiden vastaajamäärä on ollut laskusuuntainen. Tämän myötä vastaajakato on yleisesti ottaen kasvanut. Tätä ilmiötä kutsutaan vastausväsymykseksi. Verkossa tehtävä kysely saa osakseen kritiikkiä siitä, että vastaajat valikoituvat verkkoyhteyden ja tietokoneen käyttömahdollisuuksien mukaan. Lisäksi merkitystä on sillä, kokeeko vastaaja verkkovastaamisen itselleen tutuksi. (Vehkalahti 2014, 48.)

7.3 Kyselylomakkeen laatiminen, aineiston keruu ja analysointi

Hyvällä kysymyslomakkeen laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnitelmalla voidaan vaikuttaa siihen, kuinka tutkimus tulee onnistumaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 193) Kysymyksiä aloitimme suunnittelemaan heti opinnäytetyön alkuvaiheessa. Laadimme sitä varten docs-asiakirjan verkkoympäristöön ja kokosimme tähän väittämiä ja kysymyksiä, jotka myöhemmin hioimme lopulliseen muotoon pilottiversiota varten. Lopullisen kyselylomakkeen loimme verkkopohjaisen Webropol-kyselytyökalun avulla.

Ennen lopullisen lomakkeen lähettämistä tulee kysymyksillä tehdä esitutkimus eli niin kutsuttu pilottitutkimus. Pilottitutkimuksen avulla kyetään hiomaan kysymyslomaketta sekä yksittäisiä kysymyksiä lopulliseen muotoonsa, jonka kysymykset tulisivat olla ymmärrettäviä ja ulkoasu moitteeton. (Hirsjärvi ym. 2007, 198–199.)

Opinnäytetyössämme päädyimme rakentamaan mittarit suljetuin kysymyksiin ja skaalaan perustuvien kysymystyyppien. Tätä puoltavat tutkittavan joukon koko sekä vastausten mielekäs vertailu ja analysointi. Hirsjärvi ym. (2007) toteaa suljetun kyselytutkimuksen auttamaan vastaajaa tunnistamaan tutkittavaa ilmiötä sen sijaan, että se tulisi muistaa ja näin vastaaminen muodostuu helpommaksi.

Tutkimuskysymyksistä teimme alustavan listan väittämistä, joiden avulla muodostimme lopullisen tutkimuskysymyslomakkeen. Kysymyksien muotoiluun saimme ohjausta opinnäytetyön ohjaajilta sekä Jyväskylän kesäyliopistolta, jonka ”oppari kuosiin” -kurssin vetäjä toimi tukenamme omien ohjaajien ollessa lomalla. Esittelimme kysymykset myös palvelupäällikkö Arja Porrassalmelle, jonka välityksellä saimme toiveita kysymysten sisällöstä palvelupäälliköiltä. Lisäksi testasimme kysymyksiä kohderyhmään kuulumattomilla hoitoalan ammattilaisilla. Palautteiden mukaan hiomme kysymyksiä läpi opinnäytetyöprosessin ja muovasimme kysymykset lopulliseen muotoonsa.

Kysymysteknisten asioiden lisäksi toivoimme palautetta myös ulkoasullisiin seikkoihin ja lomakkeen loogisuuteen. Vilkka (2007, 107) kehottaa laatimaan selkeät vastausohjeet, ettei vastaaja joudu esimerkiksi arvailemaan kuinka kysymykseen tulee vastata. Lisäksi pyrimme huolellisuuteen käsitteiden määrittelyssä ja kyselyn kytkemisessä teoriatietoon. Saatekirjeen merkitystä ei tule aliarvioida. Hyvin laaditulla saatekirjeellä voidaan vaikuttaa vastaajan motiivointiin ja herättää kiinnostus kyselyä kohtaan. Tämä vaikuttaa myös vastausten luotettavuuteen. (Vehkalahti 2014, 48.)

Oman kyselymme ajoitimme syyskuulle, joka ei enää ole suosittu kesäloma-kuukausi. Alustavan suunnitelman mukaan kysely olisi ollut avoinna kaksi viikkoa, mutta päädyimme jatkamaan sitä vielä viikolla. Kyselymme oli avoinna 1.-21.9.2015. Palvelupäällikkö Riitta Matikainen lähetti kyselylinkin sähköpostilla palveluasumisen henkilöstölle. Hänen mukaansa myös palvelupäälliköiden yksikkökohtainen sähköpostilistan käyttö kannattaa hyödyntää ja päädyimme siihen, että Riitta Matikaisen lähettämän kyselylinkin jälkeen myös palvelupäälliköt lähettivät kyselyn henkilöstölleen. Riitta Matikaisen lähettämä linkki tutkimuskyselyyn takasi sen, että kysely meni koko henkilöstölle ja palvelupäälliköiden lähettämä linkki joitain päiviä tämän jälkeen teki kyselystä henkilökohtaisemman ja motivoi toistaiseksi vastaamatta jättäneitä henkilöitä vastaamaan kyselyyn. Jatkettuamme kyselyaikaa toistimme kyselyn palvelupäälliköiden välityksellä vielä kertaalleen.

Opinnäytetyömme tuloksia käsittelimme ja analysoimme Webropol-ohjelman laatimien kaavioiden ja taulukoiden avulla, tämä lisää myös luotettavuutta, sillä tuloksia ei tarvitse erikseen siirtää ohjelmasta toiseen. Vastausajan päätyttyä teimme katoanalyysin, eli analysoimme kadon laadun kokonaisuudessaan. Määrällisessä tutkimuksessa kato tulee aina arvioida ja tässä vaiheessa saa arvokasta tietoa kysymysten onnistumisesta ja mahdollisista virheistä. (Vilka 2007, 106–107.)

8 Opinnäytetyön tulokset

8.1 Aineiston esittely

Opinnäytetyön kohderyhmänä oli Jyväskylän kaupungin palveluasumisen hoitohenkilöstö. Kysely toteutettiin kokonaistutkimuksena. Hoitohenkilöstön määrä oli 283 henkilöä ja vastauksia saimme 153 kappaletta. Vastausprosentiksi muodostui 54 %. Kyselyyn vastanneista 78 % (119 kappaletta) oli lähihoitajia, 17 % (27 kappaletta) sairaanhoitajia ja 5 % ilmoitti kuuluvansa johonkin muuhun ammattiryhmään. Muina ammattinimikkeinä ilmoitettiin varahenkilö (2 kappaletta), osastonhoitaja, palveluesimies, sosiaaliohjaaja, sosionomi ja kodinhoitaja. Edellä mainituista osan oletetaan kuitenkin toimivan mahdollisesti lähihoitajan tai sairaanhoitajan ammatissa.

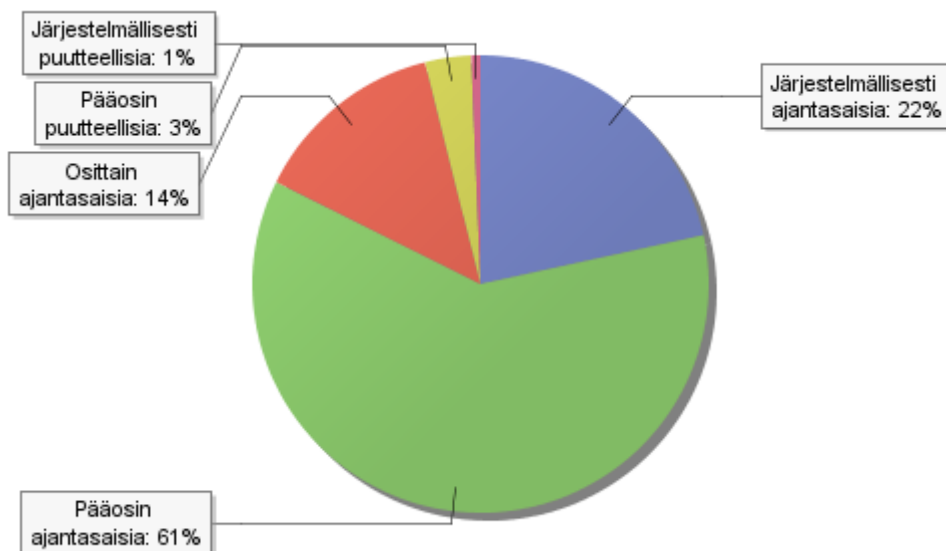
Taustatietoina kysyimme myös kyselyyn vastanneen henkilön toimintayksikköä. Vastauksia saimme jokaisesta toimintayksiköstä. Yksittäisten toimintayksikköjen tarkkaa henkilöstömäärä ei ollut tiedossa, joten yksikkökohtaista vertailua vastausprosentteissa emme kyenneet tekemään. Lisäksi taustatiedoissa ilmenee myös kyselyyn vastanneen henkilön toimenkuvaan kuuluva omahoitajuus. Kyselyyn vastanneista 87 % (133 kappaletta) toimii potilaan tai asiakkaan nimettynä omahoitajana ja 13 % (20 kappaletta) ei kyselyyn vastatessa toiminut omahoitajana.

Tulosten analysoinnin aloitimme välittömästi vastausajan päätyttyä. Aluksi analysoimme opinnäytetyökysymykset kysymys kerrallaan, jonka jälkeen alkoi johtopäätösten muodostaminen.

8.2 Laatusuosituksen mukainen hoito- ja palvelusuunnitelma

Suurin osa, eli 83 %, vastaajista ilmoitti hoito- ja palvelusuunnitelmien olevan joko järjestelmällisesti ajantasaisia (22 %) tai pääosin ajantasaisia (61 %). 14 % vastaajista ilmoitti hoito- ja palvelusuunnitelmien olevan osittain ajantasaisia. Ainoastaan 4 % vastaajista ilmoitti hoito- ja palvelusuunnitelmissa olevan isoja puutteita ja näistäkin vain yksi vastasi hoito- ja palvelusuunnitelmien olevan järjestelmällisesti puutteellisia (ks. kuvio 1.)

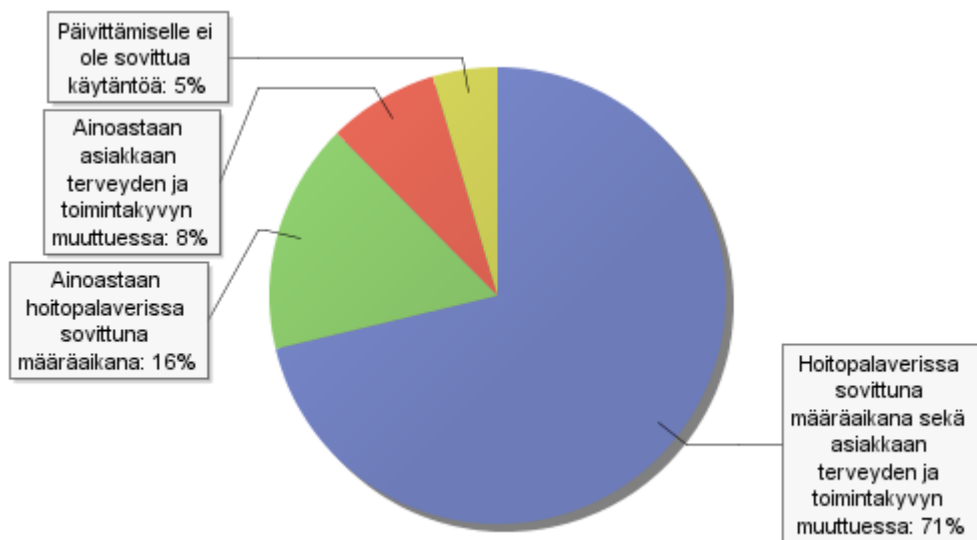
Mielestäni asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat yksikössämme ovat



KUVIO 1. Yksiköiden hoito- ja palvelusuunnitelmien ajantasaisuus

Hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämistä koskevaan kysymykseen (ks. kuvio 2.) 71 % vastaajista ilmoitti päivityksen tapahtuvan sovittuna määräaika- ja asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa, kuten laatusuositus ohjaakin toimimaan. 24 % vastaajista ilmoitti hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämisessä olevan puutteita: 16 % vastaajista ilmoitti hoito- ja palvelusuunnitelmien päivityksen tapahtuvan ainoastaan sovittuna määräaika- ja 8 % vastaajista ilmoitti päivityksen tapahtuvan ainoastaan toimintakyvyn muuttuessa. Lisäksi 5 %:n mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämisellä ei ole sovitua käytäntöä. Tämä ei kuitenkaan anna vastausta siihen puuttuvatko käytännöt vai eivätkö vastaajat vain ole tietoisia käytännöistä.

Mielestäni hoito- ja palvelusuunnitelmia päivitetään

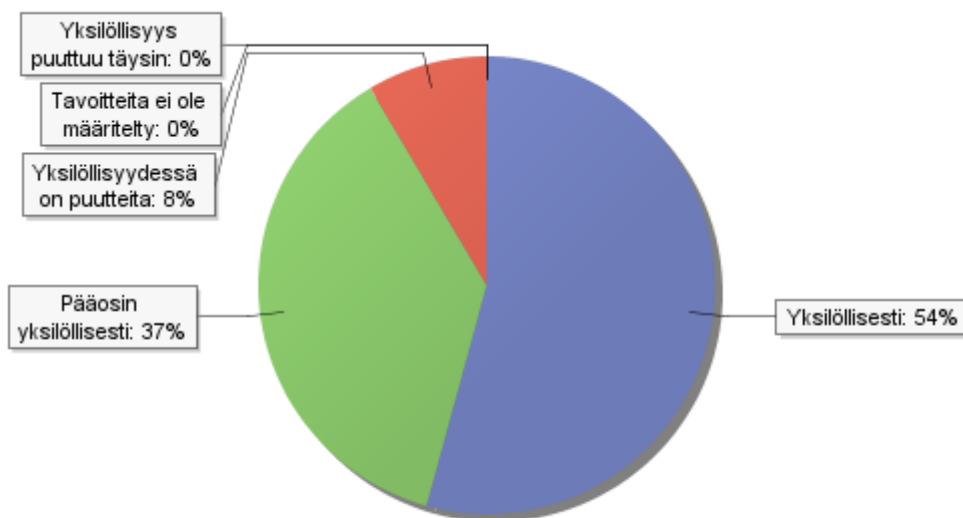


KUVIO 2. Hoito- ja palvelusuunnitelman päivittäminen ajantasaiseksi

Vastaajista 54 %:n mukaan asiakkaan tavoitteet ovat määriteltyinä hoito- ja palvelusuunnitelmaan yksilöllisesti ja 37 %:n mukaan pääosin yksilöllisesti

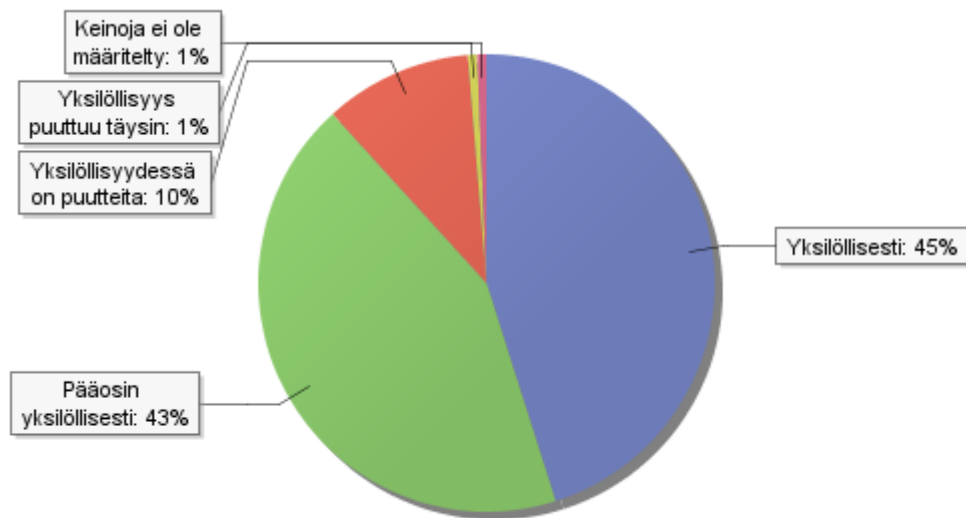
(ks. kuvio 3). Myös keinot tavoitteiden saavuttamiseksi ilmenevät yksilöllisesti 45 %:n mukaan ja pääosin yksilöllisesti 43 %:n mukaan (ks. kuvio 4). Jonkinlaisia puutteita yksilöllisyydessä tavoitteiden määrittämisen suhteen on vastaajista vain 8 %:n suhteen. Yksilöllisten tavoitteiden täydellistä puuttumista tai tavoitteiden määrittämättä jättämistä ei ainutkään vastaaja koe olevan. 10 % vastaajista ilmoittaa keinoissa tavoitteiden saavuttamiseksi olevan puutteita yksilöllisyydessä ja kaksi vastaajaa kokee yksilöllisyyden puuttuvan keinojen osalta täysin (1 %) tai keinojen olevan täysin määrittelemättä (1 %).

Mielestäni asiakkaan tavoitteet yksikkömme hoito- ja palvelusuunnitelmissa ovat määritetty?



KUVIO 3. Asiakkaiden yksilöllisten tavoitteiden määrittely hoito- ja palvelusuunnitelmissa.

Mielestäni keinot tavoitteiden saavuttamiseksi ilmenevät hoito- ja palvelusuunnitelmissa?



KUVIO 4. Yksilöllisyys tavoitteiden saavuttamiseksi hoito- ja palvelusuunnitelmissa.

Suljettujen kysymysten lisäksi rakensimme mielipiteitä Likert-asteikoilla mittaavia väittämiä (ks. taulukko 1). Vastaajista yli puolet oli joko täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei ole mahdollista toteuttaa riittävän yksilöllisesti. 60 % vastaajista oli joko täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että itsemääräämisoikeus näkyy hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Tämä ei kuitenkaan anna vastausta siihen, toteutuuko itsemääräämisoikeus käytännön työssä. Kuitenkin peräti 78 % vastaajista oli täysin tai osittain samaa mieltä siitä, että asiakkaan ja/tai hänen omaisensa tai edustajansa oikeus vaikuttaa hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöön sekä toteuttamiseen toteutuu hyvin. Täysin (32 %) tai osittain (47 %) samaa mieltä vastaajat olivat siitä, että RAI-järjestelmän raporttia on helppo hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelmaa rakentamisessa. Väittämästä "sosiaali- ja terveysministeriön jul-

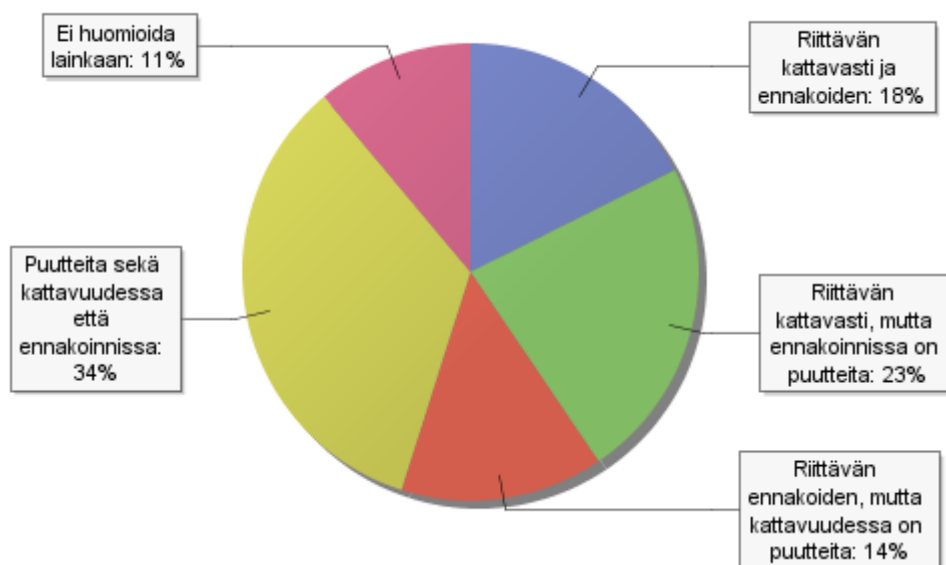
kaisema laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi on minulle tuttu” 58 % vastaajista oli osittain samaa mieltä ja 23 % täysin samaa mieltä.

Taulukko 1. Laatusuosituksen väittämiä.

Väittäjä:	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi on minulle tuttu	23 %	58 %	12 %	4 %	4 %
Itsemääräämisoikeus näkyy hoito- ja palvelusuunnitelmassa	33 %	47 %	18 %	1 %	1 %
RAI-järjestelmän raporttia on helppo hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelman rakentamisessa	32 %	40 %	20 %	5 %	3 %
Asiakkaan ja / tai hänen omaisensa / edustajansa oikeus vaikuttaa hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöön sekä toteuttamiseen toteutuu hyvin	35 %	43 %	21 %	1 %	0 %
Hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei ole mahdollista toteuttaa riittävän yksilöllisesti arjen hoitotyössä	16 %	38 %	22 %	24 %	1 %

Hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöön liittyvänä kysymyksenä kysyimme lisäksi elämän loppuvaiheen hoidon huomiointia hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Vastaajista ainoastaan 18 % ilmoittaa elämän loppuvaiheen hoidon olevan huomioituna hoito- ja palvelusuunnitelmassa riittävän kattavasti ja ennakoiden. 71 % vastaajista ilmoittaa elämän loppuvaiheen hoidon huomioinnin olevan puutteellista ennakoinnin suhteen (23 %), kattavuuden suhteen (14 %) tai molempien osa-alueiden suhteen (34 %). Lisäksi 11 % vastaajista ilmoittaa, että elämän loppuvaiheen hoitoa ei hoito- ja palvelusuunnitelmissa huomioida lainkaan (ks. kuvio 5).

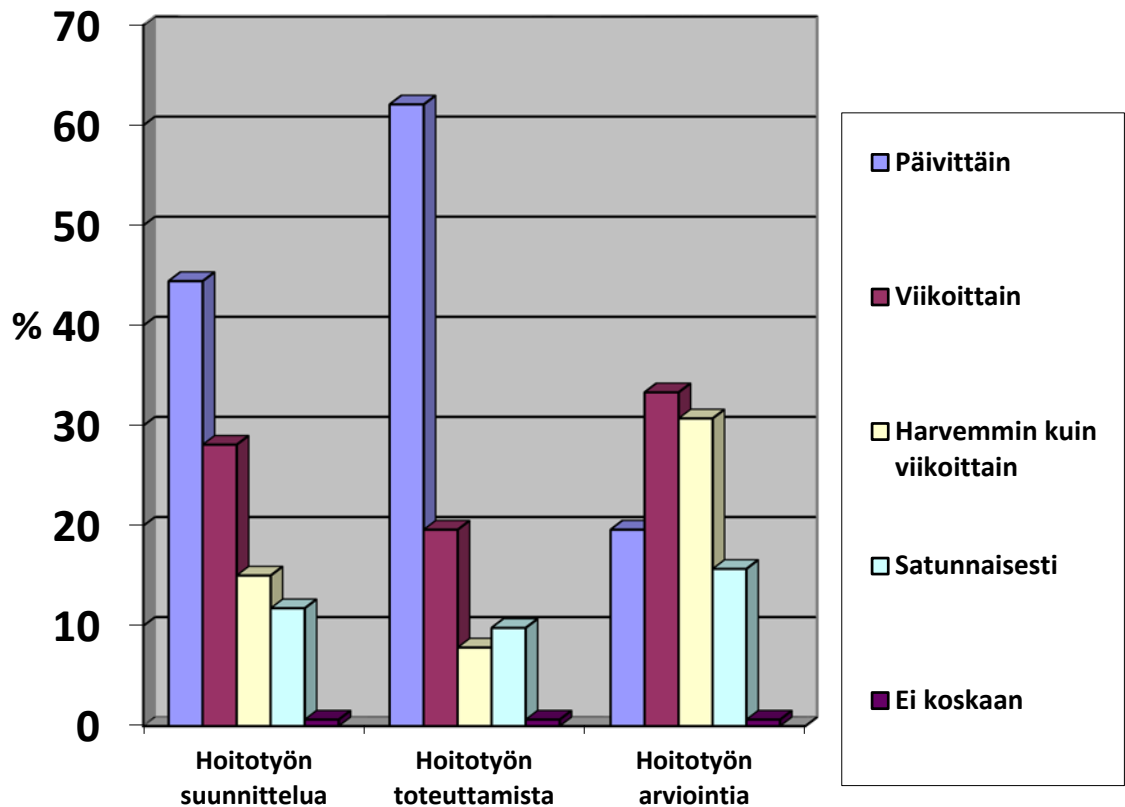
Mielestäni elämän loppuvaiheen hoito huomioidaan hoito- ja palvelusuunnitelmissa?



KUVIO 5. Elämän loppuvaiheen hoidon huomiointi hoito- ja palvelusuunnitelmassa.

8.3 Hoito- ja palvelusuunnitelma sekä arjen hoitotyö

Hoito- ja palvelusuunnitelman palvelemista arjen hoitotyössä pyrimme kartoittamaan esimerkiksi arvioimalla sitä, kuinka usein hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa hoitotyön prosessia sen eri vaiheissa. Parhaiten hoito- ja palvelusuunnitelma näyttäisi ohjaavan hoitotyön suunnittelun ja toteuttamisen vaihetta. Vastauksista ilmeni hoito- ja palvelusuunnitelman ohjaavan hoitotyön suunnittelua päivittäin 44 %:a, viikoittain 28 %:a, harvemmin kuin viikoittain 15 %:a, satunnaisesti 12 %:a ja ei koskaan 1 %:a vastaajista. Hoitotyön toteuttamista hoito- ja palvelusuunnitelma sen sijaan ohjaa joko päivittäin (62 %) tai viikoittain (20 %) vastaajista ja vain vähemmistöllä tätä harvemmin. Hoitotyön arvioinnin vaihetta kartoittaessa vastaukset jakoutuivat tasaisesti eri vaihtoehtojen välille. Viidennes vastaajista koki hoito- ja palvelusuunnitelman ohjaavan sitä päivittäin (20 %), viikoittain (33 %) sekä harvemmin kuin viikoittain noin kolmannes (31 %) ja satunnaisesti 16 %. (ks. taulukko 2). Lisäksi kysyimme missä määrin hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa hoitotyön kirjaamista. 27 % ilmoitti näin olevan päivittäin ja noin puolet (52 %) vastaajista ilmoitti näin olevan päivittäin. Noin viidennes kertoo hoito- ja palvelusuunnitelman ohjaavan kirjaamista harvemmin kuin viikoittain (12 %), satunnaisesti (8 %) tai ei koskaan (1 %).

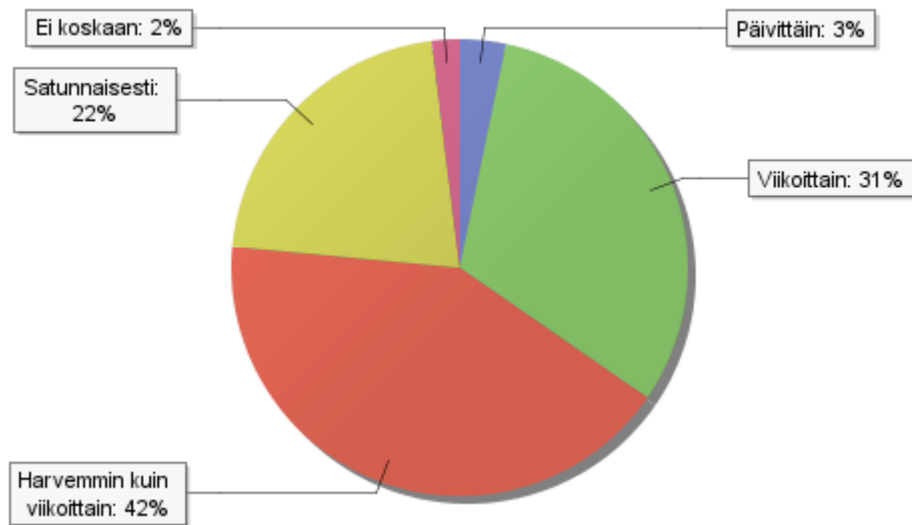


KUVIO 6. Hoito- ja palvelusuunnitelman hyödyntäminen hoitoprosessin eri vaiheissa.

Arviointia hoito- ja palvelusuunnitelman ajantasaisuudesta vastaajista vain 3 % kertoi tekevnsä työssään päivittäin. Viikoittain tätä arviointia kertoi tekevnsä 31 %, harvemmin kuin viikoittain 42 % ja jopa 22 % ainoastaan satunnaisesti (ks. kuvio 6). Lisäksi pyrimme kartoittamaan raportointikäytäntöjä arjen hoitotyössä koskien hoito- ja palvelusuunnitelman päivittymistä. Vastausvaihtoehdot prosenttimäärineen ilmenevät kuviosta 7. Muina raportointikeinoina kerrottiin olevan erillisiä listoja (3 kpl) tai todettiin joko itsensä (1 kpl) tai sairaanhoitajan (3kpl) huolehtivan raportoinnista. Kolmessa vastauksessa mainittiin päivityksen tapahtuvan aina RAI-arvioinnin yhteydessä, mutta tämä ei varsinaisesti vastaa kysymykseen kuinka tieto kulkee työyhteisössä. Myös muita vastauksia ilmeni, joissa ei varsinaisesti vastata kysymykseen tai todetaan raportoinnin tapahtuvan annettujen vastausvaihtoehtojen puitteissa.

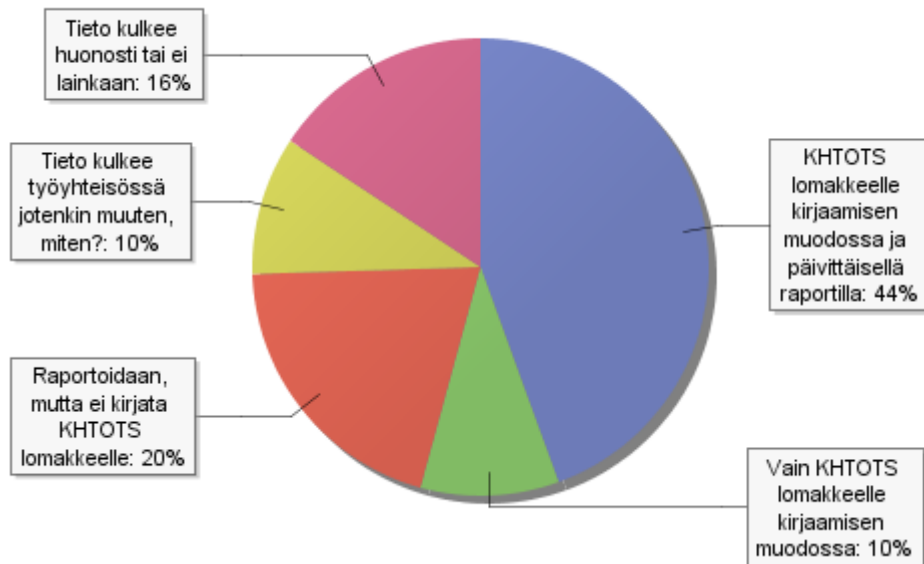
Vastausten kirjavuudesta johtuen herää epäily, onko kysymystä täysin ymmärretty.

Arvioin hoito- ja palvelusuunnitelman ajantasaisuutta työssäni.



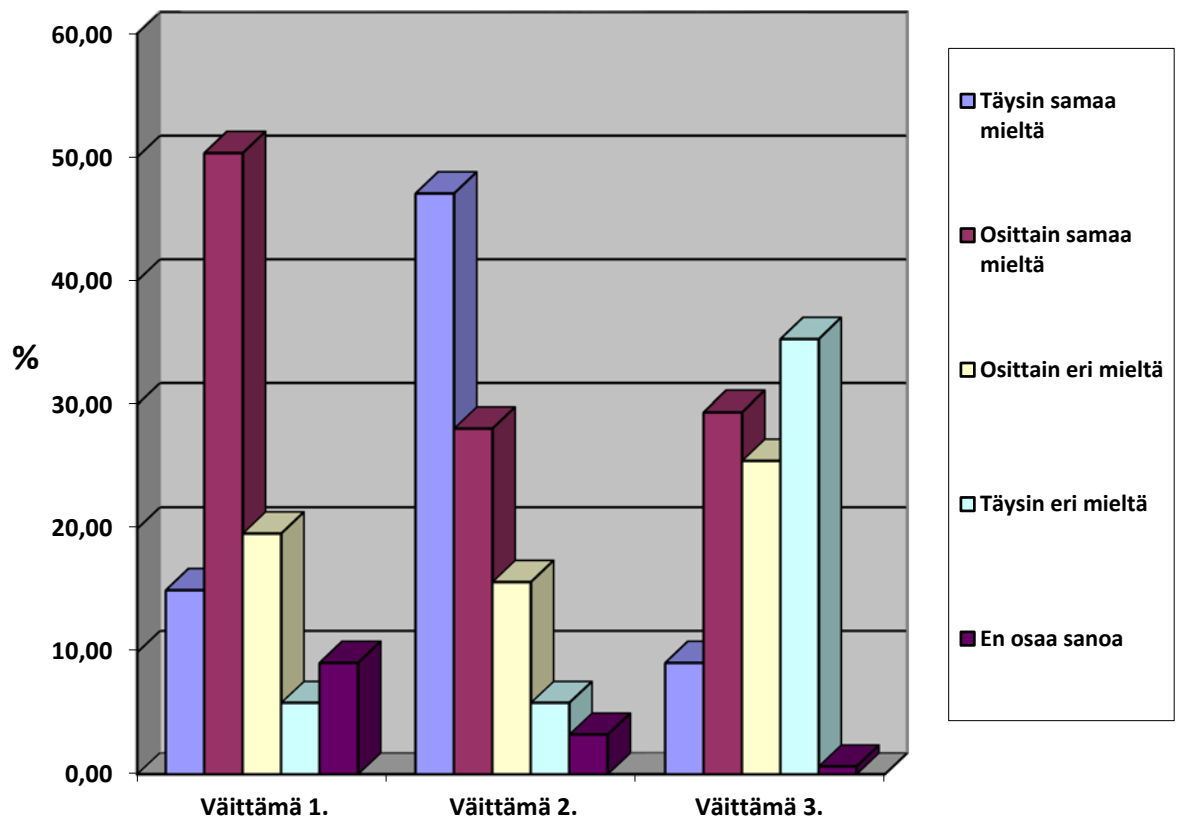
KUVIO 7. Hoito- ja palvelusuunnitelman ajantasaisuuden arviointi.

Mielestäni tieto yksittäisen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämisestä kulkee työyhteisössä.



KUVIO 8. Raportointikäytännöt hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämisestä.

Vastaajista puolet ilmoittivat olevan osittain samaa mieltä väittämästä “hyödynnän sosiaali- ja terveysministeriön laatimaa laatusuositusta hoito- ja palvelusuunnitelmassa. Osittain tai täysin erimieltä oli 26 % vastaajista ja täysin samaa mieltä 15 %. 9 % vastaajista ei osannut sanoa. Kolme neljäsosaa vastaajista oli täysin (47 %) tai osittain (28 %) samaa mieltä siitä, että uusien työntekijöiden perehdyttämiseen kuuluu hoito- ja palvelusuunnitelmaan perehtyminen. Väittämässä “hoito- ja palvelusuunnitelma on käytännön työstä irrallaan oleva asiakirja” vastausvaihtoehdot jakautuivat kohtalaisen tasaisesti osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä ja täysin erimieltä vastanneiden kesken (ks. taulukko 3).



KUVIO 9. Arjen hoitotyön väittämiä.

Väittämä 1. Hyödynnän sosiaali- ja terveysministeriön laatimaa laatusuosittusta hoito- ja palvelusuunnitelmassa.

Väittämä 2. Uusien työntekijöiden perehdyttämiseen kuuluu hoito- ja palvelusuunnitelmaan perehtyminen.

Väittämä 3. Hoito- ja palvelusuunnitelma on käytännön työstä irrallaan oleva asiakirja.

9 Johtopäätökset ja pohdinta

9.1 Laatusuositus hoito- ja palvelusuunnitelmassa

Laatusuosituksessa todetaan hoito- ja palvelusuunnitelmien ajantasaisuudessa olevan osittain puutteita. Jyväskylän kaupungin palveluasumisessa hoito- ja palvelusuunnitelmat näyttävät olevan hoitohenkilöstön näkökulmasta pääosin ajantasaisia ja lisäksi hoito- ja palvelusuunnitelmat päivitetään pääosin siten, kun laatusuositus edellyttää tehtävän. Laadunparantamisen kannalta on tärkeää, että jokaisella iäkkäällä henkilöllä on ajantasainen hoito- ja palvelusuunnitelma.

Vastaajista harva tekee kuitenkin hoito- ja palvelusuunnitelmien ajantasaisuuden arviointia päivittäisessä työssään, vaikka näin tulee toimia. Herääkin kysymys onko ajantasaisuuden arviointi kyselyssämme luotettava. Toisaalta tätä arviointia ei välttämättä aina mielletä työksi, vaikka sitä todellisuudessa päivittäisessä hoitotyössä tehdään.

Yksilöllisyys näyttää tulevan hyvin huomioiduksi asetettaessa sekä hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteita että keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Paremminkin yksilöllisyys toteutuu tavoitteiden suhteen, mutta myös keinoissa tavoitteiden saavuttamiseksi yksilöllisyys tulee kohtalaisen hyvin esille. Yksilöllisyyteen näyttää olevan panostettu hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa eikä niitä tehdä kaavamaisesti ja sisällöltään samanlaisiksi. Räsänen (2011, 51, 138) mukaan hoitotyön tavoitteita ja keinoja on määritelty hoito- ja palvelusuunnitelmissa vain yleisellä tasolla, mutta hänenkin mukaansa tässä asiassa

on tapahtunut positiivista kehitystä. Mielestämme myös tämän opinnäytetyön tulosta voi pitää hyvänä.

Kysyttäessä mahdollisuutta yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelmien toteuttamiseen, tulokset olivat hieman heikommat. Sisällöltään siis hoito ja palvelusuunnitelmat vastaavat suosituksia, mutta toteutuksen osalta on vielä kehitettävää. Toisaalta kuitenkin hoito- ja palvelusuunnitelman koetaan ohjavan arjen hoitotyötä etenkin hoitoprosessin suunnittelu- ja myös toteutusvaiheessa, joten pyrkimys yksilölliseen toteuttamiseen on vahva. Lisäksi vastaajat kokevat asiakkaan mahdollisuudet vaikuttaa hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöön ja toteutukseen hyvänä. Tästä syystä on vaikea tehdä yksiselitteistä johtopäätöstä siitä, kuinka yksilöllistä toteutus mahdollisesti on.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus -työryhmän hankkeen tavoitteena on ollut uudistaa itsemääräämisoikeutta koskevaa lainsäädäntöä. Lakiehdotus oli käsittelyssä eduskunnassa vaalikaudella 2011–2014, mutta sitä ei ehditty käsitellä loppuun ja asian käsittely jäi kesken, joten ehdotus raukesi vaalikauden päättyessä (Koski, 2015). Valtaosa kyselymme vastaajista on vähintäänkin osittain samaa mieltä, että itsemääräämisoikeus on esillä hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Tulosta voimme pitää kohtalaisen hyvänä, vaikka viidennes vastaajista oli edelleen eri mieltä.

Elämän loppuvaiheen hoidon huomioiminen nähdään laatusuosituksessa asiakokonaisuutena, johon tulevaisuudessa tulee kiinnittää huomiota. Oikein toteutettu ja laadukas palliatiivinen- ja saattohoito mahdollistaa ikääntyneen elämän niin täysipainoisena kuin se mahdollista on aina kuolemaan saakka.

Lisäksi se tukee omaisia hoitoprosessin ajan ja kuoleman jälkeen. Elämän loppuvaiheen hoidon linjausten tulee olla yksilöllisiä ja linjaukset selkeästi kirjattu. Tämä antaa suuntaa hoitotyölle, vähentää omaisten ahdistusta ja lisää asiakkaan elämän- ja kuolemanlaatua. Saattohoitoa tulee antaa siellä, missä asiakas on hoidossa. (Voutilainen 2010.)

Kyselyn perusteella elämän loppuvaiheen hoidon liittämisesä hoito- ja palvelusuunnitelmaan löytyi selkeästi puutteita. Hoitolinjaukset tulee tehdä oikeanaikaisesti ja riittävän laaja-alaisesti. Kyselyyn vastanneista vain harva oli sitä mieltä, että nämä molemmat asiat täyttyvät. Samansuuntaista tietoa on antanut myös lukemamme kirjallisuus. Esimerkiksi Vanttaja, Seinelä & Valvanne (2015, 78) kuvaa artikkelissaan DNR-päätöksenteossa olevan varovaisuutta tutkimiensa asiakkaiden toimintakyky ja ikä huomioiden. Palveluasumisessa tähän osa-alueeseen olisi erityisen tärkeää kiinnittää huomiota, sillä vasta ilmestyneen Mari Aaltosen (2015, 57) tutkimuksen mukaan yhä useammin ikääntynyt kuolee juuri ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Tämän asian kehittäminen vaatii myös lääkäreiden sitoutumista asiaan, sillä elämän loppuvaiheen hoitoon liittyvät päätökset ovat lääketieteellisiä päätöksiä. Hoitohenkilöstö on kuitenkin Finne-Soverin (2010, 86) ratkaisevassa roolissa informaation antajana lääkärille.

Toimintayksiköiden palvelupäälliköillä oli toiveena kysymys RAI-järjestelmään liittyen. Vastauksen perusteella voi päätellä, että enemmistö vastaajista kokee RAI-järjestelmän raportin helppona hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelmaa rakennettaessa. Lisäksi RAI-järjestelmään viitattiin myös avoimissa vastauksissa, jotka koskivat hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittymisen raportointia. Useassa vastauksessa mainittiin hoito- ja palvelusuunnitelmien päivitettävän aina RAI-arvioinnin yhteydessä.

Vastaajista yllättävänkin moni koki ainakin jossain määrin tuntevansa sosi-
aali- ja terveysministeriön julkaiseman laatusuosituksen hyvän ikääntymisen
turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi, vaikka tämä suositus on ensisijai-
sesti johdon työkalu laadun parantamiseksi. Mielestämme tämä kertoo lä-
hiesimpien onnistuneen saattamaan hoito- ja palvelusuunnitelmien taustalla
vaikuttavan suosituksen myös henkilöstön tietoisuuteen ja toisaalta henkilös-
tön perustavan toimintaansa suosituksiin.

9.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma arjen hoitotyössä

Hoito- ja palvelusuunnitelma näyttäisi ohjaavan vahvasti hoitotyötä etenkin
hoitoprosessin suunnittelu- ja toteutusvaiheessa. Hoito- ja palvelusuunni-
telma kytkeytyy siis kohtalaisen hyvin arjen työhön siltä osin. Arvioinnin
osalta tulokset olivat heikommat. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa voisi pyrkiä
kytkemään tiukemmin arjen hoitotyöhön juuri arvioinnin osalta. Toisaalta
juuri hoitotyön arviointi on prosessissa juuri se osa-alue, joka usein jää vaille
huomiota.

Käytännön hoitotyöhön liittyvistä asioista kysyimme hoito- ja palvelusuunni-
telman ohjaamista kirjaamiskäytäntöihin. Hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa
vastaajien päivittäisen hoitotyön kirjaamista melko hyvin. Lisäksi uusien
työntekijöiden perehdyttämiskäytäntöihin vastaajien mielestä kuuluu pereh-
tyminen hoito- ja palvelusuunnitelmiin.

Kysymyksessä, jossa tiedusteltiin vastaajien mielipidettä siitä, että hoito- ja palvelusuunnitelma olisi käytännön hoitotyöstä irrallaan oleva asiakirja, vastausvaihtoehdot jakautuivat melko paljon. Jakaumasta mieleemme tuleekin, että hoito- ja palvelusuunnitelman tärkeys tiedostetaan, mutta jotkin yksittäiset seikat kuitenkin vaikeuttavat hoito- ja palvelusuunnitelman mieltämistä osaksi arjen hoitotyötä. Opinnäytetyön tekijöille heräsikin kysymys siitä, onko hoito- ja palvelusuunnitelma teknisesti helposti saatavilla ja hyödynnettävissä potilastietojärjestelmässä? Tämä kysymys heräsi myös siitä syystä, että vastaukset hoito- ja palvelusuunnitelmien raportointikäytännöistä olivat niin moninaisia.

9.3 Kehitys- ja jatkotutkimusehdotukset

Kysyttäessä elämän loppuvaiheen hoidon huomioinnista hoito- ja palvelusuunnitelmissa vastaajat olivat selkeästi sitä mieltä, että puutteita tällä osa-alueella on. Mielestämme keskeisin kehittämisen kohde laatusuosituksen toteutumiseksi hoito- ja palvelusuunnitelmissa on elämän loppuvaiheen hoidon huomiointi nykyistä kattavammin ja myös riittävän ennakoiden hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Jatkotutkimusehdotuksena mieleemme tulee selvittää henkilöstön mahdollisia koulutustarpeita liittyen elämän loppuvaiheen hoidon osaamiseen.

Itsemääräämisoikeus on viime vuosina ollut vahvasti esillä puhuttaessa ikään-tyneen ihmisen hyvästä hoidosta. Yhteiskunnalta voi edelleen odottaa ponnisteluja itsemääräämisoikeuden parantamiseksi esimerkiksi mahdollisin laki-

muutoksin. Itsemääräämisoikeuden näkymisen ja toteuttamisen parantamiseksi kannatamme edelleen panostusta myös työntekijätasolla kaikissa hoito- ja palvelusuunnitelmissa ja opinnäytetyömme tulosten mukaan suunta on tässä oikea.

Lisäksi ehdotamme tulevaisuudessa panostamaan hoito- ja palvelusuunnitelmien arviointiin. Myös itse hoito- ja palvelusuunnitelmien arviointia tulisi arkisessa hoitotyössä korostaa. Vaikka opinnäytetyömme ei vastannut suoraan kysymykseen siitä, kuinka yksilöllisesti hoito toteutuu, niin mielestämme tätä tulisi jatkossa arvioida. Koska yksilöllisyys on kuitenkin vahvasti esillä hoito- ja palvelusuunnitelmissa, olisikin mielenkiintoista jatkossa selvittää mitkä tekijät mahdollisesti estävät hoito- ja palvelusuunnitelman yksilöllisen toteutumisen.

Hoitajien kokemuksia ja ehdotuksia olisi hyvä ottaa huomioon etenkin, kun sote-uudistuksen myötä myös potilastietojärjestelmät ovat kokonaisuudessaan uudistumassa. Sähköisen kirjaamisen aikana hoito- ja palvelusuunnitelman tulisi ohjata myös sitä työtä ilman, että työntekijä joutuisi tekemään erillisiä toimenpiteitä, esimerkiksi siirtymään paperisten versioiden tarkasteluun työskennellessään sähköisessä potilastietojärjestelmässä.

9.4 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen kokonaisluotettavuutta mitataan reliabiliteetilla ja validiteetilla. Reliabiliteetti arvioi tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen, eli kertoo mit-

tauksen toistettavuudesta. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata tutkittavaa asiaa (Vilkka 2007, 149–152), eli saadaanko mitattua juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2007, 226).

Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää se, että lähetimme kyselylomakkeen koko perusjoukolle. Holopaisen & Pulkkisen (2008, 30) mukaan kokonaistutkimus kannattaa tehdä, jos perusjoukko on pieni tai otantakooksi muodostuvat puolet perusjoukosta. Myös otantakoon ollessa kolmasosan perusjoukosta, kokonaistutkimusta kannattaa harkita. Vilkka (2008, 152) toteaa, että perusjoukon ja mahdollisen otannan huolellinen määrittely parantaa tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimusongelman määrittelimme selkeästi ja kysymyslomakkeen pyrimme tekemään mahdollisimman houkuttelevaksi. Panostimme myös kysymysten selkeään muotoiluun, kuten Vilkka (2007, 152–153) kirjassaan *Tutki ja mittaa* suosittaa. Kokonaisluotettavuutta voidaan lisätä myös toisilta saatujen kommenttien perusteella. Kysymyksistä pyysimme palautetta läpi opinnäytetyön ajan ohjaajiltamme ja Jyväskylän kesäyliopiston yhteyshenkilöltä. Lisäksi kävimme kysymyksiä läpi palveluasumisen esimiesten kanssa. Ennen lopullisen kysymyslomakkeen lähettämistä, sen luotettavuuden varmistamiseksi teimme kahteen otteeseen pilottitutkimuksen lopulliseen tutkimukseen kuulumattomien hoitoalan ammattilaisten keskuudessa, joiden palautteiden perusteella viimeistelimme kysymyslomakkeemme. Tilastotieteen asiantuntijalta kysimme neuvoa, jo kyselylomakkeen suunnitteluvaiheessa, kuten Vehkalahti (2014, 40) suosittelee tekemään, kun kyse on määrällisten tutkimuksesta.

Tutkittava alue oli kokonaisuudessaan laaja siksi hyvin haastava toteuttaa yhden kyselyn puitteissa. Kyselymme kattoi laatusuosituksen keskeisiin kehittämistarpeisiin peilaten vain osan. Esimerkiksi kuntoutumisen mahdollisuudet ja niiden tunnistaminen puuttui kyselystä täysin. Tämä saattaa olla kyselytutkimuksemme validiteettia heikentävä asia. Kysymyslomakkeen onnistuimme kuitenkin rakentamaan houkuttelevaksi ja helpoksi vastata. Raportointia koskevan kysymyksen kohdalla vastaajat ovat avoimissa vastauksissaan vastanneet osittain epäolennaisesti. Myös tämä voidaan nähdä validiteettia heikentävänä asiana.

Vastauskadosta johtuvaa systemaattista virhettä pyrimme minimoimaan huolellisesti suunnitellulla lomakkeella ja hiotuilla kysymyksillä. Kyselyn teimme verkkokyselynä. Riittävän vastausprosentin saamiseksi toistimme kyselyn, kuten Hirsjärvi ym. (2007, 191) ohjaa tekemään. Lisäksi ajoitimme kyselyn siten, että mahdollisimman monella on mahdollisuus kyselyyn vastata. Näillä toimenpiteillä huomioimme myös sen, että vastaajista suurin osa on vuorotyötä tekeviä, joten kaikilla oli mahdollisuus aikarajojen puitteissa osallistua tutkimukseen.

Vastausprosentti on yksi luotettavuuden mittari (Vehkalahti 2014, 44). Kyselytutkimuksemme vastausprosentti lisää reliabiliteettia. Opinnäytetyömme vastausprosentti nousi odotettua korkeammaksi. Vastausprosentti onkin yksi opinnäytetyömme luotettavuutta lisäävä tekijä, sillä Vehkalahten (2014, 44) mukaan kyselytutkimuksissa vastausprosentti jää nykyään yleensä alle 50 %. Edellisessä kappaleessa mainittujen toimenpiteiden lisäksi vastausprosenttiin on luultavasti vaikuttanut myönteisesti myös Jyväskylän palveluasumisen palvelupäälliköiden henkilöstön motivointi vastaamiseen ja tästä olemmekin opinnäytetyön tekijöinä erityisen kiitollisia.

Kysymyslomakkeen saatekirjeessä selvitimme opinnäytetyömme tarkoituksen. (ks. liite 1.) Tuloksia julkaistessa yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa. Yksikköjen intymiteettisuoja kunnioitimme ja tästä kävimme myös keskusteluja palveluasumisen yksiköiden esimiesten kanssa. Yksittäisen tutkittavan tietoja ei ole tunnistettavassa muodossa. Olemme toimineet opinnäytetyöprosessin ajan puolueettomasti, eikä meidän näkemykset tai vakaumus ole vaikuttanut missään vaiheessa prosessin kulkuun. Tulokset olemme raportoineet objektiivisesti ja mahdollisista tahattomista virheistä olemme informoineet tutkimusraportissa. (Heikkilä 2014, 28–29.)

9.5 Opinnäytetyön prosessin arviointia

Prosessina opinnäytetyö opetti tekijöilleen paljon uutta tietoa niin hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyvästä teoriasta kuin tietoa määrällisen tutkimuksen tekemisestä. Työtä tehdessämme tutustuimme suureen määrään tutkimuksia ja huomasimme, että moni hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyvä vastaava tutkimus on toteutettu liittyen kotihoitoon ja kotona asuvan ikääntyneen hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Nämä eivät ole suoraan vertailukelpoisia palveluasumisen hoito- ja palvelusuunnitelmiin, vaikka periaate hoito- ja palvelusuunnitelmassa on aina sama.

Aihe saatiin rajattua hyvissä ajoin, laadimme kaksi selkeää tutkimusongelmaa, emmekä yrittäneetkään kerätä ylimääräistä aineistoa näiden ulkopuolelta. Alkuvaiheen kappaletta ”opinnäytetyössämme käytetyt käsitteet” lu-

kuun ottamatta opinnäytetyömme teksti on osoitettu alan ammattilaisille, kuten Hirsjärvi ym. (2007, 83) ohjeistaa tekemään. Työmme aihealue muodostui kuitenkin kokonaisuudessaan hyvin laajaksi ja aihetta olisi voinut rajata vieläkin suppeammaksi. Mielestämme onnistuimme kuitenkin tuottamaan tärkeää tietoa ajatellen sitä, kuinka ikäihmisen hoitotyötä voisi tulevaisuudessa kehittää laadullisesti yhä paremmaksi. Tutkimusongelmat saivat aihiota suoraan työelämän edustajilta, joka selkeytti ajatuksiamme siitä, mitä kyselyllä haluamme tietää. Aineiston kerääminen aloitettiin vasta sen jälkeen, kun olimme pohtineet selkeästi mitä haluamme tietää ja minkälaisia johtopäätöksiä kerätyllä aineistolla haluamme saada. (Hirsjärvi ym. 2007, 81.)

Yhteistyö ja toimivat työnjaot lisäävät prosessin mielekkyyttä ja tässä onnistuimme hyvin. Yksi työmme voimavara onkin ollut positiivinen asenne työtä ja tekemistä kohtaan. Tärkeää ohjausta ja tukea työn tekemiseen saimme opinnäytetyön ohjaajilta ja ”Opinnäytetyö kuosiin” -kurssin vetäjältä. Opinnäytetyön aihe on mielenkiintoinen, mutta ei kuitenkaan herättänyt haitallisia tunnereaktioita työtä kohtaan. Aiheen ajankohtaisuus ja työelämälähtöisyys lisäsivät motivaatiota työskennellä aiheen parissa. Yhteistyö palvelupäälliköiden kanssa on ollut sujuvaa ja mahdollistanut työn tekemisen ja onnistumisen. Kokonaisuudessaan koemme opinnäytetyöprosessin onnistuneen hyvin.

Lähteet:

Aaltonen, M. 2015. Patterns of care in the last two years of life. Care transitions and places of death of old people. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 27.10.2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9902-9>.

Aejmelaesus, R. Ahonen, H. Alastalo, H. Finne-Soveri, H. Jusmäki, T. Kuusisto, R. Luoma, M-L. Mäkelä, M. Noro, A. Peltola, S. Sakki, J. Savioja, R. Uusitalo, E. Vidén, H. Voutilainen, P. 2013. Ympäri vuorokautista hoitoa tarjoavat toimintayksiköt vuonna - Tiedonkeruu ja tulokset tilanteesta ennen vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Viitattu 4.6.2015. http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/ympvrk/2013_arkistoitu05122013/raportti.pdf.

Akseli- ja Elina-koti. 2015. Jyväskylä. Vanhuspalvelut. Viitattu 2.6.2015. <http://www.jyvaskyla.fi/ikaantyneet/asuminen/lyhytaikainen>.

Anttila, P. 1998. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Viitattu 8.6.2015. http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/01_tutkimusprosessi/02_tutkimisen_taito_ja_tiedon_hankinta/09_tutkimusmenetelmat/21_survey_eli_kyselytutkimus.

Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 2.6.2015. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/asumispalvelut.

Ensio, A. 2007. Päätöksenteon prosessimalli hoitotyössä. Teoksessa Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Toim. K. Saranto, A. Ensio, K. Tantt & A. L. Suominen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Finne-Soveri, H. 2010. Ikääntyneiden pitkäaikaishoito. Teoksessa Geriatria. Toim. R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell.

Finne-Soveri, H. 2013. Pitkäaikaissairaalan potilaan hoitopaikan valinta. Lääkärin käsikirja. Viitattu 4.6.2015. http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00550&p_haku=toimintakyky.

Finne-Soveri, H. Leinonen, R. Autio, T. Heimonen, S. Jyrkämä, J. Muurinen, S. Räsänen, R. & Voutilainen, P. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. TOIMIA-tietokanta. Viitattu

2.6.2015. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/06/13/Palvelutarvesuositus_S004_110609.pdf.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Bookwell Oy.

Heikkinen, E. Laukkanen, P. & Rantanen, T. 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa Gerontologia. Toim. E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen. Kustannus Oy Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven offset Oy.

Helin, S. 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Gerontologia. Toim. E. Heikkinen & T. Rantanen. Kustannus Oy Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Helin, S. & von Bonsdorff, M. 2013. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Gerontologia. Toim. E. Heikkinen, J. Jyrkämä & T. Rantanen. Kustannus Oy Duodecim. Saarijärvi: Saarijärven offset Oy.

Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen -suunta ja välineet kehittämistyöhön. Helsinki: Suomen kuntaliitto. Kuntatalon paino.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. WSOY oppimateriaalit Oy.

Kalkas, H. & Sarvimäki, A. Hoitotyön etiikan perusteet. 2000. Vantaa: Tummavuoren Kirjapaino Oy.

Kassara, H. Paloposki, S. Holmia, S. Murtonen, I. Lipponen, V. Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Werner Söderström Oy.

Koski, S. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus. Eduskunta. Viitattu 15.10.2015. https://www.eduskunta.fi/FI/tietoeduskunnasta/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/Sivut/sosiaali_ja_terveydenhuollon_asiakkaan_itsemaaramisoikeus.aspx.

Koskinen, S. Martelin, T. & Sainio, P. 2007. Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 24/2007. Viitattu 4.6.2015. <http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/78119/2007b24.pdf?sequence=1>.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Viitattu 3.6.2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3415-3>.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980. Viitattu 2.6.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Viitattu 2.6.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. Viitattu 2.6.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007/159. Viitattu 8.6.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>.

Matikainen, R. 2015. Palvelupäällikkö. Jyväskylän kaupunki. Puhelinkeskustelu. 15.6.2015.

Mitä toimintakyky on? 2014. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 5.6.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>.

Mäkelä, M. Autio, T. Heinonen, H. Holma, T. Häkkinen, H. Hänninen, T. Pajala, S. Sainio, P. Schroderus, K. Seppänen, M. Sihvonen, S. Stenholm, S. & Valkeinen, H. 2013. Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 4.6.2015. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/12/19/TOIMIA_suositus_toimintakyvyn_arvioinnista_iakkaan_vaeston_hyvinvointia_edistavien_palveluiden_yhteydessa_20131219.pdf.

Mäkilä, M. 2007. Puheenvuoro: Hoitotyön prosessi ja päätöksenteko – Näkyvää vai ei? Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen. Toim. H. Hopia & L. Koponen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Suomen sairaanhoitajaliitto Oy. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Noro A., Finne-Soveri H., Björkgren M. & Vähäkangas, P. 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarjärvi: Gummeruksen Kirjapaino.

Omavalvonta sosiaalipalveluissa. 2012. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 4.6.2015. <https://www.valvira.fi/sosiaalihuolto/sosiaalihuollon-valvonta/omavalvonta>.

Palveluasuminen. 2015. Jyväskylä. Vanhuspalvelut. Viitattu 2.6.2015. <http://www.jyvaskyla.fi/ikaantyneet/asuminen/palveluasuminen>.

Porrassalmi, A. 2015. Jyväskylän kaupunki. Vanhus- ja vammaispalvelut. Palvelupäällikkö. Puhelinkeskustelu 15.6.2015.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2003. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

RAI-järjestelmän yleisimmät mittarit. 2014. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 4.6.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelujen-ja-hoidon-laatu/rai-vertailukehittaminen/tietoa-rai-jarjestelmasta/rai-jarjestelman-yleisimmat-mittarit>.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Viitattu 27.10.2015. https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61722/R%C3%A4s%C3%A4nen_Riitta_DORIA.pdf?sequence=4.

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607. Viitattu 2.6.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1983/19830607>.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 30.3.2009/298. Viitattu 2.6.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>.

Stolt, M. Koskenniemi, J. Katajisto, J. Hupli, M. Suhonen, R. & Leino-Kilpi, H. 2015. Muistisairaiden henkilöiden elämänlaatu kotihoidossa ja ympärivuorokautisessa hoidossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti - Journal of Social Medicine. 52:1. 60-75.

Surakka, T. Suonsivu, K. & Åstedt-Kurki, P. 2015. Vanhustyön lähijohtajien näkemyksiä vanhuksen kanssa tehtävästä työstä. Gerontologia. 28:4. 221-230.

Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 2.6.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>.

Tilvis, R. 2010. Geriatrien arviointi. Teoksessa Geriatria. Toim. R. Tilvis, K. Pitkälä, T. Strandberg, R. Sulkava & M. Viitanen. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell.

Vanhuspalvelulain toimeenpanon seuranta. 2015. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.6.2015. <https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/ikapoliittikka-ja-palvelujarjestelma/vanhuspalvelulain-toimeenpanon-seuranta>.

Vanhuspalvelulain (980/2012) toimeenpanon seuranta. Ympäri vuorokautista hoitoa tarjoaville toimintayksiköille suunnatun kyselyn 05/2013 tulokset. THL ja Valvira. Verkkoaineisto. Viitattu 30.6.2015. http://www.thl.fi/attachments/vanhuspalvelulainseuranta/ympvrk/2013_arkistoitu05122013/K15.html.

Vanttaja, K. Seinelä, L. & Valvanne, J. 2015. Elämän loppuvaiheen sairaalasiirrot ja hoidon suunnittelu tehostetussa palveluasumisessa Tampereella 2011. *Gerontologia*. 29:2. 72.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Finn Lectura Ab.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Virtanen, P. Suonheimo, M. Lamminmäki, S. Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Teke-sin katsaus 281/2011. Viitattu 5.11.2015. <https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>.

Voutilainen, P. 2010. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. Viitattu 15.10.2015. <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=D45ED1E95D96CB50EF6ECCCE23895C4?id=nix01676>.

Yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhustalvelujen omavalvontasuunnitelman sisältöä, laatimista ja seuranta koskeva määräys. 2014. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 4.6.2015. http://www.finlex.fi/data/normit/41771-Maarays_sosiaalipalvelujen_omavalvontasuunnitelma.pdf.

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake



Hei.

Olemme kaksi hoitotyön opiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Opinnäytetyönä teemme kyselytutkimuksen Jyväskylän kaupungin palveluasumisen hoitohenkilöstölle. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa hoitohenkilöstön kokemuksia, kuinka hoito- ja palvelusuunnitelmia toutetaan arjen hoitotyössä.

Kyselyvastauksista teemme yhteenvedon, jota voi hyödyntää esimerkiksi koulutusta suunniteltaessa. Kyselyyn vastaaminen olisi todella tärkeää, sillä hoito- ja palvelusuunnitelmiin tullaan tulevaisuudessa kiinnittämään entistä enemmän huomiota.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa 5-10 minuuttia, eikä yksittäisiä ihmisiä tai heidän henkilöllisyyttään voi tunnistaa.

Ystävällisin terveisin, Taru Pyykkö ja Markus Kivioja

Oletko: *

- Lähi- tai perushoitaja, vakinainen
- Lähi- tai perushoitaja, määräaikainen
- Sairaanhoidaja, vakinainen
- Sairaanhoidaja, määräaikainen
- Muu, mikä?
- _____

Toimintayksikkösi on: *

- Akseli ja Elina -koti
- Harjuhovi
- Hannala
- Jokihovi
- Jokikartano 1-2
- Jokikartano 3-5
- Kaunokki
- Korpilahden hoivakoti
- Kyllikinkadun palveluasuminen
- Luhtinen
- Väinönkadun palvelukeskus
- Väkkärä

Toimitko työssäsi potilaan / asiakkaan nimettynä omahoitajana? *

- Kyllä
- En

Valitse mielestäsi sopivin vaihtoehto

Mielestäni asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat yksikössämme ovat *

- Järjestelmällisesti ajantasaisia
- Pääosin ajantasaisia
- Osittain ajantasaisia
- Pääosin puutteellisia
- Järjestelmällisesti puutteellisia

Mielestäni asiakkaan tavoitteet yksikkömme hoito- ja palvelusuunnitelmissa ovat määritelty? *

- Yksilöllisesti
- Pääosin yksilöllisesti
- Yksilöllisyydessä on puutteita
- Yksilöllisyys puuttuu täysin
- Tavoitteita ei ole määritelty

Mielestäni keinot tavoitteiden saavuttamiseksi ilmenevät hoito- ja palvelusuunnitelmissa? *

- Yksilöllisesti
- Pääosin yksilöllisesti
- Yksilöllisyydessä on puutteita
- Yksilöllisyys puuttuu täysin
- Keinoja ei ole määritelty

Mielestäni elämän loppuvaiheen hoito huomioidaan hoito- ja palvelusuunnitelmissa? *

- Riittävän kattavasti ja ennakoiden
- Riittävän kattavasti, mutta ennakoinnissa on puutteita
- Riittävän ennakoiden, mutta kattavuudessa on puutteita
- Puutteita sekä kattavuudessa että ennakoinnissa
- Ei huomioida lainkaan

Mielestäni hoito- ja palvelusuunnitelmia päivitetään *

- Hoitopalaverissa sovittuna määräaikana sekä asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn muuttuessa
- Ainoastaan hoitopalaverissa sovittuna määräaikana
- Ainoastaan asiakkaan terveyden ja toimintakyvyn muuttuessa
- Päivittämiselle ei ole sovittua käytäntöä

Mielestäni tieto yksittäisen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämisestä kulkee työyhteisössä *

- KHTOTS lomakkeelle kirjaamisen muodossa ja päivittäisellä raportilla
- Vain KHTOTS lomakkeelle kirjaamisen muodossa
- Raportoidaan, mutta ei kirjata KHTOTS lomakkeelle
Tieto kulkee työyhteisössä jotenkin muuten, miten?
- _____
- Tieto kulkee huonosti tai ei lainkaan

Arvioin hoito- ja palvelusuunnitelman ajantasaisuutta työssäni *

- Päivittäin
- Viikoittain
- Harvemmin kuin viikoittain
- Satunnaisesti
- Ei koskaan

Hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa

hoitotyön **suunnittelua** *

- Päivittäin
- Viikoittain
- Harvemmin kuin viikoittain
- Satunnaisesti
- Ei koskaan

hoitotyön toteuttamista *

- Päivittäin
- Viikoittain
- Harvemmin kuin viikoittain
- Satunnaisesti
- Ei koskaan

hoitotyön kirjaamista *

- Päivittäin
- Viikoittain
- Harvemmin kuin viikoittain
- Satunnaisesti
- Ei koskaan

hoitotyön arviointia *

- Päivittäin
- Viikoittain
- Harvemmin kuin viikoittain
- Satunnaisesti
- Ei koskaan

Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi on minulle tuttu *

- | | | | | |
|--|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> täysin sama mieltä | <input type="radio"/> osittain sama mieltä | <input type="radio"/> osittain eri mieltä | <input type="radio"/> täysin eri mieltä | <input type="radio"/> en osaa sanoa |
|--|--|---|---|-------------------------------------|

Hyödynnän edellä mainittua laatusuositusta hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessäni *

- | | | | | |
|--|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> täysin sama mieltä | <input type="radio"/> osittain sama mieltä | <input type="radio"/> osittain eri mieltä | <input type="radio"/> täysin eri mieltä | <input type="radio"/> en osaa sanoa |
|--|--|---|---|-------------------------------------|

Itsemääräämisoikeus näkyy hoito- ja palvelusuunnitelmassa *

- | | | | | |
|--|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> täysin sama mieltä | <input type="radio"/> osittain sama mieltä | <input type="radio"/> osittain eri mieltä | <input type="radio"/> täysin eri mieltä | <input type="radio"/> en osaa sanoa |
|--|--|---|---|-------------------------------------|

RAI-järjestelmän raporttia on helppo hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelman rakentamisessa *

- | | | | | |
|--|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> täysin sama mieltä | <input type="radio"/> osittain sama mieltä | <input type="radio"/> osittain eri mieltä | <input type="radio"/> täysin eri mieltä | <input type="radio"/> en osaa sanoa |
|--|--|---|---|-------------------------------------|

Uusien työntekijöiden perehdyttämiseen kuuluu hoito- ja palvelusuunnitelmaan perehtyminen *

- | | | | | |
|--|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> täysin sama mieltä | <input type="radio"/> osittain sama mieltä | <input type="radio"/> osittain eri mieltä | <input type="radio"/> täysin eri mieltä | <input type="radio"/> en osaa sanoa |
|--|--|---|---|-------------------------------------|

Asiakkaan ja / tai hänen omaisensa / edustajansa oikeus vaikuttaa hoito- ja palvelusuunnitelman sisältöön sekä toteuttamiseen toteutuu hyvin *

- | | | | | |
|--|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> täysin sama mieltä | <input type="radio"/> osittain sama mieltä | <input type="radio"/> osittain eri mieltä | <input type="radio"/> täysin eri mieltä | <input type="radio"/> en osaa sanoa |
|--|--|---|---|-------------------------------------|

Hoito- ja palvelusuunnitelma on käytännön työstä irrallaan oleva asiakirja *

- | | | | | |
|--|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> täysin sama mieltä | <input type="radio"/> osittain sama mieltä | <input type="radio"/> osittain eri mieltä | <input type="radio"/> täysin eri mieltä | <input type="radio"/> en osaa sanoa |
|--|--|---|---|-------------------------------------|

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei ole mahdollista toteuttaa riittävän yksilöllisesti arjen hoitotyössä *

- | | | | | |
|--|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> täysin sama mieltä | <input type="radio"/> osittain sama mieltä | <input type="radio"/> osittain eri mieltä | <input type="radio"/> täysin eri mieltä | <input type="radio"/> en osaa sanoa |
|--|--|---|---|-------------------------------------|