

Anne Pennanen

**KOTIHOIDON PALVELUTIIMIN HOITOSUUNNITELMAN TEKEMISEN
HAASTEET - MOBIILI KOTIHOITOPALVELU 2016**

**KOTIHOIDON PALVELUTIIMIN HOITOSUUNNITELMAN TEKEMISEN
HAASTEET - MOBIILI KOTIHOITOPALVELU 2016**

Anne Pennanen
Kehittämistyö
Kevät 2017
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen
ja johtaminen, YAMK
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtaminen, YAMK

Tekijä: Anne Pennanen

Kehittämistyön nimi: Kotihoidon palvelutiimin hoitosuunnitelman tekemisen haasteet – Mobiili kotihoitopalvelu 2016

Työn ohjaajat: TtT yliopettaja Pirkko Sandelin, TtT yliopettaja Kaisa Koivisto

Työn valmistusluku- ja vuosi: Kevät 2017 Sivumäärä: 87 + 6

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata kotihoidon palvelutiimissä toimivien hoitajien käsityksiä hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaalle ja hänen hoidolleen. Kehittämistyön tavoitteena oli tunnistaa asiakkaan hoitosuunnitelman tekemiseen liittyviä haasteita Tornion kaupungin palvelutiimin kartoituskäynneillä sekä kehittää menetelmiä, joilla mobiilipalvelua saadaan aiempaa tehokkaammin hyödynnettyä asiakkaiden kotihoidossa.

Kehittämistyö oli osaltaan laadullinen sisältäen myös määrällistä taustatietoa kotihoidossa olevista asiakkaista. Kehittämistyöhön valikoitui kuusi kotihoidon palvelutiimin hoitajaa palvelutiimistä. Tässä työssä oli tärkeää, että kehittämistyö toteutettiin luonnollisissa toimintaympäristöissä. Hoitajien käsityksiä hoitosuunnitelman merkityksestä saatiin selville käyttämällä aineistojen keruuna havainnointia ja kyselyä. Kotihoidossa olevan asiakkaiden kartoituskäyntien jälkeen laadittiin kehittämistyön toteuttajan ja hoitotiimin hoitajien kanssa asiakkaille alustavat yksilölliset hoitosuunnitelmat Pegasos-tietojärjestelmään. Tällaisia alustavia hoitosuunnitelmia ei ollut aiemmin laadittu palvelutiimissä. Hoitajien tietokonetaidot Pegasos-tietojärjestelmän käytöstä hoitosuunnitelmien laadinnassa olivat puutteellisia ja tätä osaamista lisäämään hoitotiimin hoitajille järjestettiin koulutustilaisuus, jonka tavoitteena oli perehdyttää heitä hoitosuunnitelman laadintaan kotihoidon kartoituskäynnin jälkeen.

Palvelutiimin hoitajien laatimat hoitosuunnitelmat ovat käytettävissä Pegasos-tietojärjestelmän kautta kotihoidon mobiilissa. Viive poistuu ja asiakkuus nousee kaikkien kotihoidon hoitajien aktiiviseen käyttöön. Asiakslähtöisyys, käyttövalmius, vaikuttavuus sekä taloudellisuus korostuvat hoitosuunnitelman myötä. Palvelutiimin hoitajien laatimat yksilölliset hoitosuunnitelmat tukevat asiointia myös silloin, kun asiakas siirtyy yksityiselle palveluntuottajan asiakkaaksi. Kotihoidon asiakkaan hoitosuunnitelma voidaan tulostaa hänen mukaansa, joka takaa osaltaan hoidon jatkuvuuden ja yksilöllisyyden.

Palvelutiimin hoitajien käsitysten mukaan hoitosuunnitelmat ja niiden merkitys ovat tärkeitä osana laadukasta, tavoitteellista ja jatkuvaa sekä yksilöllistä hoitotyötä. Hoitosuunnitelmaan kirjataan tärkeimmät asiakkaan tarpeet kartoituskäynniltä, josta tiedot välittyvät kaikkien kotihoidossa toimivien hoitajien siten myös asiakkaan käyttöön. Hoitosuunnitelmakoulutusten jälkeen hoitosuunnitelmien laatiminen on jatkunut aktiivisena kotihoidon palvelutiimin hoitajien toimesta. Kehittämistyön toteuttaminen ja sen tulokset ovat hyödynnettävissä myös muissa Meri-Lapin kuntien kotihoidon asiakkaiden hoidon kartoituskäynnille asiakaslähtöisenä palveluna.

Asiasanat: Hoitosuunnitelma, Kirjaaminen, Mobiili kotihoito

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Development and Management of Health and Social Care

Author: Anne Pennanen

Title of thesis: Challenges of creating the treatment plan by domiciliary care service team – Mobile Domiciliary Care Service 2016

Supervisor(s): Principal Lecturer Pirkko Sandelin, Principal Lecturer Kaisa Koivisto

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2017 Number of pages: 87 + 6

Purpose of this thesis was to describe perceptions of service team members in domiciliary care for treatment plan creation and it's meaning for customer and her/his health. Target in this development work was identifying the challenges of creating the treatment plan after service team's visit to customer location. In addition, target was developing methods for implementing usage of mobile service more efficiently.

The study was qualitative and quantitative and for research was selected six members from the service team of Tornio domiciliary care. In qualitative research, it is important that the study is made in natural environment where the subject works and is possible to analyze perceptions and working methods.

In the beginning was made observations during the service team's visit to customer's home. For that purpose, prepared observation form was used in all service team visits targeting to increase the reliability. After service team visit each team member filled survey where was able to fill own perception of the treatment plan and its creation. When survey was filled, the personal treatment plan was created to Pegasos-information system together. During the process was made observations for further purposes.

One important observation was the narrow IT skills with the Pegasos. Because of that was arranged hands on -training for treatment plan creation with application specialist, which supported the activities in treatment plan creation process.

Creation of treatment plan enables efficient usage of the mobile service as it automatically appears to mobile devices through the Pegasos. Customer gets planned treatment immediately and it highlights customer focus, operational readiness, effectiveness and economic efficiency.

Survey results shows that the respondents opinion is that treatment plan is important part of quality and goal-oriented care. Treatment plan secures the continuity of the care. From the plan can be found all-important needs of the customer identified during the service team's visit.

After training and activating the team, treatment plan has been taken as part of the daily businesses in Tornio domiciliary care. This thesis results and subject can be exploit also in other communes in Meri Lappi area.

Keywords: Treatment Plan, Recording, Mobile Service in domiciliary care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	KOTIHOITO JA HOIDON TARPEEN KARTOITUS JA KIRJAAMINEN	9
2.1	Kotihoidon eettiset periaatteet.....	11
2.2	Palvelutarpeen arviointi kotihoidossa.....	13
2.3	RAI Screener -arviointijärjestelmä.....	16
2.4	Sähköiset terveysterveystarpeet	18
2.5	Mobiili kotihoito.....	19
2.6	Kotihoidon haasteet	20
2.7	Rakenteinen kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan	21
2.7.1	Lait ja asetukset kirjaamiselle	22
2.7.2	Sähköinen potilaskertomus ja kirjaamisen merkitys ja hyöty.....	23
2.7.3	Rakenteisen kirjaamisen ydintiedot	26
2.7.4	Asiakkaan hoidon tarveluokitus	27
2.8	Asiakkaan hoitosuunnitelma ja palvelusuunnitelma.....	28
2.9	Hoitosuunnitelman merkitys ja hyödyt.....	32
2.10	Motivoiminen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin	33
2.10.1	Muutosvastarinnasta muutosvoimuuksiin	35
2.10.2	Työyhteisön muutosta tukevat keinot	36
3	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET, VAIHEET JA NIIHIN LIITTYVÄT TUTKIMUSKYSYMYKSET SEKÄ TEHTÄVÄT	39
4	KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN	40
4.1	Kehittämistyöhön osallistujat.....	41
4.2	Kehittämistyömenetelmät.....	41
4.2.1	Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä.....	41
4.2.2	Kotihoidossa olevien asiakkaiden hoitosuunnitelmien laatiminen	43
4.2.3	Webropol–kysely kotihoidon palvelutiimin hoitajille	44
4.2.4	Asiakkaan hoitosuunnitelman laadintaan liittyvät koulutukset	45
4.3	Aineistojen käsittelyt ja analysoinnit.....	46
4.3.1	Havainnointiaineiston käsittely ja analysointi.....	46
4.3.2	Webropol-kyselyaineiston analysointi.....	47
5	KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET	49

5.1	Kotihoidon palvelutiimin hoitajien käsityksiä hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaan hoidossa	49
5.2	Palvelutiimin hoitajien käsityksiä hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaan hoidon laadun kehittämisessä.....	51
5.3	Palvelutiimin hoitajien käsityksiä asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisen merkityksestä hoitosuunnitelman kehittämisessä	53
5.4	Palvelutiimin ja asiakkaiden keskustelujen aiheet kotihoidon kartoituskäynneillä.....	54
5.5	Palvelutiimin hoitajien asiakkaan hoitosuunnitelmaan kirjaamat asiat kotihoidon kartoituskäynneillä	54
5.6	Webropol-kyselyn tuloksia ja tarkastelua kirjallisuuden avulla	56
6	POHDINTA.....	64
6.1	Kehittämistyön pohdintaa.....	64
6.2	Kehittämistyön eettiset kysymykset	68
6.3	Kehittämistyön luotettavuuskysymykset.....	69
6.4	Kehittämistyön tekemiseen liittyvää pohdintaa ja omat oppimiskokemukset	72
6.5	Kehittämistyöstä saatu hyöty työyhteisölle.....	73
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOKEHITTÄMISHAASTEET	79
	LÄHTEET.....	81
	LIITE 1	88
	LIITE 2.....	89

1 JOHDANTO

Ikääntymisen vaikutukset toimintakykyyn, terveyteen ja jokapäiväisen arjen hallintaan ilmenevät yleisemmin 75 ikävuoden jälkeen, jolloin hoivan, palvelujen ja hoidon tarve kasvaa. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut vuonna 2013 laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Suosituksella pyritään tukemaan ikääntyneen väestön toimintakyvyn säilymistä sekä vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Suositus korostaa mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista, oikea-aikaisia ja monipuoliseen palvelujen tarpeen selvittämiseen perustuvia palveluja, palvelurakenteen muutosta, tarkoituksenmukaista henkilöstön määrää ja osaamista sekä johtamista. Uudistamisen tavoitteena on palvelurakenteen muutos laitospainotteisesta avopainotteiseksi. Kotona ensisijaisesti tapahtuvan hoivan ja hoidon korostuminen valtakunnallisella politiikkatasolla sekä muun muassa kuntatalouden tasapaino-ongelmat ja ammattitaitoisen henkilökunnan vähyys ovat vahvistaneet edelleen painetta uudistaa kuntien kotihoitoa. (Ikääntymispoliittisen strategian työryhmä 2014, viitattu 12.9.2016.)

Uudistamispaineeet kohdistuvat enimmäkseen kotihoidon palvelujärjestelmään, että käytössä oleviin toimintatapoihin. Kotihoito tarkoittaa palvelukokonaisuutta, johon sisältyvät kotihoito, kotisairaanhoido ja tukipalvelut. Kotihoidon palvelujärjestelmää tarkasteltaessa arvioidaan, kuinka paljon ja mitä palveluja kunta tuottaa itse; ketkä ovat oikeutettuja ja millaisin kriteerein kotihoidon palveluihin päästään ja mitä kunnan kotihoidon palveluntarjonta sisältää. Toimintatapauudistukset kotihoidossa voivat koskea kotiin annettavien palveluiden käytännön toteutustapoja ja kotihoidon organisointia. Valtakunnallisesti tavoitteena on, että vuoteen 2017 mennessä kotona asuisi 91-92 % 75-vuotta täyttäneistä iäkkäistä ihmisistä. Valtakunnallisissa tavoitteissa on määritelty, että 75 vuotta täyttäneistä 13–14 % saa säännöllistä kotihoitoa vuoteen 2017 mennessä. (Ikääntymispoliittisen strategian työryhmä 2014, viitattu 12.9.2016.)

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata kotihoidon palvelutiimissä toimivien hoitajien käsitä hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaalle ja hänen hoidolleen. Kehittämistyön tavoitteena oli tunnistaa asiakkaan hoitosuunnitelman tekemiseen liittyviä haasteita Tornion kaupungin palvelutiimin kartoituskäynneillä sekä kehittää menetelmiä, joilla mobiilipalvelua saadaan aiempaa tehokkaammin hyödynnettyä asiakkaiden kotihoidossa.

Kehittämistyön ensimmäisessä vaiheessa vastataan seuraaviin tutkimuskysymyksiin: Millaisia käsityksiä palvelutiimin hoitajilla on hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaan hoidossa? Millaisia käsityksiä palvelutiimin hoitajilla on hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaan hoidon laadun kehittämisessä? Millaisia käsityksiä palvelutiimin hoitajilla on asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisen merkityksestä hoitosuunnitelman kehittämisessä? Mistä palvelutiimin hoitajat keskustelevat asiakkaiden kanssa heidän hoitoa koskevalla kartoituskäynnillä? Mitä palvelutiimin hoitajat kirjauttavat asiakkaan hoitosuunnitelmaan kartoituskäynneillä? Toisen vaiheen tehtävänä palvelutiimin hoitajat tekevät yhdessä kehittämistyön toteuttajan kanssa kotihoidon asiakkaiden alustavat hoitosuunnitelmat. Kolmannen vaiheen tehtävänä kotihoidon palvelutiimin hoitajat vastaavat Webropol-kyselyyn. Neljännen vaiheen tehtävänä kehittämistyön toteuttaja järjestää ja osallistuu kotihoidon palvelutiimin hoitajille järjestettäviin koulutustilaisuuksiin.

2 KOTIHOITO JA HOIDON TARPEEN KARTOITUS JA KIRJAAMINEN

Kotihoidolla tarkoitetaan palvelukokonaisuutta, jossa yhdistyvät kotipalvelu, kotisairaanhoido ja tukipalvelut. Kotihoidon palveluita saavat asiakkaat, jotka tarvitsevat apua alentuneen toimintakyvyn, sairauden tai muun syyn vuoksi. Laadukas kotihoito on kuntoutumista edistävää eli asiakasta kannustetaan ja tuetaan käyttämään jäljellä olevia omia voimavarojaan kotona. Kotihoidon tarkoitus on mahdollistaa iäkkään kotona asuminen, tukea sitä ja parantaa asiakkaan elämänlaatua. Tätä näkemystä tukevat valtakunnalliset linjaukset ja kuntien omat vanhuspoliittiset ohjelmat ja strategiat. 2009 Suomen kunnista 70 % oli yhdistynyt kotihoidoksi ja trendi on yhä kasvava. Kotiin annettavat palvelut ryhmitellään sairaanhoidollisiin, perushoittoon ja huolenpitoon, kodinhoitopalveluun ja tukipalveluihin. Kotihoidon palveluihin kuuluvat myös apuvälineiden hankinta, hoitotarvikejakelu, kodin muutostyöt (esteet ikäihmisten kodeissa ja kuntien myöntämät avustukset kodin korjaustöihin). Lääketieteellinen hoito, gerontologinen sosiaalityö ja fysioterapiaan liittyvät palvelut sekä intervalli ja päiväkeskustoiminta tukevat kotona selviämistä ja antavat virikkeitä arkeen. Kotihoitoon kuuluu myös saattohoito. Kotihoito voi myöntää myös palvelusetelin, jolla asiakas voi ostaa yksityisen palveluntuottajan tarjoamia palveluita. Kotihoitoa kuvataan ympärivuorokautiseksi palvelumuodoksi. Pitkäaikaishoiva järjestettäisiin iäkkään toiveen mukaan kotona tai ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Kotihoito tukee tätä ehkäisevällä työllä, vastamalla asiakkaan fyysisiin, sosiaalisiin, psyykkisiin ja kognitiivisiin tarpeisiin ja arvioimalla ehkäisevän työn tarvetta, yksilöllisten tarpeiden toteutumista ja kotiutuksen jälkeisiä jatko-ohjeita. Kotihoidon päämääränä on asiakkaan terveydentilan, elämänlaadun ja hyvinvoinnin paraneminen. Iäkkään kannalta kotihoidon keskeisiä tavoitteita ovat elämänlaatu, hyvinvointi, toimintakyky ja sen ylläpitäminen, kuntouttaminen, terveys, tyytyväisyys elämään ja kotona asumisen mahdollistuminen. (Ikonen & Julkunen 2007, 90; Paljärvi 2012, 21.)

Vuonna 2013 laatusuosituksen tarkoituksena on tukea iäkkään väestön toimintakykyä sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelulain eli niin kutsutun vanhuspalvelulain toimeenpanoa. Laatusuosituksessa korostetaan terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista, oikea-aikaista ja monipuoliseen palvelujen tarpeen selvittämiseen perustuvia palveluja, palvelurakenteen muutosta, henkilöstön määrää ja osaamista sekä johtamista. Iäkkäiden osallisuus on kaikkien suositusten sisältöalueita yhdistävä. Palvelujen laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaiden selvitettyihin palvelutarpeisiin kustannustehokkaasti ja vaikuttavasti. Laadukas palvelu parantaa asiakkaan toimintakykyä, lisää terveyshyötyä, mutta turvaa myös hyvän hoidon elämän loppuvai-

heessa. Hyvänlaatuinen palvelu on vaikuttavaa ja turvallista, asiakaslähtöistä ja asiakkaan tarpeisiin vastaavaa sekä koordinoitua. Asiakas otetaan mukaan hoitoonsa, hänen asuminen ja elinympäristö ovat turvallisia, tuetaan mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen sekä asiakas saa oikeaa palvelua oikeaan aikaan (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 2013:11, 5-15.)

Kotihoidossa asiakaslähtöisen hyvän hoidon ja palvelun turvaaminen edellyttää, että käytettävissä on tietoa siitä, mitä asiakkaat pitävät hyvänä ja tavoittelemisen arvoisena. Tutkimusten mukaan ikääntyneet haluavat asua omassa kodissaan niin pitkään kuin mahdollista. He toivovat saavansa tarvitsemansa terveyspalvelut nopeasti ja ammattitaitoisesti ja haluavat parantua sairauksistaan ja tulla sairaalasta kotiin toipumaan. He haluavat kuntoutusta omatoimisuutta tukemaan. Tarvittaessa kotiin ollaan valmiita ottamaan apuja myös yksityiseltä palvelujärjestelmältä, sillä ikääntyneet eivät halua olla taakkana läheisilleen. Palveluseteli-järjestelmä on oiva apu tähän ja sitä on kunnassamme myönnetty yksityisten palvelun tuottajien järjestämänä. Ikääntyneet arvostavat kotihoidon asiakkaina varmaa, luotettavaa ja turvallista apua sekä yksityisyyttä kunnioittavaa työtettä. Hyvässä kotihoidossa ikääntyneet ihmiset toivovat saavansa tarvitsemansa palvelut ammattitaitoisilta, mielellään samoilta vakituisilta työntekijöiltä, jotka toimivat saman hoito- ja palveluideologian mukaan. Lisäksi ikääntyneet ihmiset pitävät tärkeänä tiedonkulkua, sopimusten noudattamista, kiireetöntä ilmapiiriä, asiakkaan hyvää kohtelua ja mahdollisuutta osallistua omaan hoitoon sekä palveluja koskevaan päätöksentekoon. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi- Sulkava & Finne-Soveri 2004, 38-39.)

Pelkonen toteaa kotihoidosta, että sitä olisi uusittava, vahvistettava ja asiakkaiden kuntoutusta lisättävä kaikissa paikoissa ja kaikille suunnatuissa palveluissa. Mitä paremmin kotihoito toimii ja mitä tehokkaampaa on yksilöllinen kuntoutus, sitä kauemmin iäkkäät säilyttävät henkisen ja fyysisen toimintakyvyn ja sitä kautta ympärivuorokautisen hoivan tarve vähenee. (Pelkonen 2015, 202.)

Kotihoidon palvelujen uudistamisessa mainitaan myös hoitajien eleet ja teot viestivät hyvästä ja laadukkaasta palvelusta. Ammattimainen ja häiriötön keskittyminen palvelutilanteeseen ja asiakkaiden toive, että hoitaja unohtaisi hetkeksi puhelimen/ teknologian taka-alalle ja hyödyntävän kirjaamiseen käyttämänsä aikaa vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa. Myös kirjauksesta puhelimeen (mobiili) voi tehdä juttuhetken asiakkaan kanssa kysellen ja kertoen kirjauksiin liittyvistä asioista. Iäkkäät ovat usein kiinnostuneita teknologiasta. (Hennala 2014, 28.)

Kotihoido on palvelujärjestelmän tärkein solmukohta. Kotihoidon asiakkailta on paljon voimavaroja, mutta myös paljon toiminnanvajauksia. Hyvällä hoidolla he toipuvat ja kuntoutuvat vaikeistakin akuuteista sairauksista ja hyötyvät kotihoidon toimintakykyä ja terveyttä edistävästä toiminnasta. Kotihoidon kykyä turvata akuutti ja ympärivuorokautinen hoito tulee ratkaisevasti vahvistaa. Geriatrisen ammattitaidon avulla yleistilan laskun ei aina tarvitse johtaa päivystyskäyntiin, vaan huolellisella tarkkailulla ja hoidolla sekä lääkityksen tarkistuksella, asiakas pärjää kotihoidossa. (Konsensuslausuma 8.2.2012, viitattu 1.9.2016.)

Turjamaa (2014, 7, 49) toteaa väitöskirjassaan kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen edistämisen vaativan yksilöllisesti suunniteltuja kotihoidon palveluita, joita toteutetaan asiakkaan voimavarojen tukemisen näkökulmasta. Voimavaralähtöisyyden toteuttaminen edellyttääkin iäkkäiden sosiaalisten suhteiden ja mielekkään arjen elementtien huomioimista. Päivittäinen hoito ja huolenpito asiakkaan kodissa vaatii kotihoidon työntekijöiltä asennetta tehdä päivittäinen työ yhdessä asiakkaan kanssa, ei asiakkaan puolesta.

2.1 Kotihoidon eettiset periaatteet

Väestön ikääntymisen myötä vanhusten hoidon ja palvelujen saatavuus ja toteutuminen ovat herättäneet vilkasta keskustelua nyky-yhteiskunnassamme. Keskusteluissa on käyty läpi hoidon ja palveluiden kohdistettujen resurssien riittävyyttä vanhusten hoidossa. Kehittämishankkeet kuitenkin osoittavat, että päättäjien, johtajien, lähiesimiesten ja henkilökunnan arvot, asenteiden ja toiminnan muuttaminen sekä heidän tietojensa ja taitojensa kehittäminen koulutuksen avulla on keskeistä hoidon ja palvelujen kehittämisessä. Etiikka määrittää johdonmukaiseksi ja kokonaisvaltaiseksi valintoja ohjaavaksi järjestelmäksi, joka perustuu arvoihin ja ihmisiä koskeviin tietoihin. (Kivelä & Vaapio 2011, 17-21.)

Eettisten periaatteiden noudattaminen korostuu vanhusten hoidossa. *Itsemääräämisoikeuksissa* määritellään iäkkään ihmisen oikeus tehdä tietoisia valintoja ja päätöksiä koskien tarvitsemaansa hoitoa ja palveluitaan. Potilaslain mukaan iäkkästä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Hänelle on annettava riittävästi, selkeästi ja ymmärrettävästi tietoa sairauksistaan ja niihin liittyvistä hoidoista sekä muista hänelle kuuluvista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Iäkkään ihmisen autonomian tukeminen edellyttää henkilökunnalta vastuullisuutta ja eettistä toimintaa. *Oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja yhdenvertaisuus* liittyvät inhimillisten tarpeiden tyydyt-

tämiseen ja palveluiden oikeudenmukaiseen kohdentamiseen iäkkään ihmisen hoidossa. Oikeudenmukaisuus edellyttää ikääntyneiden palvelutarpeiden arviointia ja palveluiden yhtenäisiä myöntämisperusteita kaikille asiakkaille. Tasa-arvo ja yhtenäinen oikeus saada hoitoa edellyttää kaikkien niin hyvä- kuin huonokuntoisten ikääntyneiden asiakkaiden hoitamista ajanmukaisten, päivitettyjen hoitosuositusten mukaan. Ikäihmisten turvallisuutta lisää se, että heille tarjotaan hyvänlaatuisia ja tasa-arvoisia kotihoidon palveluja. Tämä sisältää heidän omien arvojen, näkemysten, tarpeiden ja toiveiden yksilöllistä kunnioitusta ja sitä, että heillä on mahdollisuus ja oikeus olla osallisena yhteisössä ja vaikuttaa yhteiskunnan kehittämiseen. Ikääntyminen on yksilöllistä ja erilaisuus tulee hyväksyä. (Sama, 17-21.)

Potilaan oikeuksista tiedottamisen tärkeydestä mainitsevat Iivanainen & Syväoja (2013, 255-256) kirjassaan. Asiakkaalla ei ole rajatonta oikeutta saada mitä tahansa haluamaansa hoitoa, vaan hänen terveydentilastaan johtuvan hoidon tarpeen arvioi terveydenhuollon ammattihenkilö. Tiedon antaminen asiakkaalle ja myös sen kirjaaminen hoitosuunnitelmaan ovat tärkeitä asioita. Avoinuus on luottamuksellisen hoitosuhteen edellytys. Myös kirjallisella hoitotahdolla tai hoitotestamentilla asiakas ilmoittaa tahtonsa siltä varalta, että hän ei esimerkiksi vakavan sairauden tai onnettomuuden takia pysty ilmaisemaan tahtoaan. Ja tämä tulee dokumentoida potilaskertomukseen huolella. Asiakkaalla on oikeus saada tietoonsa, mitä potilasasiakirjoihin on hänestä kirjattu ja tarvittaessa hoitohenkilökunnan on käytävä yhdessä asiakkaan kanssa tiedot läpi.

Työntekijöiden eettisiin toimintaperiaatteisiin vaikuttavat koulutus, arvot, persoonallisuus, oma elämä sekä työyhteisön toimintakulttuuri. Vanhusten hoidossa korostuvat työntekijän vuorovaikutustaidot ja läsnäolo käytännön tilanteissa ja ammatillinen asiantuntijuus. Kokonaisvaltainen toimintatapa, jossa korostuu työntekijän eläytyminen ja empatia eli asettumista toisen tilaan. Työntekijältä vaaditaan vahvaa itsetuntemusta, epäonnistumisen sietokykyä ja vastuullisuutta. Työntekijän tulee olla tietoinen sosiaali- ja terveyspalvelulaeista, asetuksista ja suosituksista ja tarvittaessa ohjata ja opastaa asiakkaista niiden mukaan. Hoitotyön eettinen puoli ilmenee siten, että työntekijä ottaa vastuun asiakkaasta ja hänen hoidosta yhteistyössä eri osapuolten kanssa. Asiakas on palveluja ja hoitoa tuottavissa yhteisöissä aina olennaisin oman mielipiteensä ilmaisevana työntekijän yhteistyökumppanina sekä oman elämänsä asiantuntijana. (Kivelä ym. 2011, 22; Päivärinta & Haverinen 2002, 5.)

Torniossa ikääntymispoliittisen strategian arvot, toiminta-ajatus sekä visio ovat ikäihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä hyvä ja turvallinen vanhuus. Strategiassa tähdenne-

tään iäkkään toimintakyvyn tukemista sekä osallisuutta yhteiskunnan toimintaan. Muita tavoitteita kunnassamme iäkkäiden suhteen ovat kotona itsenäisesti selviytyvä iäkäs ihminen ja ennaltaehkäisevä toiminta sen suhteen sekä nähdään seurakunnan ja kolmannen sektorin rooli hyvinvoinnin tukijana. Turvallisuus ja asumista tukevat palvelut, omaishoito ja palvelusetelin käyttö sekä ostopalvelut ovat myös tärkeitä asioita nykypäivänä kuntamme strategiassa. Kunta korostaa myös henkilökunnan riittävän koulutuksen merkitystä (gerontologinen osaaminen, lääkehoito, ravitsemus ja kuntoutus). Myös palvelujen oikea-aikaisuutta, hoitoketjujen toimivuutta ja palveluihin vaikuttamista tähdennettiin. (Ikääntymispoliittisen strategian työryhmä 2014, 24-26, viitattu 12.9.2016.)

2.2 Palvelutarpeen arviointi kotihoidossa

Palvelutarpeen arvioinnilla tarkoitetaan iäkkään henkilön arjesta suoriutumisen ja toimintakyvyn kattavaa, monipuolista ja moniammatillista arviointia, jonka suorittavat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset yhdessä iäkkään ja hänen läheistensä kanssa. Kotihoidon palvelutiimi ottaa yhteyttä asiakkaaseen seitsemän (7) työpäivän kuluessa yhteydenotosta ja kiireellisissä tapauksissa viipymättä. Sovitaan kotikäynti tai osastolla hoitokokous, jonne tulee (osaston hoitava henkilökunta) ja asiakas omaisineen ja kartoitetaan senhetkistä tilannetta. Sairaanhoidajan ammattipätevyys sekä tieto ja kokemus lisäävät palvelun koordinaattorin pätevyyttä. Arvioinnin lähtökohtana on asiakkaan tai läheisen ilmaisema käsitys avun tarpeesta. Palvelutarpeen arviointi sisältää fyysisen, psyykkisen ja kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin sekä tutustumisen asiakkaasta kirjattuihin aikaisempiin tietoihin sähköisestä järjestelmästä. (Ikääntymispoliittisen strategian työryhmä 2014, 24-26, viitattu 12.9.2016; Drennan & Goodman 2004, 530.)

Hoidon ja hoivan tulee olla kaikkien vanhojen ihmisten saatavilla ja perustua yhdenmukaiseen tarvearvioon. Palvelunohjauksessa tai kartoituskäynnillä tehtävä tarvearvio parantaa hoitotuloksia, vähentää laitokseen tai sairaalahoitoon joutumista. Asiakaskeskeinen tarvearvio nähdään laadukkaana hoitotyön muotona. Hoidon ja hoivan on oltava paikkakunnasta, ajankohdasta ja sosiaalisesta asemasta riippumatonta. Myös maahanmuuttajataustaisten iäkkäiden ihmisten määrä lisääntyy Suomessa. Monialainen hoidon ja palvelujen tarpeen arviointi tehdään mahdollisimman varhain. Hyvän arvioinnin tunnusmerkkejä ovat laaja-alaisuus, yhdenmukaisuus ja vertailukelpoisuus sekä siihen perustuva palvelusopimus ja seuranta. Arvioinnin tavoitteena on tunnistaa toimintakykyä uhkaavat tekijät ja mahdollistaa varhainen puuttuminen. Riskien tunnistaminen

ja toimenpiteisiin ryhtyminen on kaikkien ammattiryhmien tehtävä. Asiakkaan ja omaisten yhteydenotot sekä tietojärjestelmien mahdollisuudet käytetään hyväksi. (Konsensuslausuma 8.2.2012, viitattu 1.9.2016; Low, Yap & Brodaty 2011, 60.)

Jutila mainitsee (2013, 6-54) väitöskirjassaan ikääntyneen ja hänen perheensä tarpeiden ja toiveiden huomioimisen tärkeyden koko hoito- ja palveluprosessin aikana. Sen todettiin vahvistavan ja mahdollistavan asiakaslähtöisyyden toteutumista. Vanhuslähtöisyyttä vahvistavia tekijöitä oli vanhustyön ammatillisuus, tavoitteellinen ja voimavaralähtöinen hoitotyö, ympäristön tuki ja hoitotyön vaikuttavuuden varmistaminen (iäkkään toiveiden toteutumisen tarkkailua ja selvittämistä ja vaikuttavuutta arvioidaan kokemuksi mittaamalla). Myös omaisten kyvykkyydestä sekä halukkuudesta osallistua iäkkään hoitoon on tärkeää selvittää jo kartoitustilanteessa.

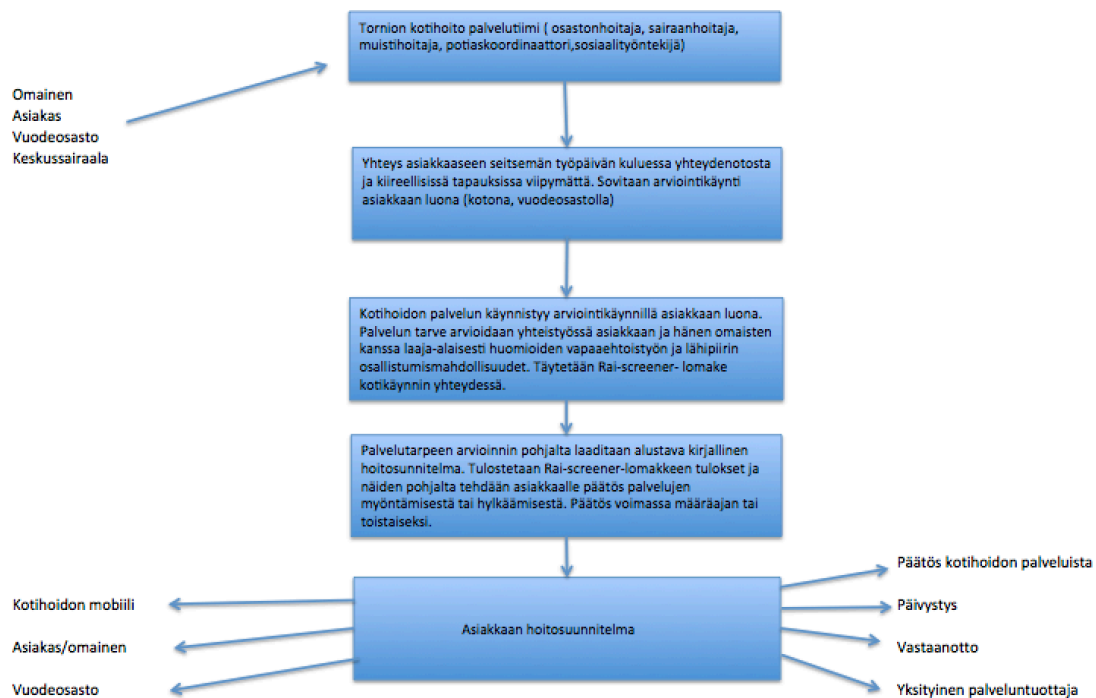
Tasavertainen vuorovaikutussuhde hoitajan ja iäkkään välillä nähdään tärkeänä osana hoidon asiakaslähtöisyydelle. Sillä tuetaan mahdollisuuksia ottaa vastuuta ja lisätä osallisuutta ikääntyneen hoidossa. Myös iäkkään läheiset tarvitsevat oikea-aikaista ja riittävää tietoa, rohkaisua ja tukea. Osallisuuden kokeminen tarkoittaa itsemääräämisoikeuden liittämistä hoitotyöhön. Ikääntyneelle annetaan mahdollisuus osallistua hoitosuunnitelman tavoitteiden asettamiseen, toteutukseen ja arviointiin. Erityisen tärkeää on huomioida tilanteet, joissa ikääntyneen toimintakyky on laskenut tai hänen kykynsä ilmaista toiveitaan ja mielipiteitään ovat heikentyneet. Tästä esimerkkinä muistisairaat, joiden määrä on noussut huomattavasti yhteiskunnassamme, ja silloin omaisen tuki on erityisen korostunut kartoituskäynnin sekä kotihoidon asiakkuuden aikana. (Sama, 6-54.)

Voutilainen & Vaarama (2005, 32) toteavat ikääntyneiden kuntalaisten pääsevän kiireelliseen palveluntarpeen arviointiin nopeammin eli alle viikossa kotihoidossa ja muiden palveluiden osalta pisimpään omaishoidon tuen, palveluasumisen sekä päivätoiminnan palveluiden kohdalla. Kiireellisten ja ei-kiireellisten tapausten osalta palveluntarpeen arviointiin pääsy oli samansuuntaista. Valintakriteereinä kotihoitoon ovat palvelujen tarve, eivät useat sairaudet, korkea ikä, asunto-ongelmat tai taloudellinen tilanne.

Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta tehdään asiakkaalle päätös palvelujen myöntämisestä tai hylkäämisestä. Päätöksen palvelun ottamisesta tekee kotihoidon esimies. Palvelu perustuu kirjalliseen palvelu- ja hoitosuunnitelmaan, joka laaditaan yhdessä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Siinä määritellään asiakkaan palvelujen ja tuen tarve, tavoitteet ja vastuutahot näiden

toteuttamiseksi ja palvelujen määrät kuukaudessa. Päätöstä tehdessä tarkistetaan arviointimittarin tulos. Kotihoidon palvelupäätös voi olla voimassa määräajan tai toistaiseksi. Jos päätös on kielteinen, hylkäämisen perusteet on selvitettävä päätöksessä. Asiakas voi hakea muutosta päätökseen tai valittaa päätöksestä, johon hän on tyytymätön. Asiakkaiden sijoittaminen hoivahoitoon tapahtuu SAS-ryhmän (Selvitä –Arvioi –Sijoita - työryhmä) esityksen mukaisesti. SAS-ryhmän jäseninä ovat potilaskoordinaattori, muistihoitaja, kotihoidon osastonhoitaja, palveluneuvoja, vanhus- ja vammaispalvelujen sosiaalityöntekijä ja geriatri. Palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnassa korostuu koordinoivan työntekijän ammatti ja vuorovaikutustaidot sekä paikallisten mahdollisuuksien tuntemus. Hyvällä valmistelulla ja toteutuksella voidaan ehkäistä sellaista asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä, mihin ohjauksella, tuella ja palveluilla voidaan vaikuttaa. Kaavio 1. (Ikääntymispoliittisen strategian työryhmä 2014, 24-26, viitattu 12.9.2016; Päivärinta & Haverinen, 2002, 5, 14.)

Tepponen (2009, 186) kertoo väitöskirjan tutkimustuloksissa vanhusten ja omaisten osallistumista ja osallisuutta korostavasta politiikan linjauksesta. Tämä edellyttää vanhusten itsemääräämistä, vaikuttamista ja osallisuutta koskevien osioiden lisäämistä kotihoidon kriteerit mittariin. Siihen on lisättävä myös iäkkään elämänlaadun osioita kotihoidon vaikuttavuuden arvioimiseksi.



KUVIO 1. Palvelutarpeen arviointi Tornion kotihoidossa ja alustavan hoitosuunnitelman vaikutus eri tahoille.

2.3 RAI Screener -arviointijärjestelmä

Eri työyhteisöissä on käytössä erilaisia mittareita ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin sekä palvelutarpeen määrittämiseen. RAI-arviointijärjestelmä (Resident Assessment Instrument) on jo varsin yleisesti käytössä oleva toimintakyvyn mittari. Se on alunperin pitkäaikaishoitoon kehitetty systemaattinen ja monipuolinen laadunparantamis- ja hoidon suunnittelun apuväline. (Päivärinta ym. 2002, 73.)

Palvelutarpeen arvioinnissa ja palveluista päätettäessä hyödynnetään toimintakyvyn arviointimenetelmää. RAI Screener mittaa standardoidulla ja kattavalla menetelmällä ikääntyneen asiakkaan terveydentilaa, toimintakykyä ja hyvinvointia. Se on kansainvälinen laadun ja kustannusvaikuttavuuden arviointi- ja seurantajärjestelmä. Järjestelmä on hyväksi havaittu, koska laaja tiedonkeruu käsittää useita muistisairaiden hyvään hoitoon ja kotona asumisen mahdollistamiseen liittyviä tekijöitä. Torniossa RAI-arvioinnin suorittaa kotihoidon työntekijät ja tiedot hankitaan asiakkaalta itseltään, hänen omaisiltaan sekä potilaspapereista. RAI Screener -mittaristolla kartoitetaan mo-

nipuolisesti muun muassa vuorovaikutusta, näkökykyä, mielialaa, psykososiaalista hyvinvointia, toiminnallista statusta, pidätyskykyä, yleistä terveydentilaa, lääkityksiä, ravitsemuksellista tilaa ja sosiaalisia suhteita. RAI-arviointi soveltuu palveluohjaukseen, omaishoidontuki päätöksen perustaksi ja SAS-toimintaan sekä sairaalassa oleville, joilla kotiutuminen on haasteellista. Mittaristo erottelee asiakkaita ja tunnistaa heidän palveluntarpeitaan kyselyn aikana. RAI Screener -mittaristo konkretisoi kehittämistarpeita, joita iäkkäiden hoidon järjestämiseen liittyy. (Ikääntymispoliittisen strategian työryhmä 2014, 24-26, viitattu 12.9.2016; Finne-Soveri ym. 2015, 60.)

RAI-tietojärjestelmän keskeisin osa on hoidon suunnittelun apuväline RAPs (Resident Assessment Protocols). RAP on lista, joka korostaa asiakkaalla ilmeneviä ongelmia, mutta se tuo myös esiin asiakkaan yksilöllisiä vahvuuksia ja mieltymyksiä, joiden varaan on hyvä luoda hoitosuunnitelmaa. Se auttaa hoidon kohdistamista avainongelmiin ja samalla huomioi vähemmän kiireiset, mutta kuitenkin tärkeät hoitoon vaikuttavat yksityiskohdat jää huomiotta esim. kaatumisen tai painehaavojen uhka. Hoitosuunnitelmaa tukevat myös muut mittarit kuten dementia (CPS), fyysinen toimintakyky (ADL ja hierarkkinen ADL), masennusoireet, käytösoireet, sosiaalinen osallistuminen ja diagnoosit. (Päivärinta ym. 2002, 74.)

Muistihäiriöisen asiakkaan kohdalla voidaan käyttää myös erityisesti muistia arvioivia mittareita kuten MMSE (MiniMental State Examination), joka on puhtaasti kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin suunniteltu arviointiväline. Myös CERAD-tehtäväsarjaa (the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer`s Disease) voidaan käyttää muistin arviointiin, tehtäväsarja edellyttää kuitenkin huolellista perehtymistä esitysohjeisiin ja tulkintaan. Torniossa ainoastaan muistihoitaja käyttää CERAD-tehtäväsarjaa asiakkaalleen. (Sama, 74.)

Mittariston tuloksien perusteella tunnistetaan asiakkaat, joiden terveydentilan tai toimintakyvyn laskuun pystytään jo ennalta puuttamaan lisätutkimuksin ja hoitotoimenpitein. Mittariston avulla seurataan myös hoidon vaikuttavuutta ja ohjataan henkilökunnan työskentelyä. Tavoitteena on kehittää yhteiset tunnusluvut, joilla pystytään mittaamaan kuntoutumista edistävä toiminta hoitoketjussa. (Vähäkangas 2010, viitattu 12.9.2016.)

2.4 Sähköiset terveyspalvelut

Sairaanhoidajaliiton sähköisten terveyspalvelujen strategia vuosille 2015-2020 teknologia ymmärretään yhtenä välineenä sähköisten terveyspalvelujen tuottamiselle. Tiedonhallinta tarkoittaa tiedon keräämistä, käsittelyä, tallentamista ja jakamista. Hoitaja tarvitsee tiedonhallintaa ja verkkolukutaitoa asiakkaiden turvallisen hoidon ja palvelujen tuottamiseen. Asiakas-käsitteellä tarkoitetaan kotihoidossa potilasta. Tiedonhallinnan osaamista tarvitaan oman työn kehittämiseen, tutkimustiedon tuottamiseen sekä tiedon soveltamiseen omaan työhön. Sähköisten terveyspalvelujen käytön lisääntyminen tuo haasteita myös terveydenhuollon johtamiselle, alati kasvavan sähköisen tiedon hyödyntämiselle ja tiedonhallinnalle. Sähköisillä terveyspalveluilla tuetaan hyvää elämää, ihmisarvoa, itsemääräämisoikeutta, osallisuutta. Teknologian käyttö ei saa heikentää palvelujen laatua eikä sosiaalista kanssakäymistä. Asiakasta on informoitava terveyspalveluiden ja teknologian hyödyistä, mahdollisuuksista ja riskeistä. Asiakkaalla on myös oikeus odottaa, että hoitaja, joka tuottaa sähköistä terveystietoa, noudattaa toiminnassaan eettisiä periaatteita eikä tieto saa loukata kansalaisen yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. (Sairaanhoidajaliiton raportti 10/ 2015, 11.)

Poikela ja Turpeenniemi (2015, 42) kertoivat hyvinvointiteknologian kokemuksista positiivisina kokemuksina hoito-, kuntoutus- ja palveluketjuihin. Tietojärjestelmät lisäävät potilas- ja tietoturva, tehostavat hoitoa, nopeuttavat ja helpottavat henkilökunnan työskentelyä sekä lisäävät työturvallisuutta. Tiedonsaanti myös helpottuu ja hyvinvointiteknologia yhdenmukaistaa myös työskentelyä. Sen koettiin myös vahvistavan yhteistyötä asiakkaan, omaisten ja henkilökunnan välillä ja helpottaa hoidon saatavuutta.

Finnish Journal of eHealth and eWelfare -artikkeli kertoo, kuinka sosiaalinen media tulee haastamaan maailman ja vaikuttamaan hoitotyön. Teknologian avulla tietoa voidaan hyödyntää eri käyttötarkoituksiin. Twitter nähdään tulevaisuudessa tärkeänä potilaan hoidossa. Potilaan ja kansalaisen omahoitoa pyritään vahvistamaan ja tukemaan useilla eri applikaatioilla tai sovelluksilla, joista esimerkkeinä aktiivisuusrannekkeet ja sähköiset mittalaitteet, jotka tuottavat tietoa automaattisesti potilaan kotihoidossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tieto hyötykäyttöön- strategian 2020 mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa syntyviä asiakaskohtaisia tietoja, laatua ja vaikuttavuutta kuvaavia tietoja, kansalaisten itse tuottamia tietoja tulee voida hyödyntää turvallisesti. (Kinnunen 2015, viitattu 1.10.2016.)

2.5 Mobiili kotihoito

Mobiili kotihoito tarkoittaa sähköistä tietojärjestelmää, jossa ylläpidetään asiakkaan perustietoja sekä hänen terveyteensä ja hoitoonsa liittyviä tietoja. Tietojärjestelmän tarkoitus on korvata perinteiset paperidokumentit ja asiakaskansiot. Mobiilista ratkaisusta saatavia hyötyjä ovat reaaliaikainen kirjaaminen asiakkaan luona ja tietojen kirjautuminen järjestelmään viiveettä. Myös toimintojen ohjaaminen ja esimerkiksi asiakkaiden siirto hoitajalta toiselle helpottuu. Työpäivät suunnitellaan ja aikataulutetaan sujuvaksi, jolloin asiakastyöaikaa saadaan lisää. Työ tulee päivittäin näkyväksi prosentteineen, näkyy suunniteltu ja toteutunut työaika. Tasapuolinen kuormittuminen tiimin sisällä, että yli tiimirajojen on mahdollista toiminnanohjauksen kautta mobiiliin. Reaaliaikaisesti voidaan seurata missä työntekijät ovat, ketkä asiakkaat käymättä, myös muutosreagointi on mahdollista nopeallakin aikataululla. Resurssitarpeen arviointi tiimeittäin ja tiimien välinen yhteistyö on lisääntynyt. Mobiili nähdään kotihoidon viestinnän välineenä, ei pelkkänä puhelimenä. Haasteena mobiilin käytössä on käyttäjien osaamisen vahvistaminen, laitteiden toimivuus eli joillakin alueilla yhteydet hitaat tai eivät toimi, jolloin asiakastietoja ei saada kotikäynnillä näkyviin tai pätkivä yhteys hidastaa työn sujuvuutta. Torniossa Ruotsin rajan läheisyys vaikuttaa verkon pätkimiseen ja katkeamiseen. (Uttu 2014, viitattu 12.9.2016.)

Tepponen (2009, 182) toteaa mobiiliteknologian tarjoavan uusia hyödyntämismahdollisuuksia kotihoitoon, kuten ovien avaamisen matkapuhelimella, mihin on yhdistetty käyntien automaattinen kirjaus. Esimerkiksi hoitotietojen kirjaaminen tietokoneella tai älypuhelimella kotona yhdessä asiakkaan kanssa lisää asiakkaan osallisuutta ja aikaa.

Länsi-Pohjien kuntien kotihoidossa otettiin käyttöön sähköinen kirjaaminen ja kotihoidon mobiili (Tornio, Tervola, Kemi, Keminmaa, Simo ja Ylitornio) tammi-helmikuun 2015 aikana. Kaikille kotihoidon säännöllisille asiakkaille toimitettiin kotiin tunnistetarra. Kotihoidon työntekijän saapuessa asiakkaan luo, hän kirjaa itsensä saapuneeksi matkapuhelimella tunnistetarraa käyttäen. Samoin työntekijä kirjaa itsensä asiakkaan luota pois lähtiessään. Myös kotihoidon kirjaaminen tapahtuu matkapuhelinta käyttäen asiakkaan kotona. Kotihoidon hoitajilla on aina mukanaan asiakkaan ajantasaiset tiedot muun muassa asiakkaan lääkityksestä sekä omaistiedot, koska hoitosuunnitelma on luettavissa mobiililaitteen kautta. Reaaliaikainen tieto ja käyntien tilastointi tunnistetarran kautta lisäävät asiakasturvallisuutta. Tavoitteena on myös lisätä asiakastyöhön käytettävää aikaa, kun toimistolla jälkepäin tapahtuva kirjaaminen vähenee merkittävästi. (Rousu, 2015.)

2.6 Kotihoidon haasteet

Kotihoidon suurin haaste on sen sisällön kehittäminen ja kotiin annettavien palvelujen ja muun tuen monipuolistuminen iäkkäiden hoidossa. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen muistisairaiden kotona asumisen lisäämiseksi on tärkeä asia. Näyttöä tähän haasteeseen on käytettävä, jotta vaikuttavuutta saadaan kotihoidosta tämän suhteen. Tämä edellyttää ammattilaisten osaamisen jatkuvaa kehittämistä. Tutkimuksen mukaan henkilöstön osaaminen arvioitiin parhaimmaksi ja eniten kehittyväksi kotihoidossa. Selkeä osaamisen vahvistumisen muutos on meneillään. Heikoimmat osaamisalueet hoitohenkilökunnalla liittyivät muistisairaiden henkilöiden erityistarpeisiin varsinkin silloin, jos muistisairas henkilö oli työikäinen. Tutkijat korostavat erityisen tärkeänä asiana iäkkäiden ja heidän omaisten äänen osallistuvuutta paremmin palvelujen kehittämisessä. Vain silloin, kun ihminen voi itse osallistua ja vaikuttaa omassa asiassaan voidaan puhua asiakaslähtöisestä palvelusta. Tulokset osoittavat, että palvelurakenteen uudistaminen nykyistä kotihoitopainotteisemmaksi ontuu muistisairaiden osalta, jotka muodostavat 2/3 osaa vanhuspalvelujen käyttäjistä. Omaisten jaksamisen tukemiseen tulee panostaa enemmän. Yhteistyötä kolmannen sektorin ja muidenkin kuin kuntatoimijoiden kesken kannattaa kehittää. Kunnat kokivat kolmannen sektorin monimuotoisena ja pitkään jatkuneena yhteistyönä ja kaikin puolin hyväksi koettuna. Kunnat odottivat saavansa asiantuntemusta ja koulutusta yhteistyötahojen kanssa. Ostopalvelujen osalta kuntien mahdollisuudet varmistua henkilöstön osaamisesta olivat kirjavina. Kotihoidon tärkeimmät kehittämiskohteet ilmenivät kotona asumisen tukemisessa. Varsinkin ilta-aikaiset, yö- ja viikonlopun aikaiset palvelut, kuljetuspalvelut sekä omaishoitajan jaksamisen keventäminen olivat tärkeitä kehittämiskohteita. Myös suunnitelmallisuudessa, kokonaisvaltaisessa yhteistyössä eri toimijoiden kesken sekä asiakaspalautejärjestelmän kehittäminen olivat tärkeitä kehittämiskohteita. (Finne-Soveri, Kuusterä, Heimonen, Lehtonen & Noro. 2015, 3-5, 54; Hallberg & Kristensson, 2004, 112.)

Tulevaisuuden kotihoito ja kotona asumista tukevien palvelujen sisältöä olisi kehitettävä palvelutarpeen arvioinnin ja hyvinvoinnin edistämisen suhteen. Kotihoidon sisällön ja työprosessien kehittäminen nähdään tärkeäksi teemaksi. Palveluketjuihin panostaminen ja sisältöosaamisen ja johtamisen kehittäminen olisi myös tärkeää tulevaisuuden haasteena. Muistisairaiden palvelujen kehittäminen sekä kotisaattohoito tulevat jatkossa saamaan suuren osan kotihoidon kehittämistoiminnasta. Koko kotihoidon kehittämistyötä kannattelivat arvon tuottaminen asiakkaalle, asiakkaan osallisuus sekä kuntoutuksen merkityksen painottuminen. (Hyvinkään kaupunki 2015, viitattu 30.9.2016.)

Tepponen (2009, 5,166) toteaa väitöskirjassa, että kotihoitoa on johdettava ja toteutettava tavoitteiden ohjaamana, ottamalla huomioon paikalliset olosuhteet ja kotihoidon palvelujärjestelmä. Eri toimijoiden yhteistyöllä on luotava edellytykset sosiokulttuuriselle työlle kuten opinto- ja lukupiireille, muistelutyölle sekä taiteen harrastamiselle. Hänen tutkimus myös osoitti, että kotihoidon puutteiksi ympärivuorokautisen kotihoidon heikon saatavuuden, hoivan ja palvelujen pirstaleisuuden, kotihoitoavun vähäisyyden sekä ehkäisevän ja sosiaalisia suhteita tukevan toiminnan riittämättömän saatavuuden. Hän toteaa myös, että riittävä sairaanhoitoapu ei ole saatavissa kotiin toimintakyvyn ja terveyden heikentyessä lyhytaikaisesti. Samoin teknologiaa ei hyödynnetä kotihoidossa riittävästi.

Jumisko, Rätty & Ylitalo (2013) toteavat kehittämistyössään kotihoidon tilasta ja kehittämistarpeista seuraavaa. Kotihoidon työ on asiakkaille tärkeää. Kotihoidon työntekijät ovat avulialta ja ammattitaitoisia. Asiakkaat kokivat tärkeänä tutun hoitajan käynnit, mutta työtavoissa oli jonkin verran poikkeamaa asiakkaiden kotona. Hoitotyön yleisistä käytännöistä ei ole puhuttu henkilökunnan välillä ja asiakkaan oman tahdon kuuleminen jää varjoon. Kotihoidossa ahdistavaksi koetaan kiire ja se näkyy välillä myös asiakkaille. Useasti kiirettä aiheuttivat pitkät matkat ja autolla ajaminen. Samoin sairauspoissaolot aiheuttavat kitkaa työntekijöiden välillä. Työn organisointiin toivottiin enemmän esimiesten läsnäoloa ja kenttätyöskentelyä. Hoitosuunnitelman laatimiseen ja arviointiin asiakkaiden osallisuus vaihteli. Kotihoito kuunteli asiakkaan toiveita ja niihin pyrittiin vastaamaan. Isompia toiveita arasteltiin kertoa kotihoidolle, koska tiesivät työntekijän kiireen. Hoito ja palvelusuunnitelmat olivat tehtynä kotihoidossa ja niihin panostaminen konkreettisten tavoitteiden ja päivittämisen suhteen pidettiin tärkeänä. Toivottiin palveluohjaajaa, joka vastaisi hoito- ja palvelusuunnitelmaprosessista. Tiimien välistä yhteistyötä toivottiin lisää ja yhteyksien pitämistä eri tiimien välillä ja keskusteltaisiin ja jaettaisiin hyviä kokemuksia ja käytäntöjä.

2.7 Rakenteinen kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan

Hoitotyön kansallinen sähköinen kirjaamismalli perustuu WHO:n päätöksenteon prosessimalliin, sähköiseen kirjaamiseen sekä rakenteiseen kirjaamiseen. Tarve- ja toimintoluokituksessa on kolme eri tasoa: komponentin, pääluokan ja alaluokan. Tuloluokitus on myös kolmiportainen ja sisältää vaihtoehdot: parantunut, ennallaan tai huonontunut. Luokitusten lisäksi asiakkaasta tulee kirjoittaa vapaata tekstiä, joka sisältää yksityiskohtaisempaa selvitystä asiakkaan tilanteesta. Suunniteltaessa ja toteuttaessa asiakkaan hoitoa käytetään päätöksenteossa näyttöön perustu-

vaa tietoa. Kirjaaminen tehdään sähköiseen potilaskertomukseen, jonka tarkoituksena on tukea hyvää hoitoa. (Iivanainen ym. 2013, 15.)

Kirjaamisen arviointi ei ole itsetarkoitus, vaan sen tavoite on tuottaa tietoa hoidosta, sen laadusta, sujuvuudesta, resursoinnista ja/tai tuloksista. Kirjaaminen on myös toiminnan arviointia siitä, miten hoidolle asetetut tavoitteet saavutetaan ja miten ne ovat vaikuttaneet potilaan terveydentilaan. Sähköiset potilastietojärjestelmät antavat uuden mahdollisuuden kirjata, käyttää, luovuttaa, säilyttää ja suojata tietoa sekä muokata eri tilastoihin. Kirjatun tiedon sujuva ja turvallinen käyttö edellyttää, että tiedot tallennetaan tietokantoihin vakioituissa muodoissa. Tämän mahdollistavat luokitukset ja nimikkeistöt hoitosuunnitelmassa, joiden avulla tietoa voidaan siirtää järjestelmästä toiseen. Kun kirjattu tieto on sisällöltään puutteellista, tietoa on mahdotonta käyttää tarkoituksenmukaisesti ja se altistaa hoitovirheille ja vaikeuttaa hoitamista sekä vaikeuksia ohjata ja arvioida toimintaa. (Hopia & Koponen 2007, 124–125.)

Hallila (2005, 13,14) mainitsee kirjassaan näyttöön perustuvan kirjaamisen hoitotyössä. Se on prosessi, jossa tutkimustuloksia ja muuta asiantuntijatietoa hyödynnetään käytännössä. Se korostaa menettelyä, jossa tehdään hoitotyön auttamismenetelmiä toimintaprosessien kautta asiakkaalle oikeaan aikaan. Hallila mainitsee hoitotyön tekijät ikääntyneeksi heterogeeniseksi ryhmäksi, jolla on eritasoinen koulutus taustalla sekä erilaiset tavat kirjata tietoja potilasasiakirjoihin. Täydennyskoulutus on tässä tärkeässä asemassa ja, koska hoitotyöntekijöiden koulutustaso nousee kaiken aikaa, näyttöön perustuvan toiminnan edellytykset paranevat. Käytännön työssä hoitajilla on vaikeuksia keskittyä erilaisten auttamismenetelmien valintaan ja neuvotella niiden käytöstä asiakkaan ja omaisten kanssa. Samoin myös kirjaamiseen keskittyminen on vaikeaa, koska työpisteet voivat olla rauhattomia, työasemia ei ole riittävästi ja sähköiset järjestelmät ovat hidaskäyttöisiä ja monimutkaisia.

2.7.1 Lait ja asetukset kirjaamiselle

Merkittävin laki hoitotyön kirjaamisen näkökulmasta on potilaslaki (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, Terveystieteiden tutkimuslaki 1326/2010), jonka mukaan laadukas, turvallinen ja asianmukaisesti toteutettu hoito edellyttää, että terveydenhuollon toiminta on näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin perustuvaa. Lain mukaan potilaan hoito on järjestettävä ja häntä kohdeltava siten, ettei ihmisarvoa loukata sekä hänen yksityisyyttä kunnioitetaan (3§). Lain mu-

kaan potilaalle on annettava selvitys hänen hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan (5§). Hoitajan on annettava selitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sisällön. Lain mukaan hoitajan tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteutuksen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot (12§). 13§:ssä mainitaan, että potilasasiakirjat ovat salassa pidettäviä ja säilytettävä huolella asiakkuuden päätyttyäkin. Terveydenhuollon potilastietojärjestelmien ja potilasasiakirjojen tulee olla siinä muodossa, että sähköisten potilasasiakirjojen käyttö, luovuttaminen, säilyttäminen ja suojaaminen ovat mahdollista ja potilasasiakirjoissa käytettävän kielen tulee olla ymmärrettävää myös potilaalle. (Laki potilaan oikeuksista 785/1992 3§, 5§, 12§, 13§.)

2.7.2 Sähköinen potilaskertomus ja kirjaamisen merkitys ja hyöty

Ulla-Mari Kinnunen (2015, 7) toteaa hoitotyön rakenteisen kirjaamisen tarkoittavan, että hoitotyön tiedot kirjataan ja esitetään rakenteisessa muodossa. Potilastiedon rakenne saadaan aikaan käyttämällä yhdenmukaisia termistöjä, nimikkeistöjä, luokituksia, sanastoja ja koodeja. Rakenteista tietoa on mahdollisuus täydentää vapaamuotoisella kirjoittamisella. Sähköinen potilaskertomus edellyttää valtakunnallisesti yhteisesti sovittuja keskeisiä potilaskertomusrakenteita. Sähköinen potilaskertomus ja rakenteinen kirjaaminen tuottavat tutkijan mukaan terveydenhuollon päätöksentekoa, moniammatillista kommunikaatiota ja kehittämistä sekä tutkimista varten laadukasta tietoa. Hänen mukaansa potilaan hoidon kirjaamisen rakenteet ja sisältö ovat usein epätarkkoja ja epäyhtenäisiä. Parannuskeinoiksi hän mainitsee juuri sähköisen potilaskertomuksen ja rakenteisen kirjaamistavan käyttöönoton ja henkilökunnan koulutuksen.

Kinnunen mainitsee sähköisen potilaskertomuksen tuottaman tiedon hyödyntämistä muun muassa potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa, arvioinnissa, koordinoinnissa, hoidon ja hoitoprosessien kehittämisessä sekä laadun mittauksessa, kun rakenteisen tiedon arvo tunnustetaan ja ymmärretään. Kinnunen korostaa tutkimuksessaan terveydenhuollon johtajien ja kouluttajien ymmärryksen, että hoitotyön kirjaaminen on kiinteä ja tarpeellinen osa hoitotyötä. Hoitajien asenteet hoitotyön rakenteista kirjaamista kohtaan ovat pääasiassa positiivisia, mutta hoitotyön johtajien tulee huolehtia riittävästä resursoinnista ja tuesta uusien työtapojen suunnittelussa ja käytönotossa. (Kinnunen 2015, 7.)

Härkönen (2008, 5) mainitsee kirjaamisen kehittämisen avulla kirjaamisen päällekkäisyyksien vähenemisen, hoitotyön näkyvyyden ja laadun parantamisen, potilaiden ja henkilökunnan oikeusturvan parantamisen, kirjaamisen rakenteisen ja sisällöllisen yhtenäistämisen sekä hoitotyön käytöjen ja toimintamuutosten paranemisen. Hän mainitsee kirjaamisen lisäävän hoidon jatkuvuutta ja yhteistyön ja hoitoketjujen hallinnan paranemisen tietojärjestelmien yhteensopivuuden avulla sekä myös hoitotyön tiedon vertailtavuuden mahdollistumisella.

Hoitotyön laadukas ja oikea-aikainen kirjaaminen ovat keskeinen osa potilasturvallisuutta. Hyvä dokumentointi korostuu varsinkin tilanteissa, joissa hoitovastuu siirtyy hoitotyön ammattilaiselta toiselle. Potilasturvallisuus on henkilökunnan, potilaan ja heidän läheistensä yhteinen päämäärä. Hoitotyön kirjaaminen siten, että kirjattu tieto kulkee aina potilaan mukana ja on kaikkien ammattiryhmien käytössä päätöksenteon tukena, onnistuu parhaiten, kun kirjaaminen on yhtenäistä. (Haatainen 2015, 11.)

Informaation tehokkuus ja laadukas hoitotyö tulevat tärkeämmäksi, koska hyvän hoidon toteuttaminen on riippuvaista saatavilla olevasta tiedosta ja sen laadusta. Hoitajat tarvitsevat hoitotyön kirjaamista, tiedon vaihtamista ja tiedon siirtämistä päivittäin hoitotyössään. Ja jos kirjaamista ei katsota kuuluvaksi osaksi potilastyötä ja tärkeäksi osaksi hoitotyön prosessia, voi hyvin kirjattu hoito johtaa huonoon tai puutteelliseen hoitoon vaarantaen potilasturvallisuutta. Samoin jos kirjaaminen nähdään taakkana ja aikaa vievänä prosessina, hoitohenkilökunta ei tuolloin pysty sitä arvostamaan ja siitä huolehtimaan. (Kinnunen 2015, 6.)

Virkkunen, Mäkelä-Bengt & Vuokko (2015, 13, 16, 17) toteavat yhtenäisten tietorakenteiden määrittelyn avulla kirjaamisen helpottuvan, kun tiedon löytyminen tehostuu. Tiedon rakenteisuus vähentää tarvetta manuaalisesti kopioida tietoa järjestelmästä, kun pelkkä tiedon linkitys riittää. Hyöty tulee siitä, että tietoa ei tarvitse kirjata kuin kerran yhteen paikkaan, minkä jälkeen se on uudelleen käytettävissä eli helpottaa myös hakua. Lisäksi he näkevät potilasasiakirjoihin määritellyt yhtenäiset tietorakenteet edellytyksinä valtakunnalliselle sähköisen tietojärjestelmäpalvelun hyödyntämiselle (Kanta-arkisto).

Potilasta tiedon rakenteisuus auttaa parantamalla tiedon laatua ja edistämällä potilasturvallisuutta. Organisaatiossa rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa palvelujen toteutumisen, arvioinnin ja oman organisaation toiminnan ohjauksen ja seurannan aikaisempaa paremmin, kun raportointia voidaan automatisoida. Samoin lakiperustaiset, valtakunnantason valvonta- ja seurantatehtä-

vät helpottuvat. Rakenteinen tieto helpottaa tiedon hyödyntämistä muun muassa kliinisessä tutkimuksessa, erilaisessa päätöksenteossa, laadun arvioinnissa ja kustannusten seurannassa. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteisuus parantaa potilaan hoidon laatua, kun kirjaaminen samalla ohjaa noudattamaan hoitoprosessia tai hoitosuosituksia, ja kun potilaan tiedot ovat aiempaa laadukkaampia, paremmin saatavissa ja löydettävissä. (Sama, 13-17.)

Esimerkiksi hoitosuositusten parempi noudatettavuus saattaa ohjata potilaan aikaisemmin oikean hoidon pariin ja tätä kautta lyhentää hoidon kestoja. Ajantasaisen tiedon saatavuus hoitavasta organisaatiosta riippumattomasti lisää myös potilasturvallisuutta. Potilastietojen saattaminen sähköiseen muotoon parantaa myös potilaan oikeusturvaa, sillä tietojen käyttöä voidaan seurata tarkemmin kuin paperikertomuksessa ja tiedon käyttäjien yhteinen käsitteistö vähentää tulkinta-epäselvyyksiä. Sähköisen potilaskertomuksen tietoja voidaan tuottaa myös potilaan katseltavaksi valtakunnallisissa sähköisissä tietojärjestelmäpalveluissa ja potilas voi varmistaa kertyvän tiedon oikeellisuutta. Tulevaisuuden kehityssuunta on, että potilas voi itse tuottaa terveystietojaan esimerkiksi ennen hoitokäyntiä. Terveystietojen ammattihenkilö hyväksyy tällöin aina hoitopäätöksen perusteena olevat potilaan tuottamat tiedot potilaskertomukseen. Tulevaisuudessa potilaan osallistuminen sähköisen asioinnin avulla tietojen tuottamiseen voi sekä voimaannuttaa potilasta tai sitouttaa häntä paremmin hoitoon sekä parantaa tuottavuutta. (Sama, 13-17.)

Turjamaa (2014, 48) toteaa hoitotyön kirjaamisen vaativan hoitotyön ammattilaiselta kokonaiskuvaa asiakkaan tilasta ja pystyä yksilöllisesti yhdessä asiakkaan kanssa luomaan tarpeet hoitotyölle. Tutkimuksessa ilmeni, ettei henkilökunta ottanut riittävästi huomioon asiakkaiden voimavaroja hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Usein kiinnitettiin huomiota lääkehoidon tekniseen toteutumiseen ja vähemmälle huomiolle jäi lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta. Myös päivittäisten toimintojen suorittaminen ja asiakkaan puolesta tekeminen vähensivät yksilöllisten voimavarojen tukemista. Tutkija näkee sähköinen potilastietojärjestelmän luotettava pohjaksi laatia yksilöllinen hoitosuunnitelma kotihoidon asiakkaille.

Hartikainen (2008, 64) tutki pro gradu -tutkielmassa sairaanhoitajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Hän totesi sähköisen kirjaamisen tuovan mukanaan yhden vuoden kirjaamiskokemuksen jälkeen tyytyväisyyttä uuteen käytäntöön. Uudet, suunnitellut kirjaamiskäytännöt olivat päivittäisessä käytössä ja kirjaamisen todettiin parantuneen, muuttuneen helpommaksi. Kirjaaminen oli myös tiivistynyt ja asioita kirjattiin enemmän.

2.7.3 Rakenteisen kirjaamisen ydintiedot

Liljamo, Kinnunen & Ensio (2012, 14) toteavat tutkimuksessaan hoitotyön rakenteisen kirjaamisen ydintietoja olevan hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Sähköisessä hoitotyön kirjaamismallissa on käytössä päivitetty Suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus FinCC (Finnish Care Classification) versio 3.0. Sen tarkoitus on auttaa hoitajaa kirjaamaan sähköiseen potilaskertomukseen potilaan hoitotyötä. Päätöksenteon prosessimallin mukaisesti. FinCC muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), jota hoidon suunnitteluvaiheessa tavoitetta kirjatessa käytetään pää- ja alaluokkien kanssa. Hoidon suunnittelu- ja toteutusvaiheessa käytetään hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL) ja Suomalaisesta hoidon tulosluokituksesta (SHTuL). Suomalaisen hoidon tarveluokituksella sekä hoitotyön toimintoluokituksella on yhtenevä hierarkkinen rakenne (komponentti-, pääluokka- ja alaluokkataso). Komponentit kuvaavat kaikkein abstrakteinta tasoa. Niiden alle kootaan tarve- ja toimintoluokituksen konkreettisemmat pää- ja alaluokat, joilla kirjaaminen käytännössä tapahtuu. Suomalaisen hoidon tulosluokituksen avulla arvioidaan hoidon tarpeeseen liitettävää hoidon tulosta kolmella eri vaihtoehdolla (tulos ennallaan, tulos parantunut, tulos heikentynyt).

Sähköisen potilaskertomuksen ydintiedoilla tarkoitetaan keskeisiä potilaan terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, joilla kuvataan toteutunutta tai suunniteltua hoitoa. Ydintietojen pääelementit ovat potilaan, palveluntarjoajan, palvelutapahtuman ja -kokonaisuuden tunnistetiedot, ongelmat ja diagnoosit, terveyteen vaikuttavat tekijät, fysiologiset mittaukset, hoitotyön ydintiedot, toimintakyky, tutkimukset, toimenpiteet, lääkehoito, lausunnot ja todistukset, apuvälineet, preventio, jatko- hoitoa koskevat tiedot ja suostumus. Ydintietojen kirjaaminen rakenteisessa muodossa edellyttää standardoitujen termistöjen (sanastot, nimikkeistöt, luokitukset) käyttöä. Tieto on myös koodattava eli esitettävä ohjelmistojen ymmärtämässä muodossa yhtenäisellä tavalla. Termistöt ja koodistot kerätään valtakunnalliselle koodistopalvelimelle. (Sama, 14.)

Hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos ja hoitotyön yhteenveto. Hoitaja kirjaa hoitoprosessin eri vaiheissa valitsemalla luokitukselta sopivan pää- tai alaluokan, jota täydennetään tarvittaessa vapaalla tekstillä. Hoidon suunnitteluvaiheessa hoidon tavoitetta kirjatessa käytetään hoidon tarveluokituksen (SHTaL) komponenttien pää- ja alaluokkia. Hoidon suunnittelu- ja toteutusvaiheessa käytetään hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL). (Sama, 14.)

2.7.4 Asiakkaan hoidon tarveluokitus

Hoitosuunnitelman laadinta lähtee tarvekartoituksesta. Asiakas haastatellaan ja tarpeet määritellään yhdessä sähköiseen hoitosuunnitelmaan. Kirjatessa hoitotyön tarpeen määrittämisessä käytetään hoidon tarveluokkien pää- ja alaluokkia ja tarpeelle voidaan määrittää varmuusaste eli kuinka pysyvä tarve mahdollisesti on. Hoidon suunnitteluvaiheessa asetetaan hoidolle tavoitteet ja valitaan suunnitellut hoitotyön toiminnot käyttämällä hoitotyön toimintoluokituksen pää- ja alaluokkia. Hoidon toteutus vaiheessa kirjataan hoitosuunnitelmaan toteutunut hoito toimintoluokituksen avulla. Hoitosuunnitelmaan on mahdollisuus kirjoittaa myös vapaata tekstiä ja näin tarkentaa hoitosuunnitelmaa. Hoitotyön yhteenveto koostetaan ydintietojen avulla ja täydennetään hoitotyön luokitusten avulla ja siinä myös on mahdollisuus vapaaseen tekstiin. (Liljamo ym. 2012,12.)

Suomalainen hoidon tarveluokitus (SHTaL versio 3.0) sekä SHTaL:ssa että SHToL:ssa on 17 komponenttia. Komponenttien pää- ja alaluokkien lukumäärät vaihtelevat. SHTaL:ssa on 88 pääluokkaa ja 150 alaluokkaa. SHToL:ssa on 127 pääluokkaa ja 180 alaluokkaa. Pää- ja alaluokkia on yhteensä 545, pääluokkia yhteensä 215 ja alaluokkia 330. Suomalaisen hoidon tarveluokitus pitää sisällään eri komponentit: aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nestetasapaino, terveyskäyttäytyminen, hoidon ja jatkohoidon koordinointi, lääkehoito, ravitsemus, hengitys, verenkierto, aisti ja neurologiset toiminnot, turvallisuus, psyykinen tasapaino, päivittäiset toiminnot, kudosseheys, elämänkaari ja aineenvaihdunta (taulukko 1). (Sama, 12.)

TAULUKKO 1. Hoidon tarveluokituksen komponentit (Liljamo ym. 2012, 12)

AKTIVITEETTI	VERENKIERTO
fyysinen toiminta uni ja -valvetila	verenpaineen ja sydämen rytmin muutos kuume, alilämpö
ERITTÄMINEN	AISTI JA NEUROLOGISET TOIMINNOT
ruoansulatus virtsaiteiden toiminta verenvuoto	akuutti ja krooninen kipu neurologisia muutoksia kuvaava tarve huimaus, vapina, afasia, tajunnan tason muutokset
SELVIYTYMINEN	TURVALLISUUS
selvitä muuttuneesta tilanteesta	sairauden ja hoitoympäristön aiheuttamat turvallisuusriskit karkailut, sängystä putoaminen, kaatumisriski, tarttuvan taudin kantaja
NESTETASAPAINO	PSYKKINEN TASAPAINO
elimistön nestemäärään liittyvät osatekijät esim. kuivuminen, turvotus	ahdistus, harhaisuus, pelokkuus, masentunut, mielialan vaihtelut
TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN	PÄIVITTÄISET TOIMINNOT
elintavat sitoutuminen sairauteen	omatoimisuuteen liittyvät tekijät ja tarpeet hygienia, pukeutuminen, ruokailu, wc, liikkuminen, apuvälineet
HOIDON JA JATKOHOIDON KOORDINOINTI	KUDOSEHEYS
moniammatillinen hoidon koordinointi tutkimus, toimenpiteet	limakalvojen ja ihon kuntoon liittyvä ihottuma, haavat
LÄÄKEHOITO	ELÄMÄNKAARI
lääkkeiden käyttöön ja lääkehoidon toteutumiseen liittyvät tekijät	iän mukana tuomiin terveyspalveluiden ja hoidon tarpeen huomioiminen
RAVITSEMUS	AINEENVAIHDUNTA
ravinnon turvaamiseen liittyvät tekijät ruokahaluttomuus, nielemisvaikeus	hormonaaliset ja immunologiset muutokset verensokerin muutokset, heikentynyt vastustuskyky
HENGITYS	
hengittämiseen ja keuhkojen toimintaan liittyvät tarpeet hengenahdistus, yskä	

2.8 Asiakkaan hoitosuunnitelma ja palvelusuunnitelma

Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisella on juridinen perusta, sillä seuraavat lait ja asetukset sisältävät velvoitteita hoitosuunnitelman laatimiseen: laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (Asiakaslaki 812/2000). Lain mukaan sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava asiakkaalle palvelu- ja hoitosuunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa tai hänen laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelmaa laadittaessa on otettava huomioon asiakkaan toiveet ja mielipide ja kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteutukseen (8§). Toinen hoitosuunnitelmaa ohjaava Laki

on laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Potilaslaki 785/1992). Tämän lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Laissa säädetään, miten toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi. Tällöin huomioidaan myös potilasturvallisuus ja tehokkuus. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/1994; Henkilörekisterilaki 471/1987.)

Hoitosuunnitelma on potilasasiakirja, joka on osa potilaskertomusta. Sähköisiä potilastietojärjestelmiä käyttävissä yksiköissä se muodostetaan potilastietojärjestelmässä. Hoitosuunnitelma arkistoidaan paikalliseen potilastietojärjestelmään ja myöhemmin Kanta-arkistoon. Hoitosuunnitelmaan kootaan kaikkien asiakkaan hoidon kannalta olennaisten terveysongelmien hoitoa koskevat tiedot. Eri palvelujen antajat käyttävät ja päivittävät samaa hoitosuunnitelmaa. Suunnitelma liitetään tietojärjestelmiin 2014. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4, 60.)

Hoitosuunnitelman käytön tavoitteena on asiakaskeskeisyys, voimaannuttaminen (asiakas ja terveydenhuollon henkilö laativat hoitosuunnitelman yhdessä), hoidon jatkuvuus ja tietojärjestelmien hyödyntäminen hoidon toteutuksessa. Näin hoitosuunnitelma heidän mukaan onnistuu ja toteutuu parhaiten. (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011, 12).

Hoitotyö koostuu toimintojen kokonaisuudesta, jossa työskentely etenee vaiheittain. Hoitosuunnitelman laatiminen, toteutus ja arviointi jäsentävät ja tekevät näkyväksi koko yhdessä eletävän prosessin. Asiakastyö on tavoitteellista, sitoutumista, arviointia ja tarvittaessa uudelleen suuntautumista edellyttävää yhteistyötä. Hyvän hoitosuunnitelman valmistelu vaatii työntekijältä arvioivaa ja asiakaslähtöistä työtettä. Tarvitaan hyvän palvelun ja hoidon turvaamiseen tietoa siitä, mitä asiakkaat arvostavat, pitävät hyvänä ja tavoiteltavana. Asiakaslähtöisessä ajattelussa asiakas on hoidon ja palvelun saaja, palautteen antaja, konsultti ja kehittäjä. Hyvän hoitosuunnitelman on turvattava käytännössä, että tämä toteutuu ikäihmisen mahdollisuutena kaikissa vanhustyön eri vaiheissa ja erilaisissa toimintaympäristöissä. Hyvän hoitosuunnitelman tekeminen on kuvaus neuvotellen etenevästä prosessista; asiakkaan elämänvaiheesta, jossa hän parhaimmillaan saa tarvitsemansa tuen ja avun toivomassaan ympäristössään. Työntekijä toimii asiantuntijuutensa ja osaamisensa turvin. Yhdessä sopien ja tuloksia jatkuvasti tarkistaen asiakas ja työyhteisö etenevät vaiheittain tavoitteisiinsa. Hyvä hoitosuunnitelma rakentuu vaiheittain (Päivärinta ym. 2002, 35.)

Hoitotyön prosessi muodostaa rakenteen, joka perustuu prosessiajatteluun ja päätöksentekoteoriaan. Tässä kirjaamisen mallissa edetään hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti. Hoitotyön pro-

sessi on kokonaisuus, joka muodostuu hoitotyön suunnitelmasta (hoidon tarpeen määrittely ja tavoitteet), toteutuksesta ja arvioinnista. Hoitosuunnitelmaan kirjataan hoidon tarve, joka on henkilökunnan laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä tarpeista, joita voidaan poistaa tai lieventää hoitotoimintojen avulla. Hoitotyön tarpeen määrittely on potilaan hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyvien tarpeiden kartoittamista. Saatujen tietojen perusteella hoitaja yhdessä potilaan kanssa määrittelee hoidon tarpeen. Hoitotyön toiminto kuvaa potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta. Toiminnot toteuttavat potilaan ja hoitajan välittömässä auttamis- ja ohjaustilanteissa eli niitä keinoja, joilla henkilökunta vastaa potilaan hoidon tarpeeseen. Hoidon tulos kuvaa potilaan hoidon tilassa tapahtuvaa muutosta. Potilaan nykytila arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteeseen. (Liljamo ym. 2012, 14, 17.)

Päävastuun tilannekartoituksesta, hoitosuunnitelman laatimisesta ja sovitusta suunnitelman toteutumisesta kantaa palvelutiimi kotihoidossa. Kartoituksen koordinoija rakentaa yhteistoiminnan asiakkaan ja hänen läheisiensä kanssa. Hän hankkii tarvittavan tiedon ja osaamisen eri ammattihenkilöiltä asiakkaan tilanteen selvittämiseksi ja hoitamiseksi. Hän vastaa oikean hoitomuodon sekä oikeiden hoitokeinojen valinnasta yhdessä eri ammattialojen toimijoiden kanssa. Koordinoijan vastuulla on selvitystyön pohjalta syntyvän hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen, taulukko 2. (Voutilainen ym. 2004, 92; Päivärinta ym. 2002, 5.)

TAULUKKO 2. Hoidollisen päätöksenteon prosessimallin vaiheiden mukainen kirjaaminen SHTaL ja SHToL- luokitusten avulla. (Liljamo ym. 2012, 12)

Hoidollisen päätöksenteon vaiheet	Hoitotyön ydintieto	FinCC -luokituksen käyttö
Hoidon tarpeen määrittäminen Potilasta koskevien tietojen kerääminen ja analysointi.	Hoidon tarve	SHTaL käytetään pää- tai alaluokkia
Hoidon suunnittelu Päätelmien teko eli hoidon tarpeiden määrittäminen ja priorisointi Tavoitteiden eli odotettujen tulosten nimeäminen ja hoitotyön toimintojen valinta.		SHTaL ja hoidon tarpeen varmuusaste määritellään asteikolla VAR: varma, TOD: todennäköinen, EP: epäilty Suunnitellut toiminnot nimetään SHToL pää- ja alaluokkien avulla
Hoidon toteutus Laaditun hoitosuunnitelman toteutus.	Hoitotyön toiminnot	SHToL pää- ja alaluokkien avulla
Hoidon arviointi Arviointi tehdään suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin sekä toteutuneeseen hoitoon. Arviointi tehdään päivittäin ja hoidon päättyessä.	Hoidon tulos	SHTuL /Komponentti Hoidon tuloksen tila: parantunut PA / huonontunut HU / ennallaan EN ja tarvittaessa täydennetään vapaalla tekstillä (tietojärjestelmästä riippuen mahdollista kirjata myös komponentti-, pää- tai alaluokkatasolle)
	Hoitotyön yhteenveto	Koostetaan hoitajakson kannalta keskeisistä hoitotyön ydintiedoista, joita tarvittaessa täydennetään hoitotyön luokitusten pää- tai alaluokkien avulla ja tarvittaessa vapaalla tekstillä. Hoitoisuusluokkatieto numeerisena ja sanallisena.
	Hoitoisuus	OPC -hoitoisuusluokituksen osa- alueiden sisällöt: potilaan hoidon tarpeet ja toteutuneet hoitotyön toiminnot, määrittävät hoitokertomuksessa käytetyistä SHTaL ja SHToL -luokitusten pää- ja ala- luokista. Tämän jälkeen valitaan OPC -osa-alueilla kuvaavin toteutuneen hoidon vaativuustasoista (A – D).

Nykänen, Viitanen & Kuusisto näkevät (2010, 7) rakenteisen hoitosuunnitelman vahvuuksiksi sen, että tietojärjestelmään kirjatut tiedot ovat papereihin verrattuna varmemmin saavutettavissa, kattavasti kirjatut hoitotiedot löytyvät koneelta tarvittaessa esimerkiksi puhelintiedusteluissa – ja valitustapauksissa. Hyvin tehty hoitosuunnitelma tukee toteutuksen ja arvioinnin kirjaamista ja oppimisen myötä kirjaamisen tekemiseen kuluva aika lyhenee. Tutkimuksen tulokset osoittavat ongelmia hoitotyön kirjaamisessa, tietojen moniammatillisessa hyödyntämisessä, että hoitokertomuksissa.

Kirjaamismalli on liian yksityiskohtainen ja hienojakoinen ja mallin mukaan kirjattaessa potilaan hoitoprosessi pilkkoutuu pieniin osiin ja tietojen hyödynnettävyys ja saatavuus on hankalaa. Hoitokertomukset, eli kirjaamismallin tietojärjestelmätoteutukset eri potilaskertomusjärjestelmissä poikkeavat toisistaan ja toteutuksissa on paljon käytettävyyso ongelmia. Hoitosuunnitelman laatiminen vaatii muistamista, ulkoa opettelua, mekaanista klikkailua ja paljon työaika. Tutkija suosittelikin kirjaamismallin yksinkertaistamista ja selkiyttämistä. Hän ehdottaa myös, että eri kirjaamis-

käytäntöihin kehitettäisiin eri tilanteisiin sopivia mallipohjia, jotka auttavat soveltamaan kirjaamis- käytänteitä. Kirjaamisen moniammatillista hyödyntämistä otettaisiin huomioon muiden ammattiryhmien kirjaamis- ja dokumentointitarpeissa ja esimerkiksi lääkäreille oma hoitotyön yhteenvetönäkymä hoitokertomustietoihin. (Sama, 7.)

Groop (2014, 17) toteaa asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmasta (PaHosu), jossa määritellään asiakkaan palvelut, kotikäynnit ja erityisesti näiden ajankohdat. Hoito- ja palvelusuunnitelma luo reunaehdot palvelutuotannon tasaamiselle eli Groop toteaaakin palvelusuunnitelman kriittistä tarkastelua aikataulujen suhteen, joilla kotihoidon kriittisten aamuaikojen ruuhkahuippuja tasoitetaan ja mahdollisesti voidaan siirtää iltapäivään tehtäväksi.

2.9 Hoitosuunnitelman merkitys ja hyödyt

Hoitosuunnitelmassa suunnitellaan, toteutetaan ja arvioidaan asiakkaan hoitotyön ongelmia ja tavoitteita kirjaamalla. Hoitosuunnitelman laatiminen tekee hoitoprosessin näkyväksi. Hoitosuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtettä, asiakkaan kotona asumista sekä palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämistä. Kotihoidon asiakkaan kokemus omasta selviytymisestään muuttuu ajan kuluessa ja samoin omaisen käsitys läheisen selviytymisestä muuttuu. Näin ollen asiakkaan kotihoito perustuukin huolellisesti tehtyyn kokonaistilanteen arviointiin asiakkaan hoitosuunnitelmassa ja sitä tulee päivittää tarpeeksi usein. Tavoitteena on luoda tarpeiden mukainen palvelukokonaisuus kotona selviämistä tukemaan. Hoidon ja palvelun tarpeen arvioinnin lähtökohtana on ihmisen voimavarojen ja toimintakyvyn tunnistaminen sekä niiden vahvistaminen ja tukeminen myös omaisen näkemykset huomioiden.

Hoitosuunnitelma on asiakkaan kokonaisvaltainen suunnitelma, jonka toteutukseen ja arviointiin osallistuu kotihoidon tiimi kokonaisuudessaan asiakkaan kanssa. Kotihoidon työntekijät kirjaavat kukin omat asiat asiakkaan hoitosuunnitelmaan työpäivän aikana mobiiliin kautta ja näin muodostuu yhtenäinen kokonaisuus hoitosuunnitelmasta. Hoitosuunnitelma on tavoitteellinen, yksilöllinen, kirjallinen suunnitelma, jossa seurataan asiakkaan vointia, voimavaroja ja hoidon ongelmia ja sitä miten tavoitteeseen päästään ja hoitosuunnitelmaa päivitetään tarpeen mukaan. (Ikonen & Julkunen 2007, 97–98, 101, 106.)

Päivärinta ym. (2002, 14) toteavat hyvän hoitosuunnitelman olevan tiivistelmä asiakkaan yksilöllisestä tilanteesta ja kartoitetuista palveluista. Hoitotyön suunnitelma koostuu asiakkaan kuntou-

tuksen ja palvelujen tarpeista, suunnitelluista tavoitteista sekä niiden saavuttamiseksi tehtävistä toimista. Hyvään suunnitelman toteutukseen sisältyy aina asiakkaan tilanteen seuranta, kokemusten kirjaaminen ja toiminnan vaikutusten jatkuva kirjallinen arviointi. Hoitosuunnitelman laatiminen antaa asiakkaalle mahdollisuuden osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja siihen kuuluu myös asiakkaan mahdollisuus antaa palautetta sekä palautteen vastavuoroinen käsittely. Asiakkaalla on oikeus saada tietoa palveluista, eri vaihtoehtoista ja asiakasmaksuista. Olisikin suotavaa, että työntekijöillä olisi sähköinen palveluopas, joka sisältää ajan tasalla olevat tiedot kunnan palveluista sekä mahdollisista palvelujen saannin ehdoista. Tutkijat korostavat demensitaoireista kärsivän asiakkaan oikeuksien toteutumisen tärkeyttä. Asiakkaan tahtoa ja toivomuksia tulee selvittää hänen omaisiltaan. Asiakas voi halutessaan valita keskusteluihin jonkun läheisen ihmisen. Asiakkaan on voitava luottaa siihen, että henkilökunnalla on vaitiolovelvollisuus ja paperit ovat salaisia. Asiakkaalla on oikeus valittaa, jos hän on tyytymätön kotihoidon palveluihin.

Tepponen (2009, 180) korostaa hoitosuunnitelman olevan keskeinen integroiva työväline asiakkaan hoitamisessa. Hoitosuunnitelman tulee olla tavoitteellinen, ajantasainen ja kattava. Siihen on kirjattava laajasti asiakkaan toimintakyvyn arviointia. Hoitosuunnitelman tulee sisältää iäkkään omatoimisuutta tukeva toiminnallinen, psyykinen ja sosiaalinen tuki. Siihen tulee kuulua myös tuki harrastuksiin osallistumisessa.

2.10 Motivoiminen hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin

Silvennoinen-Nuora (2010, 3) toteaa tutkimuksessaan, että terveydenhuollon palvelujärjestelmä on sirpaloitumassa, resurssit niukkenemassa ja tehokkuus- ja tuottavuusvaatimukset kasvamassa, on alettu puhua toiminnan ja palveluiden vaikuttavuudesta. Terveystieteiden palveluilla tulisi saada aikaan myönteistä vaikuttavuutta palvelujen käyttäjille. Väitöskirjassa nousi myös terveydenhuollon resurssipula, joka vaikeutti vaikuttavuuden syntyä hoitoketjutasolla. Vaikuttavuus voitiin saavuttaa riittävällä ja osaavalla henkilökunnalla, palvelujen riittävyydellä, kohdennettavuudella sekä kustannusvaikuttavuudella. Tavoitteet laadittaisiin yksittäisiin toimenpiteisiin, että hoitoketjun kriittisiin menestystekijöihin ja arviointimittaristo tulisi perustua kuntayhtymän strategiaan tavoitteisiin ja potilaan toiveisiin.

Työyhteisön käytäntöjä ja toimintaa voidaan parantaa kehittämällä. Lähtökohdaksi on ajatus siitä, että ihmiset ja asiat voivat muuttua. Työyhteisön kehittäminen ei ole irrallista toimintaa vaan se

liittyy arkityöhön. Tavoitteena on yhdessä oppia tekemään parannuksia, sitoutua niihin ja arvioida toimintaa. Melko pienikin käytännön kehittämistoimi voi sysätä työyhteisön muutoksen positiiviselle kehälle, joka vahvistuu. Oleellista onnistumiselle on se, että kaikilla työyhteisön jäsenillä on mahdollisuus olla mukana. Muutoksessa on kyse käytännön asioiden muuttumisesta. Työyhteisön kehittäminen hyödyttää sekä työyhteisöä että yksittäistä työntekijää. Se johtaa asioiden parempaan toimivuuteen, työntekijän hyvinvointiin ja lisääntyneeseen asiakastyytyvyyteen. Henkilöstön hyvinvointi ja terveys sekä työyhteisön jatkuva kehittäminen linkittyvät toisiinsa. Kehittäminen on työyhteisön menestymisen kannalta hyödyllistä. Sillä on myös suora yhteys taloudelliseen menestykseen. (Multanen, Bredenberg, Koskensalmi, Lauttio & Pahkin 2005, 12–15.)

Hyvässä ja toimivassa työyhteisössä saadaan ihmisten osaaminen käyttöön paremmin. Kireä ja kaavoihin kangistunut työilmapiiri saattaa näkyä poissaoloina ja henkilöstön vaihtuvuutena. Kun työyhteisö kehittää toimintaansa, moni muukin asia muuttuu. Henkilöstö oppii itse kehittämään ratkaisumalleja, joiden avulla se pystyy vastaamaan muuttuviin vaatimuksiin ja ennakoimaan tulevia haasteita. Muutostarpeiden tunnistaminen onnistuu paremmin, kun työyhteisö otetaan kokonaisuudessaan mukaan muutostyöhön. Vastuuta jaetaan kaikkien kesken, jolloin joustavuus lisääntyy ja monitaitoisuus kasvaa. Henkilöstö ei nojaudu esimieheen päivittäisten asioiden ratkaisemisessa, vaan toimii esimiehen valtuuttamana aiempaa itsenäisemmin. Aloitetuista asioista ei luovuta, vaan haetaan uusia keinoja päästä eteenpäin. Erehtymisistä osataan ottaa oppia työyhteisössä paremmin (Multanen ym. 2005, 15, 41-42.)

Kehittämistyön aikana huomataan, että vaikuttaminen vie asioita eteenpäin. Hyvät kokemukset puolestaan helpottavat uusien muutoksien toteuttamista ja se koetaan mielekkäänä. Kehittämistä tukee työyhteisössä myös se, että mukana muutoksessa on erilaisia ihmisiä ja että erilaista osaamista hyödynnetään. Jos erilaisuutta ei ymmärretä, se voi aiheuttaa ristiriitoja työyhteisössä. Henkilöstön mukanaolo varmistaa, että kehittämistoimet ovat realistisia ja käytäntöihin sopivia. Työyhteisössä on aina ihmisiä, joilla on aikaisempaa kokemusta onnistuneesta muutoksesta. Kokemusten hyödyntäminen auttaa etenemistä. Kokeneiden työntekijöiden osaaminen kannattaa hyödyntää esimerkiksi parityössä kokenut- kokematon - työparina. Näin ns. hiljainen tieto siirtyy työyhteisössä eteenpäin. Osallistuminen yhteisten asioiden muuttamiseen koetaan yleensä positiivisesti työyhteisössä. Se antaa työntekijöille mahdollisuuden kokeilla yhdessä uusia tapoja tehdä työtä. Samalla voi hyödyntää omia taitojaan ja osaamistaan ja löytää oppimis- ja kehittymismahdollisuuksia. (Sama, 15, 41-42.)

Ihmiset suhtautuvat muutosiilmiöihin ja –haasteisiin kovin eri tavoin työyhteisössä. Tärkein tekijä, joka selittää erilaisia suhtautumistapoja, liittyy siihen missä määrin yksilö kokee kykenevänsä ennustamaan muutosta tai kontrolloimaan ja vaikuttamaan asioihin. Palautteen antaminen (tunnustuksen antaminen tai korjaava palaute), palkitseminen ja tehtävien laajentaminen pyrkivät kaikki vaikuttamaan henkilön haluun tehdä eli hänen motivaatioonsa. Palautteen antaminen onkin tärkeää, jotta voitaisiin korjata tai muuttaa toimintaa. Kehittämisellä ymmärretään usein vain osaamisen kehittäminen, mutta olisi hyvä muistaa, että työsuoriutumiseen voidaan vaikuttaa myös työmenetelmiä tai koko työyhteisöä kehittämällä (johtaminen, vuorovaikutus, ryhmädynamiikka, työkuultuuri). (Honkanen 2006, 11, 339.)

Paljärven tutkimus (2012, 27-29) analysoi muutoksen käsitteen viittaavan laajaan ja moninaiseen ilmiökenttään, josta on vaikea esittää yksiselitteistä määritelmää. Muutoksessa nähdään suunniteltua ja suunnittelematonta muutosta. Muutos sisältää tietoisesti suunniteltua uudistamista sekä myös suunnittelematonta mukautumista ympäristön muutoksiin. Muutokset ovat joko ulkoa tai sisältäpäin aloitettuja, ohjattuja tai johdettuja. Integroinnilla tarkoitetaan eheyttämistä, yhdentämistä ja yhteensovittamista. Integroivia työvälineitä ovat kotihoidossa ovat sosiaali- ja terveysammattilaisten yhteiset asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmat, yhteiset asiakastietojärjestelmät, hoito-ohjeet samoin kuin hoito- ja palveluketjumallit, jotka sisältävät ohjeet ja suositukset hoito- ja palvelukäytännöistä sekä laatukäsikirjat.

Työyhteisössä työntekijät haluavat oppia ja kykenevät oppimaan siten, kun organisaation johto on strategisella tasolla sen suunnat ja tarpeet määritellyt. Oppiminen ei aina tapahdu ilman ohjausta ja tukea. Oppimisen on mielellään tapahduttava lähellä työtä, toteaa Viitala (2002, 23) väitöskirjassaan.

2.10.1 Muutosvastarinnasta muutosavoimuuteen

Rutiinit ovat ihmisten tapa suorittaa toistuvia tehtäviä kuormittamatta liikaa itseään tehtävissä. Joskus organisaatiossa tapahtuu muutoksia, jotka koskettavat henkilöstöä, työnkuvaa, työn luonnetta esimerkiksi tulee uusia apuvälineitä tehtävän suorittamiseen. Näissä tilanteissa organisaation sisällä saattaa syntyä muutosvastarintaa, joka vaikeuttaa uuteen tilanteeseen totuttautumista. Uusia tilanne hämmentää ja työntekijät eivät halua luopua totutuista käytännöistä ja haluavat pitää niistä kiinni ja tulos saattaa olla organisaation kannalta epäsuotuisa. Muutosvastarinta on

voimakkaasti sidoksissa tunteisiin ja siksi sitä tulisi käsitellä avoimuudella ja keskustelulla toimivassa työilmapiirissä. (Jokinen 2005, 2.)

Muutoksen epäilyä esiintyy työyhteisössä aina silloin, kun pyritään toteuttamaan uusia asioita. Muutosta vastustetaan, jos tavoitetta pidetään liian suurena eikä sen saavuttamiseen ole riittävää osaamista. Vastarinnan taustalla on pelko siitä, mitä muutos tuo tullessaan. Jos muutosten perusteet koetaan epäselviksi, muutosten liikkeelle panevat voimat puuttuvat. Silloin muutos ei tunnu tarpeelliselta, uskottavalta eikä perustellulta. Muutosvastarinta voi näkyä pelkona hyvin toimivan työyhteisön heikkenemisestä, huolena toiminnan laadusta tai asiakkaista, lisääntyvän byrokratian pelkona, huolena työn sisällön köyhtymisestä, kiinnostuksen laskuna, lisääntyneenä kiireenä, syntipukkien etsimisenä, tunneperäisinä reaktioina, poissaoloina, systemaattisena väärinymmärtämisenä, tekemisen hidastamisena (sopimuksista ei pidetä kiinni) jne. (Multanen ym. 2005, 43.)

Kehittämistarpeen perusteleminen ja eri näkökulmien esille nostaminen on tärkeää, sillä muutokseen sitoudutaan silloin, kun sitä pidetään itselle tärkeänä ja järkevänä. Epäilyt poistuvat, kun kysymyksiin vastataan ja varmistetaan avoin ilmapiiri, jossa erilaiset näkemykset uskalletaan tuoda esille. Kaikenlaisiin muutoksiin liittyvät epäilyt tulee käsitellä, jotta päästään eteenpäin yhdessä. Onnistunut käsittely edellyttää, että muutosvastarinta tunnustetaan ja sen olemassa olo ymmärretään ja hyväksytään. Muutoksen onnistumista auttaa, kun eri mielipiteet ja tunteet käsitellään prosessin aikana. Tällöin kehittämisen perusidea säilyy kirkkaana ja muutosavoimuus lisääntyy. Muutokseen lähteminen, sen hyväksyminen ja siihen sitoutuminen pohjautuvat työntekijän omakohtaiseen pohdintaan, kukaan ei voi tehdä sitä toisten puolesta. Asenteet muuttuvat työyhteisössä osallistumisen ja toiminnan kautta. (Sama, 43-45.)

2.10.2 Työyhteisön muutosta tukevat keinot

Työhön sitoutuminen työntekijöiden, esimiesten ja johdon taholta on keskeisimpiä onnistumisen edellytyksiä uuden muutoksen kohdatessa työyhteisöä. Jos työyhteisö kokee ettei halua tai tarvetta muutokseen ole, on syytä miettiä lähdetäänkö kehittämiseen nyt vai vasta myöhemmin. Tilanteessa, jossa kehittäminen on välttämätöntä, mutta yksimielisyyttä tavoista ei ole, kannattaa varata alkuvaiheessa enemmän aikaa yhteisiin keskusteluihin. Epärealistiset tavoitteet vaikeuttavat prosessia. Varsinkin jos halutaan saada paljon aikaan lyhyessä ajassa. Tällöin kehittämisen tavoite voi jäädä epäselväksi tai ihmiset ymmärtävät sen eri tavoin. Lähtösuunnitelmakeinot voi olla

epärealistinen. Kun sitten huomataan, etteivät asiat edistyäkään tai ei tapahdukaan muutoksia, petytään. Tavoitteiden epäselvyys vaikeuttaa koko prosessia ja toimenpiteisiin sitoutumista. Jos tavoitteet eivät ole yhteisesti sovittuja, selkeitä ja ymmärrettäviä, niitä on vaikea soveltaa käytäntöön. Silloin keskustellaan esimiehen kanssa tavoitteista, muutetaan ne käytännön toimenpiteiksi ja mitä se tarkoittaa omassa työssä. Päätökset tehdään vasta, kun on yhteinen näkemys siitä, mihin ollaan ryhtymässä. Valitaan kehittämiskohteiksi realistisempia tai pienempiä asioita ja tarkistetaan aikataulua toteuttamiskelpoisemmaksi. Aktiivinen ja ratkaisuihin pyrkivä keskustelu vie kehittämisprosessia eteenpäin. (Multanen ym. 2005, 35, 54.)

Jäppinen korostaa (2012, 25-32) myös työyhteisön jäsenten muutoksessa, joita jokin tietty käytäntö tai toiminta koskettaa, tulee voida esittää siitä jossain muodossa mielipiteensä. Keskinäinen kommunikointi, joka toteutetaan ennalta suunnitellulla tavalla suullisesti, kirjallisesti tai sähköisesti, tukee yhteisön toimintaa ja sen kehittämistä. Joustavuudesta puhuttaessa merkitsee se tarvittaessa myös omista asemista luopumista. Tämä onkin pitkälti tahtoon ja tunteisiin liittyvää. Kompromissin tekeminen voi hiertää, jos joutuu luopumaan hellimästään tai omasta mielestään tärkeästä asiasta.

Julkisen sektorin johtamismalleissa tapahtuneet muutokset ja huomion kiinnittäminen palvelujen laatuun ovat omalta osalta raivanneet tietä palvelujen käyttäjälähtöiselle kehittämiselle, sillä niissä on huomioitu asiakas- ja käyttäjänäkökulma keskeisellä tavalla. Ylhäältä alaspäin johdetun käyttäjälähtöisen innovoinnin näkökulmasta ratkaisevaa on se, millaisena viranomaistahon ja kansalaisen välinen suhde näyttäytyy. (Hennala 2011, 64.)

Jäppinen (2012, 17-18, 34-36, 42) toteaa kirjassaan jaetusta johtajuudesta työyhteisössä, jolla on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia työyhteisön kehittymiseen. Jaettu johtajuus on yhteisöllisyyden ytimen keskeinen rakenneosana. Hän korostaa johtajuuden jakamisen vastuullista, pitkää ja vaativaa prosessia moninaisuuden harmoniana, yhteisöllisyytenä, joka perustuu matkalla oloon ja yhdessä oppimiseen. Työyhteisön sitoutumista edellyttävä asia ovat yhteiset pelisäännöt ja niistä kiinni pitäminen. Vastuunoton pitäisi ulottua kauemmas, kun vain vastuuseen omista työtehtävistä ja senhetkistä kiinnostuksen kohteista työyhteisössä. Jaetussa johtajuudessa olisi tärkeää korostaa vastuunoton tärkeyttä onnistunutta yhteisöllisyyttä kohti kuljettaessa. Oman toiminnan arviointia olisi hyvä pohtia työyhteisössä eli kertoo siitä, miten minun nykyinen toiminta suhteutuu omaan aiempaan toimintaan, että työyhteisön kokonaistoimintaan. Tämä nähdään myönteisenä

oman työn kriittisenä reflektointina yhteisölliseen kasvuun ja yhdessä määriteltyyn ja sovittuun suuntaan.

Huotari (2009, 38-46) toteaa väitöskirjassaan osaamisen johtamisen tulleen viime vuosina merkittäväksi kehittämisalueeksi pyrittäessä lisäämään organisaation tuottavuutta ja henkilökunnan mukaantottoa strategiseen keskusteluun. Esimiehet nähdään keinoiksi osaamisen johtamisessa keskustelun synnyttämisen, toimintamallien ja -välineiden kehittämisen, jotka edistävät oppimista sekä ilmapiirin kehittämistä keskustelulle ja oppimiselle suotuisaksi.

Vanhala, Tilev & Lindström (2012, 51) toteavat organisaatioon sitoutumisen tarkoittavan organisaation arvojen omaksumista, halukkuutta säilyttää organisaation jäsenyys ja halukkuutta ponnistella organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi ja tämä vaikuttaa työkykyyn ja esimies nähdään tässäkin avainasemassa.

Kinnunen (2015, 11) toteaa väitöskirjassaan, että lukuisten tutkimusten perusteella on havaittavissa selvää näyttöä palkitsemisen potentiaalisista suorituskykyä lisäävistä vaikutuksista verrattuna tilanteeseen, missä kannustepalkkausta ei käytetty. Kannustepalkkauksen ja parantuneen suorituskyvyn välillä on havaittu positiivinen yhteys, syyt ja mekanismit tämän havainnon perusteella ovat osittain hämärän peitossa. Hän mainitsee myös tavoitteiden selkeän asettamisen suorituksen arvioinnin ja palkitsemisen tueksi ja riittävän tarkasti määriteltyjen ja tarpeeksi haastavien tavoitteiden on todettu lisäävän suorituskykyä eniten.

Tuomi (2012, 35) toteaa laatujohtamisen soveltuvan hyvin julkiselle sektorille. Tällä hetkellä organisaatiot pyrkivät arvioimaan ja mittaamaan toimintaansa. Tehokkuus mittaa palvelujen vaikuttavuutta, ja me emme saisi tuottaa palveluja ilman vaikutuksia. Laatujohtamisessa tärkeiksi menestystekijöiksi nähtiin johdon sitoutuminen, keskittyminen asiakkaisiin, prosesseihin, kehitys ja jokaisen työntekijän sitoutuminen.

Viitala (2002, 24) toteaa esimiehen potentiaalisen vaikutusvoiman organisaatiossa tapahtuvaan oppimiseen perustuvan osaksi organisatoriseen asemaan. Esimiehen valta on vaikuttaa resursseihin, tiedon hallintaan liittyvään valtaan ja valtaan vaikuttaa alaisten tilanteeseen työyhteisössä. Valtansa varassa esimies voi luoda mahdollisuuksia ja esteitä työyhteisön jäsenten oppimiseksi.

3 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET, VAIHEET JA NIIHIN LIITTYVÄT TUTKIMUSKYSYMYKSET SEKÄ TEHTÄVÄT

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kuvata kotihoidon palvelutiimissä toimivien hoitajien käsityksiä hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaalle ja hänen hoidolleen. Kehittämistyön tavoitteena on tunnistaa asiakkaan hoitosuunnitelman tekemiseen liittyviä haasteita Tornion kaupungin palvelutiimin kartoituskäynneillä sekä kehittää menetelmiä, joilla mobiilipalvelua saadaan aiempaa tehokkaammin hyödynnettyä asiakkaiden kotihoidossa.

Kehittämistyön vaiheet ja niihin liittyvät tutkimuskysymykset ja tehtävät:

Ensimmäisen vaiheen tehtävä ja tutkimuskysymykset:

Kehittämistyön toteuttaja havainnoi kotihoidossa olevien asiakkaiden hoidon kartoituskäynnejä:

- 1.) Millaisia käsityksiä palvelutiimin hoitajilla on hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaan hoidossa?
- 2.) Millaisia käsityksiä palvelutiimin hoitajilla on hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaan hoidon laadun kehittämisessä?
- 3.) Millaisia käsityksiä palvelutiimin hoitajilla on asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisen merkityksestä hoitosuunnitelman kehittämisessä?
- 4.) Mistä palvelutiimin hoitajat keskustelevat asiakkaiden kanssa heidän hoitoa koskevalla kartoituskäynnillä?
- 5.) Mitä palvelutiimin hoitajat kirjaavat asiakkaan hoitosuunnitelmaan kartoituskäynneillä?

Toisen vaiheen tehtävä:

Palvelutiimin hoitajat tekevät yhdessä kehittämistyön toteuttajan kanssa kotihoidon asiakkaiden alustavat hoitosuunnitelmat.

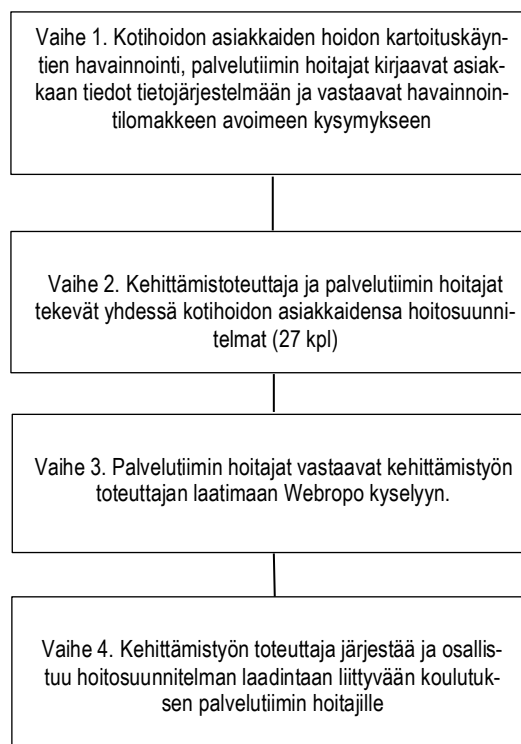
Kolmannen vaiheen tehtävä: Kotihoidon palvelutiimin hoitajien tehtävänä on vastata Webropol-kyselyyn (liite 2).

Neljännän vaiheen tehtävä:

Kehittämistyön toteuttaja järjestää ja osallistuu kotihoidon palvelutiimin hoitajille järjestettäviin koulutustilaisuuksiin.

4 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTTAMINEN

Kehittämistyö sisältää neljä vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa kehittämistyön toteuttaja havainnoi (liite 1) asiakkaiden kartoituskäynnit (22 käyntiä), kartoituskäynnit tehneet palvelutiimin hoitajat kirjaavat käynneillään saadut tiedot tietojärjestelmään ja vastaavat havainnointilomakkeessa olleeseen avoimeen kysymykseen. Toisessa vaiheessa kehittämistyön toteuttaja ja palvelutiimin hoitajat laativat yhdessä asiakkaidensa hoitosuunnitelmat (27 kpl). Kolmannessa vaiheessa palvelutiimin hoitajat vastaavat kehittämistyön toteuttajan laatimaan Webropol-kyselyyn (liite 2). Neljännessä vaiheessa kehittämistyön toteuttaja järjestää yhdessä Pegasos- sovellusasiiantuntijan kanssa kaupungintalon atk-luokassa testiympäristössä hoitosuunnitelma-koulutukseen neljä kertaa kevään 2016 aikana. Koulutus kestää noin 3 tuntia ja niitä on aamu- sekä iltapäivällä, jotta mahdollisimman moni pääsi tulemaan aikataulullisesti. Kehittämistyön eri vaiheita havainnollistetaan kuviossa 2.



KUVIO 2. Kehittämistyön vaiheet

4.1 Kehittämistyöhön osallistujat

Kehittämistyöhön osallistuvat yleensä ne työyhteisön jäsenet, joiden työn on kehittämisen kohteena. Tällöin kehittämistyön keskiössä ovat osallistujien käsitykset ja työhön kuuluvat tapahtumat. Aineistoja kehittämistyöhön saadaan osallistujien toimintaa havainnoimalla ja heidän avoimiin kysymyksiin kirjoittamia vastauksia analysoimalla sekä arvioimalla heidän laatimiaan hoitosuunnitelmia. (Kankkunen ym. 2012, 110-111.)

Tähän kehittämistyöhön osallistuivat Tornion terveyskeskuksen kotihoidon palvelutiimi, johon kuuluivat osastonhoitaja, muistihoitaja, sairaanhoitaja ja sosiaalityöntekijöitä sekä geronomi. Lisäksi kehittämistyöhön osallistui Pegasos-potilastietojärjestelmän sovellusasiantuntija Länsi-Pohjan keskussairaala. Kehittämistyölle haettiin lupa johtavalta hoitajalta keväällä 2016. Kehittämistyö aloitettiin palvelutiimin kartoituskäyntien havainnoinneilla (liite 1).

4.2 Kehittämistyönmenetelmät

Kehittämistyössäni käytin useita tutkimusmenetelmiä. Havainnoin kartoituskäyntejä. Hoitajat vastasivat havainnointilomakkeessa olevaan avoimeen kysymykseen. Kartoituskäyntien jälkeen laadin yhdessä palvelutiimin hoitajien kanssa asiakkaiden hoitosuunnitelmia. Keräsin aineistoa Webropol-kyselyllä hoitajilta ja järjestin koulutuksen hoitajille tukemaan alustavan hoitosuunnitelman tekemistä.

Näillä kehittämistyönmenetelmillä pääsin tavoitteeseen eli sain palvelutiimin hoitajien käsityksiä selville hoitosuunnitelmasta. Hoitajien käsitykset hoitosuunnitelman merkityksestä olivat positiivisia ja koulutus ja antamani tuki edesauttoivat hoitosuunnitelmien tekemisen aloittamista säännöllisesti kartoituskäyntien jälkeen.

4.2.1 Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä

Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2003, 203) toteavat, että havainnoinnin avulla saadaan tietoa siitä toimivatko ihmiset niin kuin he kertovat toimivansa. Havainnoinnin avulla voidaan saada välitöntä tietoa yksilöiden toiminnasta ja käyttäytymisestä luonnollisissa työympäristöissä.

Havainnoinnin etuina on, että siitä saadaan välitöntä ja suoraa tietoa tutkittavasta sekä vuorovai-
kutuksen tutkiminen mahdollistuu kotikäynnin aikana. Havainnoija tulkitsee todellista ympäristöä
ja siitä saadaan tietoa, jota osallistuja ei muuten kertoisi. Kokonaisuudesta saadaan mielenkiin-
toista ja monipuolista aineistoa tutkimukseen. (Kankkunen ym. 2012, 113-123.)

Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä on tämän kehittämistyön eräs tutkimusmenetelmä, sillä
sen avulla on mahdollista saada mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkimuksen kohteena olevas-
ta ilmiöstä. Kehittämistyöntekijänä olin mukana kotihoidon asiakkaiden hoidon kartoituskäynneillä
mahdollisimman usein muodostaen näin kokonaiskuvan asiakkaiden hoidon kartoituskäynneistä
ja niiden ajallisista kestoista. Kartoituskäyntien jälkeen havainnoin myös kartoituskäynnin tehnei-
den hoitajien kartoituskäynneillä saatujen tietojen kirjaamisia tietojärjestelmään. Erityisesti sitä
mitä kirjattiin ja miksi. Näin sain lisää vastauksia heidän käsityksistään hoitosuunnitelmaa koh-
taan. Kirjaaminen oli kokonaisvaltaista ja monipuolista ja kaikessa korostui asiakkaan tarpeet.

Alustaviin hoitosuunnitelmiin hoitajat kirjasivat kotikäynnin keskustelun perustella nousseita asioi-
ta ja tarpeita ja tavoitteita. Kartoituskäyntien jälkeen keskusteltiin avoimesti hoitajien kanssa hoi-
tosuunnitelmasta ja sen merkityksestä. Yhdessä laaditun hoitosuunnitelman jälkeen hoitajat mai-
nitsivat sen kuinka hyvä ja toimiva hoitosuunnitelma on, kun asiakaslähtöiset tarpeet tulevat heti
näkyviin ja yhdessä sovitut asiat ja tavoitteet tulevat välittömästi koottua yhteen sähköiseen muo-
toon. Ja ennen kaikkea se, että se nousee kotihoidon mobiiliin välittömästi. Hoitosuunnitelma
helpottaa myös osastonhoitajan päätöksentekoa kotihoidon asiakkuudesta. Havainnoin myös
siitä, kuinka alustava, yksilöllinen hoitosuunnitelma helpotti osastonhoitajan päätöstä siinä vai-
heessa, kun kyse valitustilanteesta. Aluehallintovirastolle kelpasi valitustilanteessa ainoastaan
yksilöllinen hoitosuunnitelma perusteeksi. Myös omaishoito-päätöksissä sekä muistihoitajan tu-
kena oli alustava, yksilöllinen hoitosuunnitelma helpottava hoitotyön apuväline. Siihen sai lisättyä
myös oman ammatillisen näkökulman, joka helpotti asioiden hoitamista.

Lisäsin havainnointilomakkeeseen viimeiseksi avoimen kysymyksen, joka koski hoitosuunnitel-
maa. Sen tarkoituksena oli saada selville myös jo kehittämistyön alussa palvelutiimin hoitajien
käsityksiä hoitosuunnitelmasta. Kysymys tuli nopeasti hoitajille tutuksi muutaman kartoituskäyn-
nin jälkeen, jolloin he jättivät vastaamatta kysymykseen. Tällöin pyysin hoitajaa vastaamaan ky-
symykseen, joka koski hoitosuunnitelman kehittämistä. Vastauksia tuli 22 kappaletta. Kävin kar-
toituskäynnit keskimäärin neljän hoitajan kanssa. Tämä viimeinen kysymys tuli hoitajille tutuksi
nopeasti ja niinpä kysyin hoitajilta hoitosuunnitelman merkityksestä, mikä merkitys hoitosuunni-

telmalla on hoidon laadun kehittämisessä ja hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaan hoidon laadun kehittämisessä. Näin sain kattavasti vastauksia eri palvelutiimin hoitajilta heidän käsityksestään hoitosuunnitelmaan ja sen kokonaisvaltaiseen kehittämiseen laadullisesti. Vastauksia tuli 22 kappaletta yhteensä näihin kolmeen kysymykseen ja luin huolellisesti kaikki vastaukset ja lähdin purkamaan sisältöä sisällönanalyysin mukaisesti. Nämä vastaukset purin auki ja lähdin luokittelemaan niitä pääluokkiin asiakas ja hoitaja ja hoitotyö. Eli mikä merkitys hoitosuunnitelmalta oli näille pääluokissa mainituille tekijöille tai millä tavoin hoitosuunnitelmaa voi kehittää.

Havainnoinnit ajoittuvat ajalle 23.3.2016 - 6.6.2016. Havainnointilomakkeita tuli yhteensä 22 kappaletta. Ajallisesti kartoituskäyntiin kului yhdestä kahteen tuntia päivässä. Tämä piti sisällään kotikäynnille saapumisen ja toimistolle tulon ja kirjaamisen. Palvelutiimi valmistautui kartoituskäyntiin keräämällä tarvittavat aineistot mukaan käynnille, kuten RAI Screener -lomakkeen, viimeisimmät lääkäri- tai hoitajakertomukset sekä lääkelistan. Palvelutiimi otti mukaan myös omat kansiot, josta löytyivät tärkeimmät tiedot eri palveluista ja yhteystiedoista: turvpuhelinhakemukset, palvelutaksin ajat, yksityisen palveluntarjoajan tiedot, Kelan hoitotukihakemuksia ja omaishoidon tukeen liittyviä tietoja. Muistihoitaja varautui tekemään asiakkaan muistiin liittyviä tutkimuksia.

4.2.2 Kotihoidossa olevien asiakkaiden hoitosuunnitelmien laatiminen

Hoitosuunnitelman laadinta lähtee tarvekartoituksesta. Asiakas haastatellaan ja tarpeet määritellään yhdessä sähköiseen hoitosuunnitelmaan. Kirjatessa hoitotyön tarpeen määrittämisessä käytetään hoidon tarveluokkien pää- ja alaluokkia ja tarpeelle voidaan määrittää varmuusaste eli kuinka pysyvä tarve mahdollisesti on. Hoidon suunnitteluvaiheessa asetetaan hoidolle tavoitteet ja valitaan suunnitellut hoitotyön toiminnot käyttämällä hoitotyön toimintoluokituksen pää- ja alaluokkia. Hoidon toteutus vaiheessa kirjataan hoitosuunnitelmaan toteutunut hoito toimintoluokituksen avulla. Hoitosuunnitelmaan on mahdollisuus kirjoittaa myös vapaata tekstiä ja näin tarkentaa hoitosuunnitelmaa. Hoitotyön yhteenveto koostetaan ydintietojen avulla ja täydennetään hoitotyön luokitusten avulla ja siinä myös on mahdollisuus vapaaseen tekstiin. (Liljamo ym. 2012,12.)

Kartoituskäyntien havaintojen perusteella päätin aloittaa palvelutiimin hoitajien kanssa hoitosuunnitelmien laatimisen välittömästi kartoituskäyntien jälkeen. Palvelutiimin hoitajien kirjalliset taidot

olivat heikot laatia alustava hoitosuunnitelma. Keskustelujen, tuen ja hoitosuunnitelmakoulutuksen jälkeen palvelutiimi alkoi laatia hoitosuunnitelmia kartoituskäyntien jälkeen. Kokemukset tästä olivat hyvät ja palvelutiimin hoitajien mielipiteet laadituista alustavista hoitosuunnitelmista olivat positiiviset.

Havaintojeni mukaan kartoituskäynneillä tehdyt kirjaamiset eivät näkyneet samanaikaisesti hoitosuunnitelmassa. Tämä merkitsi sitä, etteivät hoitosuunnitelmat olleet kaikkien palvelutiimin hoitajien luettavissa. Asiasta otettiin yhteyttä ATK-tukeen, joka löysi ongelmaan toimivan ratkaisun. ATK-tuki loi oman asiakasrekisterin (TOSEN) kartoituskäyntejä varten ja ne luotiin kaikille palvelutiimin hoitajille. Kotihoidon kirjautumisohjeet muutettiin yhteneväisiksi palvelutiimin kesken ja hoitosuunnitelmat sovittiin laadittavaksi TOSEN- rekisteriin, josta ne ovat palvelutiimin kaikkien hoitajien luettavissa ja käytettävissä. Tällä varmistetaan osaltaan kotihoidossa olevien asiakkaiden hoidon jatkuvuus.

4.2.3 Webropol–kysely kotihoidon palvelutiimin hoitajille

Kyselylomakkeen (liite 2) perustana on kirjallisuuskatsaus. Lomakkeen kysymysten järjestys ja sisältö ovat kaikille samat ja arvioitu kesto aika lomakkeen täyttöön olisi noin 15 minuuttia. Tässä kehittämistyössä käytetty Webropol-kyselylomake sisälsi sekä suljettuja (vastaajalle valmiit vaihtoehdot) että avoimia kysymyksiä (vastaaja kirjoittaa vastauksen sille annettuun tilaan). Kyselylomakkeen alussa kysyttiin vastaajien taustatietoja kuten koulutus ja kuinka kauan vastaaja on tehnyt kotihoidon asiakkaiden kartoituskäyntejä. (Kankkunen ym. 2012, 114, Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2003, 203).

Kehittämistyössä käytetty Webropol-kyselyn ja sen tietojen käsittelyohjelman etuina ovat tietojenkäsittelyn nopeus, tulokset ovat helposti saatavissa, luettavissa ja tulostettavissa. Tulostin sähköisen Webropol-ohjelmaan tehdyn kysymyslomakkeen ja hoitajat täyttivät sen manuaalisesti. Vastausaikaa lomakkeen täyttämiseen oli arviolta 15 minuuttia. Lomake täytettiin heti kartoituskäynnin jälkeen, jolloin asiat olivat vielä hyvässä muistissa. Tällä varmistettiin tulosten luotettava saatavuus.

Kysymyslomakkeen kysymyksiä oli 14 kappaletta, jotka perustuivat asiakokonaisuuksiin. Ensimmäinen aihekokonaisuus koski kotihoidon asiakkaan taustamuuttujia kuten sukupuolta, ikää, syyt

kartoituskäynneille ja kartoituskäynnin paikkaa. Seuraavan aihekokonaisuus koski palvelutiimin hoitajien taustamuuttujia kuten hoitajan koulutustasoa ja kartoituskäyntejä koskevaa työkokemusta. Kolmas aihekokonaisuus koski kartoituskäyntiä asiakkaan ja hänen omaisten kanssa. Neljäs aihekokonaisuus koski hoitosuunnitelman laatimista, ajan käyttöä ja hoitosuunnitelman laatimisen osaamista.

4.2.4 Asiakkaan hoitosuunnitelman laadintaan liittyvät koulutukset

Vanhala, Tilev & Lindström (2012, 51) toteavat organisaation sitoutumisen tarkoittavan organisaation arvojen omaksumista, halukkuutta säilyttää organisaation jäsenyys ja halukkuutta ponnistella organisaation tavoitteiden saavuttamiseksi ja tämä vaikuttaa työkykyyn ja esimies nähdään tässäkin avainasemassa.

Huotari (2009, 38-46) toteaa väitöskirjassaan osaamisen johtamisen tulleen viime vuosina merkittäväksi kehittämisalueeksi pyrittäessä lisäämään organisaation tuottavuutta ja henkilökunnan mukaanottoa strategiseen keskusteluun. Esimiehet nähdään keinoiksi osaamisen johtamisessa keskustelun synnyttämisen, toimintamallien ja –välineiden kehittämisen, jotka edistävät oppimista sekä ilmapiirin kehittämistä keskustelulle ja oppimiselle suotuisaksi.

Järjestin kevään ja syksyn aikana kolme kertaa hoitosuunnitelmakoulutusta ja suurin osa palvelutiimistä sekä kotihoidon henkilökuntaa saatiin mukaan koulutuksiin. Koulutuksen järjestäminen ja uuden oppiminen ja sen ymmärtäminen sekä osallisuus, lisäsivät muutoksen mielekkyyttä ja siihen oli helpompi siirtyä. Kerroin myös koulutustilaisuuksissa omasta kehittämistyöstäni ja aihe koettiin hyväksi ja toimivaksi kotihoitoon. Osastonhoitaja oli hienosti mukana toiminnassa, tuki ja kannusti. Ilmapiiri tehtiin avoimeksi puhua koulutuksesta ja muutoksesta työyhteisössä. Varasin kaupungintalon atk-luokan ja siellä oli testiympäristössä kaikilla mahdollisuus harjoitella hoitosuunnitelman tekoa. Sovellusasiantuntija opasti hoitosuunnitelman tekoa Pegasokseen. Koulutus koettiin tärkeäksi ja ajankohtaiseksi. Myöhemmin lähetin kirjalliset ohjeet kotihoidon eri tiimeille sekä palvelutiimin hoitajille.

4.3 Aineistojen käsittelyt ja analysoinnit

Luin havaintoaineiston läpi ja tein muistiinpanoja tärkeimmistä seikoista. Sen jälkeen laadin havainnointitapahtumista johtopäätökset. Havainnointilomakkeen yhden avoimen kysymyksen analysoin sisällön analyysin avulla. Aineiston tulokset purin sisällönanalyysin avulla pääluokkiin. Webropol-kysymyslomakkeen vastaukset purin kysymyksittäin ja tulokset esitin pylväsdiagrammeina ja prosentteina niiden visualisoimiseksi. Sen jälkeen tein tuloksista johtopäätökset.

4.3.1 Havainnointiaineiston käsittely ja analysointi

Havaintoaineiston laadullisen aineiston sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittava ilmiö voidaan kuvailla ja ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille. Sisällönanalyysin avulla alkuperäisestä aineistosta koodataan pelkistetyt ilmaisut. Pelkistetyjä ilmaisuja vertaillaan ja samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan luokkaan ja se nimitetään. Näin muodostuvat alaluokat. Analyysi jatkuu vertailemalla alaluokkia ja niiden sisältöjä näin muodostuvat yläluokat, jota nimetään. Yläluokat alaluokkineen yhdistetään pääluokkaan, joka myös nimetään. Tätä jatketaan niin kauan kuin se on sisällön kannalta mahdollista. Analyysin tuloksena raportoidaan analyysissä muodostettu kokonaiskuva, joka muodostuu ala-, ylä- ja yhdistävästä luokasta. Sisällönanalyysi on luotettavaa silloin, kun sisältö valitaan pysyvien kriteerien mukaan ja kaikki hoitotyön suunnitelmat ja kirjaukset arvioidaan samalla tavalla. (Hallila 2005, 115.)

Havaintolomakkeen yhden hoitajille tarkoitetun kysymyksen analysoinnin pääluokiksi muodostuivat asiakas ja hoitaja ja hoitotyö. Sen jälkeen kävin hoitajien vastaukset läpi ja kirjoitin muistilapuille pääluokan alle tulevia merkityksellisiä sanoja. Nämä laitettiin pääluokan alle ja muodostettiin niistä synteesejä ja lopulta vastauksia kysymyksiin. Esimerkiksi: Mitä hoitosuunnitelma merkitsee asiakkaan hoidossa? Vastaus; ”Hoitosuunnitelma antaa jatkuvuutta potilaan hoidossa ja se on tiimeissä koettu hyvänä”. Avainsanat; jatkuvuus ja tiimityössä hyvä asia. Nämä lisäsin pääluokkien alle eli hoitotyö ja hoitaja.

Havaintolomakkeeseen kirjasin kartoituskäynnin ja sen mahdolliset häiriötekijät. Jatkoisin havainnointia toimistolla kartoituskäynnin kirjaamisen analysoimiseksi. Kirjasin lomakkeelle myös toteutuneet kirjaamistoimenpiteet, kuten palvelu- ja hoitosuunnitelma, eri arviointimittarit asiakkaan

tilan tulkitsemisessa. Kartoituskäynnillä havaitsemani häiriötekijät kirjasin havainnointilomakkeelle arvioidakseni niiden vaikutuksia kartoituskäynneillä kuluneeseen aikaan ja käynnin laatuun. Häiriötekijöitä olivat esim. yllätysvieraat, omaiset tulivat ja menivät, lemmikkieläimet, puhelimen ääni, televisio ym.

4.3.2 Webropol-kyselyaineiston analysointi

Kyselylomakkeita täytettiin 21 kappaletta. Alustavia hoitosuunnitelmia laadittiin 27 kappaletta. Webropol-kysymyslomake sisälsi 14 kysymystä, jotka täytettiin kartoituskäynnin tai hoitokokouksen jälkeen toimistolla. Ensimmäinen kysymys koski kartoituskäynnillä olevaa asiakkaan ikää. Toinen kysymys koski asiakkaan sukupuolta. Kolmannella kysymyksellä selvitettiin kartoituskäynnin ajankohta, jotka ajoittuvat 23.3.-14.6.2016. Palvelutiimin hoitajien koulutustaustoja ja –tasoja kartoitettiin kysymyksellä neljä. Viides kysymys koski työskentelyä sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä. Kysymys numero kuusi koski palvelutiimin hoitajien työkokemusta koskien kartoituskäyntejä. Kysymys numero seitsemän koski kartoituskäynnin syytä. Kysymys kahdeksan koski paikkaa missä kartoituskäynti tapahtui. Kysymys numero yhdeksän koski itse kartoituskäyntiä. Kysymys numero kymmenen kysyttiin hoitosuunnitelman laatimista kartoituskäynnin jälkeen. Kysymys kaksitoista selvitti hoitosuunnitelman laadintaa ja turvaako se vastaajan mielestä seuraavat asiat: Asiakkaan tuen ja palvelun oikea-aikaisuus, Tuen ja palvelun riittävyys, Kuntoutumisen edistäminen, Itsenäisen selviytymisen edistäminen, Raskaamman palvelutarpeen edistäminen, Turvallisuuden tunteen edistäminen, Arvokas elämä, Käytettävissä olevan palvelun tarjonnan riittävyys suhteutettuna palveluntarpeeseen Asteikko oli 1-5 (huonosti-hyvin) ja en osaa sanoa -vaihtoehto. Kysymys kolmetoista tiedusteli hoitajan käytettävissä olevan ajan ja oman osaamisen riittävyttä kartoituskäynnillä ja hoitosuunnitelman laadinnassa.

Kotikäynnillä olleet hoitajat vastasivat kyselylomakkeen kysymyksiin viiveettä, päästyään toimistolle. Kysymyssarja oli sama joka kerta. Lomakkeet säilytettiin huolella yhdessä mapissa ja niissä ei ollut mitään tunnistettavia tietoja, ei hoitajista eikä asiakkaista. Kyselyaineiston syötiin manuaalisesti Webropol-ohjelmaan saaden tilastollisia arvoja eri muuttuja ryhmistä. Aineistosta pystyin saamaan graafisia tuloksia hoitajien käsityksiä hoitosuunnitelmasta ja sen tärkeydestä ja kehittämisestä. Lomakkeiden numerointi helpotti siinä vaiheessa, jos piti vielä palata sisältöön ja tarkistaa asiaa. Analysoin saadut tiedot kyselylomakkeen tiettyjen kysymysten mukaan. Esimerkiksi käsitys jostakin asiasta nousi pääteemaksi. Kuinka moni hoitajista totesi saman asian ja ne kerä-

sin yhteen Webropol-ohjelman ja Excel-taulukon avulla. Taulukoista pystyin saamaan erilaisia tietoja hoitajien käsityksistä. Tuloksista pystyin tekemään johtopäätöksiä. Kehittämistyön lopussa kaikki kyseiset paperit tuhottiin systemaattisesti.

5 KEHITTÄMISTYÖN TULOKSET

Esittämäni kehittämistyön tulokset ovat muodostuneet aineistojen analysoinneista. Yhdessä laadittu alustava hoitosuunnitelma kokosi kartoituskäynnin asiat ja asiakkaan tarpeet tavoitteineen yhteen sähköiseen muotoon. Hoitajat kokivat hoitosuunnitelman tärkeyden ja hoidon jatkuvuuden, kun se nousi kotihoidon mobiliin. Aineistoa ei tarvinnut pakottaa mihinkään, vaan asiasanat löysivät pääluokat luonnollisesti koskien hoitotyötä, hoitajaa ja asiakasta.

5.1 Kotihoidon palvelutiimin hoitajien käsityksiä hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaan hoidossa

Havainnointilomakkeen avoimen kysymyksen vastaukset tuottivat tietoa hoitosuunnitelman tärkeydestä. Hoitosuunnitelman todettiin helpottavan hoitajan työtä ja hoitotyötä yleensä. Hoitosuunnitelma tuli tehdä yli 65-vuotiaille kartoituskäynnin yhteydessä. Tämä käytäntö vähentää päällekkäistä työtä ja tieto kulki viiveettä eteenpäin hoitajilta toisille ja eri yksiköiden välillä. Hoitosuunnitelmalla saatiin viipymättä tieto kaikille hoitajille asiakkaan tarpeista ja tarvittaessa. Hoitosuunnitelman teko oli ainoa oikea tapa korjata olemassa oleva ongelma. Hoitosuunnitelman avulla hoitajat kokivat helpottavan työtään. Hoitosuunnitelmassa korostuivat asiakasturvallisuus ja jatkuvuus. Muutamit hoitajat mainitsivat alustavien hoitosuunnitelmien laadinnan jälkeen, että tiimeissä uusi koettu muutos työyhteisön käytännössä oli koettu hyväksi.

Hoitajat kertoivat avoimessa kysymyksessä myös siitä, kuinka hoitosuunnitelman laadinta vaikuttaa asiakkaaseen. Hoitosuunnitelma sisälsi tiedon siitä mitä kartoituskäynnillä oli keskusteltu ja sovittu. Hoitosuunnitelman asiakas sai viimeistään silloin itselleen, kun päätös kotihoidon palveluista tuli hänelle kirjeitse kotiin. Päätös saattoi olla myös kielteinen ja silloin laadittu alustava hoitosuunnitelma oli hyvä peruste, kun kriteerit kotihoitoon eivät täyttyneet. Myönteisissä päätöksissä kotihoito sai viiveettä tiedon asiakkaan tarpeista ja pystyi samalle päivälle jo tarvittaessa aloittamaan kotikäynnit. Laadittu hoitosuunnitelma lisää turvallisuutta ja jatkuvuutta asiakkaan hoidossa. Hoitosuunnitelma on lähtökohta hoidon toteutumiselle ja koettiin tärkeäksi asiaksi.

Palvelutiimin hoitajat kirjoittivat havainnointilomakkeen lopussa olevaan avoimeen kysymykseen hoitosuunnitelman tärkeydestä silloin, kun kyseessä on kotihoidossa oleva asiakas. Vähemmän

tärkeänä sitä pidettiin, kun kyseessä on tilapäinen neuvontaa tai ohjausta tarvitseva asiakas. Asiakkaan hoidon tarpeen arviointi, hoidon tavoite ja toteuttaminen sekä avun saannin turvaaminen varmistuvat parhaiten silloin, kun palvelutiimin hoitajat olivat mukana asiakkaan hoitokokouksissa. Asiakkaan hoitosuunnitelmaa pidettiin tärkeänä lähtökohta hoidon toteuttamisessa.

Palvelutiimin hoitajat totesivat hoito- ja palvelusuunnitelman olevan lakisääteinen ikäihmisille eli yli 65-vuotiaille. Näille asiakkaille tehdään hoidon kartoituskäynti pyynnön perustella. Tämän jälkeen hoitosuunnitelma lähetetään palvelupäätöksen mukana asiakkaalle kotiin, oli päätös myönteinen tai kielteinen. Hoitosuunnitelman todettiin olevan tärkeä asia hoidon jatkuvuuden kannalta. Palvelusetelin yleistyttyä, hoitosuunnitelman paperiversion välityksellä, yksityinen palveluntuottaja saa tiedon asiakkaan hoidontarpeesta. Asiakkaan päästessä kotihoidon palvelujen piiriin, nousevat asiakkaan tiedot välittömästi kotihoidon mobiililaitteeseen. Tässä hoitosuunnitelma koettiin tärkeäksi ja oleelliseksi osaksi koko hoitoprosessia. Hoitosuunnitelman laatiminen vähentää päällekkäistä työtä. Palvelutiimin mielestä kotihoidon kokemukset alustavasta hoitosuunnitelmasta kotihoidon mobiilissa ovat olleet hyviä (taulukko 3).

Hoitosuunnitelmaa pidettiin hyvänä myös siitä syystä, kun sen pystyi tulostamaan ja antaa välittömästi asiakkaalle esimerkiksi siinä vaiheessa, kun hän kotiutui osastolta. Hoitajat kokivat, että hoitosuunnitelma on asiakaslähtöinen. Huomion arvoisena seikkana pidettiin myös sitä, että kaikilla palvelutiimin hoitajilla oli tieto siitä, että Aluehallintovirasto AVI vaatii asiakasreklaatioissa hoitosuunnitelman, jossa näkyy asiakkaan yksityiskohtaiset hoidon tarpeet. Yleisesti hoitajilla oli ennakkokäsityksenä se, että palvelu- ja hoitosuunnitelma on yksi ja sama asia ja niistä täytettiin ainoastaan palvelusuunnitelma. Tai se, että hoitosuunnitelman tekee aikanaan kotihoito, kun asiakas siirtyy sen asiakkaaksi.

Yleisesti ottaen hoitosuunnitelman todettiin olevan hyvä, vaikkakin uusi asia palvelutiimille, ja sen omaksuminen vaatii harjoittelua. Alustavan laaditun hoitosuunnitelman jälkeen hoitajat totesivat, että kotihoidon käynnit on helpompi aloittaa tämän pohjalta. Hoitosuunnitelmien laatimisen toivottiin auttavan myös muiden organisaatioissa työskentelevien työtä, kuten lääkäreiden.

TAULUKKO 3. Hoitosuunnitelman merkitys

Pääluokka; asiakas	hoitaja ja hoitotyö
Asiakas ja omainen näkevät mitä keskusteltu ja missä tarvitsee apua	lakisääteinen yli 65-vuotiaille
Asiakastarpeen kartoitus, hoidon tavoite ja toteuttaminen käytettävillä palveluilla asiakkaan toimintakyvyn parantamiseksi antaa selkeän ymmärryksen hoitosuunnitelman tarpeellisuudesta	tärkeä
Kielteisissä päätöksissä tärkeää	oleellinen osa koko prosessia
Viive asiakkaan hoidossa poistuu	tiedon saumaton kulku
Asiakkaan turvallisuus korostuu	käytäntö vähentää päällekkäistä työtä
Jatkuvuus	viipymättä tieto asiakkaan tarpeista ja tiimi voi lisätä/tarkentaa tarpeita
Hoitosuunnitelma on lähtökohta hoidon toteuttamiselle	ymmärtää miten tärkeä osa hoidon järjestämisestä hoitosuunnitelman laatiminen on
Tärkeä	helpotan työtäni
	aikaisemmin tehty "vanha hoitosuunnitelma" aina luettavissa myös ja voi tarkistaa
	tiimissä koettu hyvänä
	oikea tapa korjata olemassa oleva ongelma
	potilasturvallisuus selkeästi korostuu
	jatkuvuus potilaan hoidossa
	hoitosuunnitelman tulostaminen ja antaminen asiakkaalle heti kotiuduttuaan

5.2 Palvelutiimin hoitajien käsityksiä hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaan hoidon laadun kehittämisessä

Havainnointilomakkeen avoin kysymys toi vastauksia myös hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaan hoidon laadun kehittämisessä. Hoitajat totesivat vastauksissa, että hoitosuunnitelma on yksi tärkeä osa laadukasta ja tavoitteellista hoitotyötä erityisesti, kun kasvavan palvelusetelin käytön myötä yksityisen palveluntuottajien määrä lisääntyy. Paperinen versio hoitosuunnitelmasta lähetetään asiakkaalle kartoituskäynnin jälkeen ja näin hoidon jatkuvuus on taattu, jos asiakas meneekin yksityiselle palveluntuottajalle asiakkaaksi. Palvelutiimi totesi hoitosuunnitelman turvaavan hoidon jatkuvuutta myös kotihoidossa ja sillä koettiin olevan oleellinen merkitys kotihoidon

laadun kehittämisessä. Tällä toimintatavalla on saatu poistettua viive hoitosuunnitelman teossa. Aiemmin hoitajat ovat poimineet tiedon kartoituskäyntitekstistä tai asiakasta koskevasta sähköpostista. Nyt reaaliaikainen tieto on käytettävissä kotihoidon mobiilissa, kun hoitaja menee ensikäynnille asiakkaan luokse.

Havainnointilomakkeeni avoin kysymys toi tietoa myös yksilölliseen ja laadukkaaseen hoitosuunnitelman tekoon. Hoitosuunnitelman avulla pystyttiin hyvin yksityiskohtaisesti suunnittelemaan asiakkaan hoitoa ja tulevaisuutta. Hoitosuunnitelma palvelutiimin mielestä oli laadukas hoitotyön apuväline. Hoitosuunnitelmaan luotiin tarvittaessa hyvinkin asiantunteva henkilökunta arvioimaan asiakkaan tarpeita. Kartoituskäynnille mukaan saattoi tulla muistihoitaja, sosiaalityöntekijä, geronomi tai sairaanhoitaja. Tarvittaessa konsultoitiin geriatriakin asiakkaan asioissa.

Kysymyslomakkeen kysymykset toivat tietoa hoitajien geriatrisesta osaamisesta ja se jäi palvelutiimin mielestä vaatimattomaksi ja siihen toivottiinkin koulutusta enemmän. Koulutuksen avulla laadukkuus, asiakaslähtöisyys ja vaikuttavuus lisääntyvät hoitosuunnitelmassa. Kysymyslomakkeen tulokset kertoivat, että hoitajien näkemysten mukaan asiakkaan kokonaisarvion osaaminen kartoituskäynnillä oli hyvää. Lainsäädännön koulutus toisi myös lisää laadukkuutta omalta osaltaan hoitosuunnitelman laadun kehittämisessä palvelutiimin kesken. Lainsäädännön kertaaminen olisi toivottavaa tuloksien mukaan. Kartoituskäynnillä palvelutiimin mukaan kaupungin tarjoama palveluntarjonnan tuntemus oli riittävää ja siitä oli riittävästi materiaalia jaettavaksi myös asiakkaille kotikäynneillä (kuvio 7).

TAULUKKO 4. Hoitosuunnitelman merkityksestä asiakkaan hoidon laadun kehittämisessä

Päälouokka: Asiakas	Hoitaja ja hoitotyö
Hoitosuunnitelma on tärkeä osa laadukasta ja tavoitteellista hoitotyötä	Viive poistuu hoitosuunnitelman teossa kun palvelutiimi tekee sen kartoituskäynnin jälkeen
Hoitosuunnitelma turvaa jatkuvuutta	Tärkeä merkitys
Hoitosuunnitelmassa näkyy asiakkaan kuntouttavan hoitotyön tavoitteellisuus	Helppo lisätä asiakkaan tarpeita hoitosuunnitelmaan ja seurata toteutumista
Hoitosuunnitelma on asiakkaan hoidon laadun seurannassa tärkeä väline	Hoitosuunnitelma on avainasemassa laadun kehittämisessä
Asiakkaalle suunnitellaan kattavasti asiakkaan tarpeiden pohjalta, hoitosuunnitelman tarpeen arvioinnin jälkeen suunnitellaan tavoitteet, joilla päästään laadukkaisiin hoitotuloksiin.	Hoitosuunnitelma on yksityiskohtainen suunnitelma tästä hetkestä tulevaisuuteen

5.3 Palvelutiimin hoitajien käsityksiä asiakkaan hoitosuunnitelman laatimisen merkityksestä hoitosuunnitelman kehittämisessä

Hoitajat kirjoittivat vastauksissa hoitosuunnitelman auttavan kaikkia suunnitelman teossa. Tärkeään osaan hoitosuunnitelma nostettiin myös asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa ja parantamisessa. Hoitosuunnitelmaan kirjattiin asiakkaan jäljellä olevia voimavaroja ja sitä millä tavoin niitä pystyi hyödyntämään ja tukemaan. Hoitosuunnitelma kun on kerran tietokoneelle laadittu, siihen pystyi aina palaamaan (jos asiakas soitti ja tiedusteli jotain asiaa) ja oli muokattavissa. Hoitosuunnitelman laatimisen merkitystä hoitosuunnitelman kehittämisessä hoitajat vastasivat seuraavasti: Pegasos ohjelma koettiin haastavaksi käyttää ja tarpeiden luominen eri komponenttien kautta aluksi aika haasteellista ennen kuin sitä tottui käyttämään ja siinä harjaantui. Hoitosuunnitelma auttoi hahmottamaan kaikkia suunnitelman teossa ja oli tavoitteellista ja seurattavaa ja muokattavissa olevaa.

Palvelutiimin hoitajien tulevaisuuden visio oli mahdollisuus kirjata pelkästään hoitosuunnitelmaan kartoituskäynneiltä nousseita tärkeimpiä asiakkaan hoidon tarpeita niin silloin potilaskertomusosion voisi jättää kokonaan pois. Laki ei velvoita kirjaamaan potilaskertomusosioon, mutta asiakkaan hoitosuunnitelma pitää tehdä. Hoitohenkilökunnan osaaminen Pegasos-järjestelmän hoitosuunnitelman tekemiseen on vielä vaihtelevaa ja sen parantaminen koulutuksien avulla on aiheellista. Itse Pegasos ohjelmana koettiin kömpelöksi ja sen kehittäminen olisi suotavaa. Tähän toivottiin esimieheltä lisää panostusta ja säännöllisiä kursseja hoitotyön kirjaamisen suhteen. Ehdotettiin valmiiden komponenttien käyttöä kuntouttavaan hoitoon liittyen esimerkiksi mitä asiakas haluaisi tehdä tai kuntoutua tekemään itse ja siihen mietittäisiin keinot yhdessä hoitajan kanssa. Kuntoutus- komponentin toivottiin korostuvan enemmän Pegasos hoitosuunnitelmassa myös jatkossa. Palvelutiimi totesi, että tästä on hyvä jatkaa.

Palvelutiimin hoitajien mukaan valmis hoitosuunnitelma auttaa hahmottamaan asiakkaan kaikki palvelutarpeet suunnitelmaa tehtäessä. Lisäksi hoitosuunnitelmaan on helppo liittää asiakkaan tilanteessa tapahtuneita uusia tarpeellisia asioita. Suunnitelman nähtiin elävän asiakkaan tilanteen mukaan. Iäkkään asiakkaan omien kokemusten kuuleminen ja hänen aktiivinen osallistuminen itseään koskevaan hoidon suunnitteluun pidettiin tärkeänä ja sen huomioimista aiempaa enemmän toivottiin (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Hoitosuunnitelman laatimisen merkityksestä hoitosuunnitelman kehittämisessä

Pääluokka; Asiakas	Hoitaja ja hoitotyö
Hoitosuunnitelma auttaa hahmottamaan kaikkia suunnitelman teossa	Hoitosuunnitelman kehittäminen on Pegasos-ohjelman haaste
Hoitosuunnitelmalla on tärkeä rooli asiakkaan toimintakyvyn tukemisessa ja parantamisessa	Hoitosuunnitelma auttaa hahmottamaan kaikkia suunnitelman teossa
Hoitosuunnitelman jatkotarkistus ja tarpeen lisääminen ja poistaminen	Valmiit hoitotyön komponentit kuntouttavaan ja yksilölliseen hoitoon liittyen
Tästä on hyvä jatkaa	Hoitosuunnitelmaan on helpompi liittää uusia tarpeellisia asioita

5.4 Palvelutiimin ja asiakkaiden keskustelujen aiheet kotihoidon kartoituskäynneillä

Palvelutiimin kartoituskäynnillä käydään keskustellen läpi RAI Screener -kaavake yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa. Mittaristo sisältää kysymyksiä asiakaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä ja kartoitetaan hoidon ja palvelun tarvetta. Seuraavista asioista keskustellaan: fyysinen toimintakyky: terveydentila, sairaudet, kipu, lääkehoito, lääkärikäynnit, kodin tilojen tarkistaminen, apuvälineet, liikkuminen, kauppa ja pankkiasiat, kotihoidolliset asiat, pesu, pukeutuminen), psyykinen toimintakyky: mieliala, muisti, uuden oppiminen, harrastukset ja onko luopunut niistä, oma näkemys avun tarpeesta ja selviämisestä arjessa ja omaisen näkökantaa tähän.

Sosiaalinen toiminta käsittää perhetilanteen, sosiaalisen verkoston, tulevaisuuden toive asumisesta, mistä haluaa selvittää itse, taloudellinen tila, eläkkeensaajan hoitotuet. Kartoitetaan asiakkaan senhetkinen toimintakyky, kotona selviytyminen. Asiakaan tulevaisuuden ennakointi, terveyttä ja hyvinvointia tukevat toimenpiteet, ohjaus ja neuvonta. Kartoitetaan myös omaisten jakaminen. Asiakkaalle tiedotetaan ja kerrotaan myös kotihoidon toiminnasta, kriteereistä ja maksuista sekä yksityisen palveluntuottajan toiminnasta.

5.5 Palvelutiimin hoitajien asiakkaan hoitosuunnitelmaan kirjaamat asiat kotihoidon kartoituskäynneillä

Palvelutiimi kirjaa kartoituskäynnin jälkeen iäkkään avun ja tuen tarpeen hoitosuunnitelmaan. Sinne kirjataan myös asiakkaan jäljellä olevat voimavarat ja niiden käyttö ja hyödyntäminen hoi-

toisuunnitelman tarpeiden luomisessa. Iäkkään olosuhteet kotona nähtiin myös tärkeäksi kirjata hoitosuunnitelmaan. Kartoituskäynnillä tehdään RAI-arviointi. Se on laaja kysymysalue, johon vaadintaan keskittymistä ja huolellisuutta. Tärkeää on, että asiakas ymmärtää kysymyksen ja hoitaja osaa tulkita sen oikein. Hoitajat laativat kotikäynnillä muistion asiakkaan tarpeista ja toimintakyvyn muutoksista.

Kartoituskäynnillä palvelutiimi tutustuu iäkkääseen ja hänen elämänsä ja tilanteeseen. Iäkkään kanssa keskustellaan toimintakyvystä ja kuntoutumisen mahdollisuuksista, kerrotaan palveluista ja tutustutaan hänen arkeaan helpottaviin apuvälineisiin ja tekniikkaan. Tavoitteena on tunnistaa iäkkään palveluiden tarve hoitosuunnitelman laatimista varten ja kirjata se sinne ylös.

Tietokonetta ei ole mahdollista ottaa kotikäynnille mukaan, koska Pegasos-ohjelma ei toimi silloin. Eli kotikäynnillä kirjetaan manuaalisesti kaikki ylös ja toimistolla aletaan laatia hoitosuunnitelmaa Pegasos-tietojärjestelmään.

Jokainen palvelutiimissä laittaa omasta mielestään tärkeimmät asiakkaan tarpeet hoitosuunnitelmaan. Hoitosuunnitelman kehittämisehdotus oli, että hoitosuunnitelmassa olisi pysyvät tarvekomponentit, joita täydennettäisiin. Jokaisella asiakkaalla voisi olla tietyistä perustarpeista komponentit kuten päivittäiset toiminnot, lääkehoito, erityistarpeet kuten haavanhoito, erityisasiantuntijan komponentti, johon kirjaa sairaanhoitaja ja lääkäri. Tärkeää on myös kirjata auttajatahot, mitä asiakas pystyy itse tekemään ja minkälainen on lisäavun tarve. Palvelutiimi korosti myös asiakkaan mielipiteen näkyvyyden tärkeyttä hoitosuunnitelmassa.

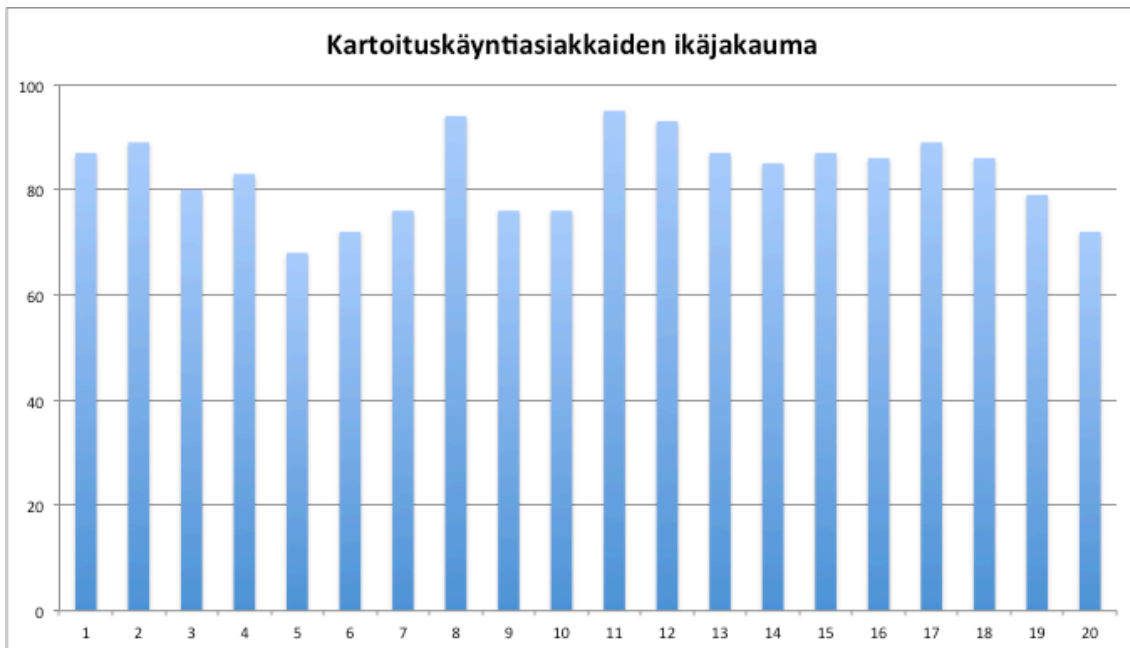
Palvelutiimin kysymyslomakkeesta saatiin tietoa kartoituskäynnin asiakaslähtöisyydestä sekä asiakkaan voimavaralähtöisyydestä. Hoitajat totesivat kartoituskäynnin ajankohdan olevan oikea asiakkaan luona käymiseen ja kartoittamiseen. Palvelutiimin hoitajat huomioivat asiakasta kartoituskäynnillä hyvin ja huomioivat asiakkaan toimintakyvyn eri ulottuvuudet aika hyvin. Asiakkaan palvelutarpeen kokonaisarvio toteutui hoitajien mielestä aika hyvin ja he kirjasivat nämä alustavaan hoitosuunnitelmaan.

5.6 Webropol-kyselyn tuloksia ja tarkastelua kirjallisuuden avulla

Webropol-kyselyn tulokset laadittiin pylväsdiagrammeina ja prosentteina. Nämä ovat määrällisen tutkimusmenetelmään tyypillisiä, jotka kuvaavat muuttujien välisiä eroja. Määrällinen tutkimus vastaa kysymykseen kuinka paljon tai miten usein. Muuttuja on henkilöä koskeva asia, josta määrällisessä tutkimuksessa halutaan tietoa ja tuloksia tarkastellaan numeerisesti. Tutkittavat asiat vakioidaan Webropol-lomakkeeseen kysymyksiksi ja niin, että kaikki vastaajat ymmärtävät kysymykset samalla tavalla. Jokaiselle tutkittavalle asialle annetaan arvo ja se ilmaistaan numeroina. Mittaaminen tarkoittaa erilaisten ihmiseen liittyvien asioiden ja ominaisuuksien määrittämistä mitta-asteikolla. Tutkimusprosessin aikana tavoitteena on objektiivinen tutkimus, jossa tutkijalla on mahdollisimman vähäinen vaikutus kyselyllä saatuihin vastauksiin. (Vilka, 2005, 13-16.)

Webropol-kysymyslomake sisälsi 14 kysymystä, jotka tehtiin kartoituskäynnin tai hoitokokouksen jälkeen toimistolla. Kysymyslomakkeen kysymykset koskivat hoitosuunnitelman merkitystä ja laadinnan tärkeyttä ja niiden tuloksissa nousivat esille seuraavat asiat. Hoitajat korostivat hoitosuunnitelman laatimisella asiakkaan turvallisuuden tunteen lisäämistä ja arvokkaan elämän kunnioittamista. Hoitosuunnitelman laatimisella taattiin asiakkaalle tuen ja palvelun riittävyys hyvin.

Valtakunnallisesti tavoitteena on, että vuoteen 2017 mennessä kotona asuisi 91-92 % 75-vuotta täyttäneistä iäkkäistä ihmisistä. Valtakunnallisissa tavoitteissa on määritelty, että 75 vuotta täyttäneistä 13-14 % saa säännöllistä kotihoitoa vuoteen 2017 mennessä. (Ikääntymispoliittisen strategian työryhmä 2014, viitattu 12.9.2016.)



KUVIO 3. Kartoituskäyntiasiakkaiden ikäjakauma, keski-ikä 83-vuotta.

Asiakkaista naisia oli 80 % ja miehiä 20 %. Iäkkäiden palvelua tarvitsevien naisten osuus on kasvava jo tutkimuksienkin valossa. Tähän syynä se, että naisten eliniän odotus on suurempi kuin miehillä. (Ikääntymispoliittisen strategian työryhmä 2014, viitattu 12.9.2016.) Kolmannella kysymyksellä selvitettiin ajankohta kartoituskäynneille, jotka ajoittuvat 23.3.-14.6.2016. Palvelutiimin koulutustaustoja ja -tasoja kartoitettiin kysymyksellä neljä. Palvelutiimi koostui sairaanhoitajista, geronomista ja sosionomeista.

Monialainen hoidon ja palvelujen tarpeen arviointi tehdään mahdollisimman varhain. Hyvän arvioinnin tunnusmerkkejä ovat laaja-alaisuus, yhdenmukaisuus ja vertailukelpoisuus sekä siihen perustuva palvelusopimus ja seuranta. Arvioinnin tavoitteena on tunnistaa toimintakykyä uhkaavat tekijät ja mahdollistaa varhainen puuttuminen. Riskien tunnistaminen ja toimenpiteisiin ryhtyminen on kaikkien ammattiryhmien tehtävä. Asiakkaan ja omaisten yhteydenotot sekä tietojärjestelmien mahdollisuudet käytetään hyväksi. (Konsensuslausuma 8.2.2012, viitattu 1.9.2016.)

Kehittämistyöni ajoittui keväälle 2016 sekä alkukesälle 2016, jolloin palvelutiimissä tehtiin henkilöstömuutoksia. Työntekijöitä jäi lomalle sekä työnkuva vaihtui tehtäväkuvan mukaan. Mukaan mahtui myös vastavalmistuneen geronomin vastauksia, jolla ei ollut vielä työkokemusta sosiaali- ja terveydenhuoltoalalta. Näin työskentely sosiaali- ja terveydenhuoltotehtävissä koostuikin puolesta vuodesta 33 vuoteen. Osalla vastaajilla oli pitkä työkokemus alalta.

Palvelu- ja hoitosuunnitelman laadinnassa korostuu koordinoivan työntekijän ammatti ja vuorovai-
kutustaidot sekä paikallisten mahdollisuuksien tuntemus. Hyvällä valmistelulla ja toteutuksella
voidaan ehkäistä sellaista asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä, mihin ohjauk-
sella, tuella ja palveluilla voidaan vaikuttaa. (Kuvio 1). (Ikääntymispoliittisen strategian työryhmä
2014, 24-26, viitattu 12.9.2016; Päivärinta & Haverinen, 2002, 5, 14.)

Kysymys numero kuusi koski hoitajien kartoituskäyntien tekemistä. Kysyttiin, kuinka kauan oli
tehty palvelutiimin kartoituskäyntejä. Vastaukset tulivatkin kahdesta viikosta noin kymmeneen
vuoteen, mutta keskimäärin vastaukset olivat parista vuodesta viiteen vuoteen. Eli tottuneita työn-
tekijöitä oli palvelutiimissä kartoittamaan asiakkaan tarpeita kotona asiakaslähtöisesti.

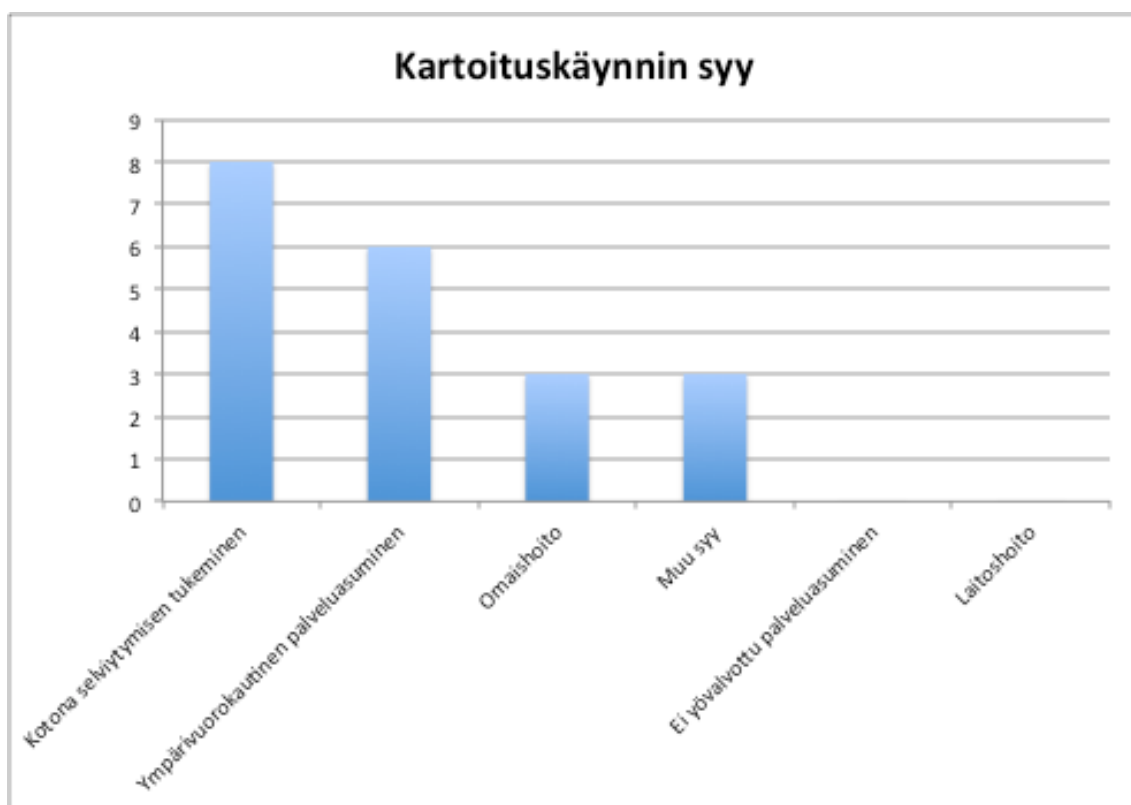
Jutila mainitsee (2013, 6-54) väitöskirjassaan ikääntyneen ja hänen perheensä tarpeiden ja toi-
veiden huomioimisen tärkeyden koko hoito- ja palveluprosessin aikana. Sen todettiin vahvistavan
ja mahdollistavan asiakaslähtöisyyden toteutumista. Vanhuslähtöisyyttä vahvistavia tekijöitä oli
vanhustyön ammatillisuus, tavoitteellinen ja voimavaralähtöinen hoitotyö, ympäristön tuki ja hoito-
työn vaikuttavuuden varmistaminen (iäkkään toiveiden toteutumisen tarkkailua ja selvittämistä ja
vaikuttavuutta arvioidaan kokemuksi mittaamalla). Myös omaisten kyvykkyydestä sekä haluk-
kuudesta osallistua iäkkään hoitoon on tärkeää selvittää jo kartoitustilanteessa.

Tasavertainen vuorovaikutussuhde hoitajan ja iäkkään välillä nähdään tärkeänä osana hoidon
asiakaslähtöisyydelle. Sillä tuetaan mahdollisuuksia ottaa vastuuta ja lisätä osallisuutta ikäänty-
neen hoidossa. Myös iäkkään läheiset tarvitsevat oikea-aikaista ja riittävää tietoa, rohkaisua ja
tukea. Osallisuuden kokeminen tarkoittaa itsemääräämisoikeuden liittämistä hoitotyöhön. Ikään-
tyneelle annetaan mahdollisuus osallistua hoitosuunnitelman tavoitteiden asettamiseen, toteutuk-
seen ja arviointiin. Erityisen tärkeää on huomioida tilanteet, joissa ikääntyneen toimintakyky on
laskenut tai hänen kykynsä ilmaista toiveitaan ja mielipiteitään ovat heikentyneet. Tästä esimerk-
kinä muistisairaat, joiden määrä on noussut huomattavasti yhteiskunnassamme, ja silloin omai-
sen tuki on erityisen korostunut kartoituskäynnin sekä kotihoidon asiakkuuden aikana. (Sama, 6-
54.)

"Miksi asiakas tai omainen otti yhteyttä palvelutiimiin kartoituskäyntiä varten?" Yleisin syy (40)
kartoituskäynnin tekemiseen oli kotona selviytymisen tukeminen. Toiseksi yleisin syy oli ympäri-
vuorokautiseen palveluasumiseen hakeminen (30 %) ja kolmantena ja neljäntenä vaihtoehtoina
olivat omaishoito (15 %) ja joku muu syy (15 %). Muita syitä olivat muistihoitajan käynnit, jossa

samalla tehtiin kartoituskäynti (kuvio 4). Käynneistä 16/20 tapahtui asiakkaan kotona. Loput (20 %) kartoituksista tapahtuivat hoitokokouksissa vuodeosastolla tai muistipoliklinikalla.

Yleisin syy kartoituskäynneille oli asiakkaan yleistilan lasku, johon toivottiin kotihoidon palveluja. Jos kartoituskäynti pidettiin terveyskeskuksen vuodeosastolla, niihin osallistui omaisten lisäksi myös osaston hoitohenkilökuntaa. Asiakasta informoitiin kaikista mahdollista lisäävun keinoista, kuten ateriapalvelusta, kauppasopimuksista sekä turvalaitteista. Avun saamisen edellytyksenä oli kotihoidon kirjallinen päätös, jota viiveetön hoitosuunnitelman laatiminen tulisi merkittävästi edesauttamaan. Ainoastaan osastolla olevista asiakkaista oli jo valmiiksi laadittu hoitosuunnitelma Pegasokseen, johon palvelutiimi (potilaskoordinaattori) täydensi hoitokokouksen kulun. Osastoille järjestetyt kokoukset pidettiin kotiavun saamista tai palvelutalopaikan hakemista varten.

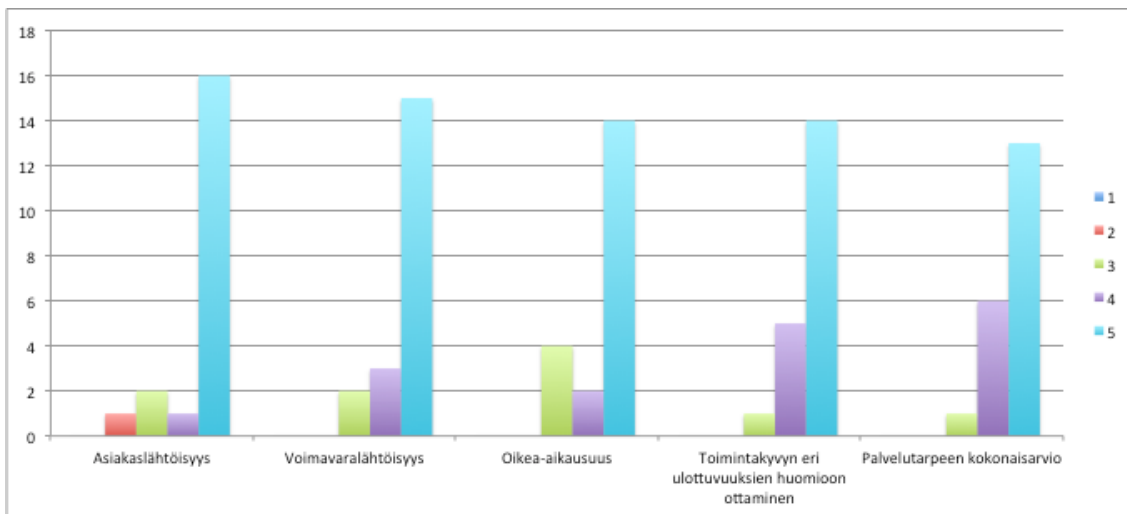


KUVIO 4. Kartoituskäynnin syy.

Tepponen (2009, 5,166) toteaa väitöskirjassa, että kotihoitoa on johdettava ja toteutettava tavoitteiden ohjaamana, ottamalla huomioon paikalliset olosuhteet ja kotihoidon palvelujärjestelmä. Hänen tutkimus myös osoitti, että kotihoidon puutteiksi ympärivuorokautisen kotihoidon heikon saatavuuden, hoivan ja palvelujen pirstaleisuuden, kotihoitoavun vähäisyyden sekä ehkäisevän ja

sosiaalisia suhteita tukevan toiminnan riittämättömän saatavuuden. Hän toteaa myös, että riittävä sairaanhoitoapu ei ole saatavissa kotiin toimintakyvyn ja terveyden heikentyessä lyhytaikaisesti. Samoin teknologiaa ei hyödynnetä kotihoidossa riittävästi.

Kysymys numero yhdeksän koski itse kartoituskäyntiä. Kysymyksessä pyydettiin hoitajaa arvioimaan, miten seuraavat asiat toteutuivat kartoituskäynnin aikana. Vastauksia tuli 20 kappaletta ja arviointi tapahtui ympyröimällä vaihtoehdot 1-5 (huonosti-hyvin) tai en osaa sanoa. Vaihtoehtoina olivat kartoituskäynnin asiakaslähtöisyys, huomioitiinko asiakkaan voimavarat oikein, oltiinko oikeaan aikaan oikeassa paikassa sekä kartoitettiin käynnillä asiakkaan toimintakyvyt eri ulottuvuuksilta ja yleensäkin asiakkaan palvelutarpeen kokonaisarvio (yhteenveto, joka koski asiakkaan elämäntilannetta, toimintakykyä sekä olosuhteista). Kartoituskäynnillä 80% palvelutiimistä arvioi kartoituskäynnin asiakaslähtöisyyden toteutuvan hyvin. Palvelutiimin hoitajien (75 %) mielestä asiakkaan voimavarylähtöisyys huomioitiin hyvin. Kartoituskäynti toteutui oikeaan aikaan (70%) ja keskinäisesti (20 %). Asiakkaan toimintakyvyn eri ulottuvuuksien huomioonottaminen tapahtui hyvin (70 %) tai aika hyvin (25 %). Asiakkaan palvelutarpeen kokonaisarvio toteutui 65 % tapauksista hyvin ja 30 % aika hyvin (kuvio 5).



KUVIO 5. Tarpeiden toteutuminen kartoituskäynneillä asteikolla 1 – 5.

Työntekijöiden eettisiin toimintaperiaatteisiin vaikuttavat koulutus, arvot, persoonallisuus, oma elämä sekä työyhteisön toimintakulttuuri. Vanhusten hoidossa korostuvat työntekijän vuorovaikutustaidot ja läsnäolo käytännön tilanteissa ja ammatillinen asiantuntijuus. Kokonaisvaltainen toimintatapa, jossa korostuu työntekijän eläytyminen ja empatia eli asettumista toisen tilaan. Työntekijältä vaaditaan vahvaa itsetuntemusta, epäonnistumisen sietokykyä ja vastuullisuutta. Työnte-

kijän tulee olla tietoinen sosiaali- ja terveyspalvelulaeista, asetuksista ja suosituksista ja tarvittaessa ohjata ja opastaa asiakkaista niiden mukaan. Hoitotyön eettinen puoli ilmenee siten, että työntekijä ottaa vastuun asiakkaasta ja hänen hoidosta yhteistyössä eri osapuolten kanssa. Asiakas on palveluja ja hoitoa tuottavissa yhteisöissä aina olennaisin oman mielipiteensä ilmaisevana työntekijän yhteistyökumppanina sekä oman elämänsä asiantuntijana. (Kivelä ym. 2011, 22; Päivärinta & Haverinen 2002, 5.)

Torniossa ikääntymispoliittisen strategian arvot, toiminta-ajatus sekä visio ovat ikäihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä hyvä ja turvallinen vanhuus. Strategiassa tähdennetään iäkkään toimintakyvyn tukemista sekä osallisuutta yhteiskunnan toimintaan. Muita tavoitteita kunnassamme iäkkäiden suhteen ovat kotona itsenäisesti selviytyvä iäkäs ihminen ja ennaltaehkäisevä toiminta sen suhteen sekä nähdään seurakunnan ja kolmannen sektorin rooli hyvinvoinnin tukijana. Turvallisuus ja asumista tukevat palvelut, omaishoito ja palvelusetelin käyttö sekä ostopalvelut ovat myös tärkeitä asioita nykypäivänä kuntamme strategiassa. Kunta korostaa myös henkilökunnan riittävän koulutuksen merkitystä (gerontologinen osaaminen, lääkehoito, ravitsemus ja kuntoutus). Myös palvelujen oikea-aikaisuutta, hoitoketjujen toimivuutta ja palveluihin vaikuttamista tähdennettiin. (Ikääntymispoliittisen strategian työryhmä 2014, 24-26, viitattu 12.9.2016.)

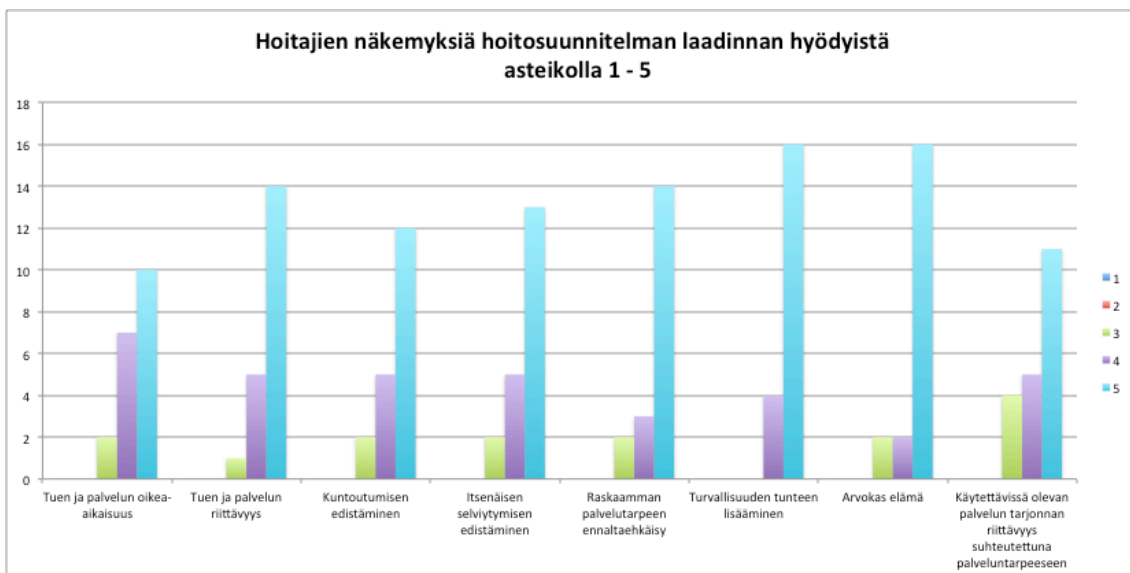
75 % kartoituskäynnistä johti viiveettä toimistolla hoitosuunnitelman laatimiseen. Yksi vastaus oli kielteinen ja se johtui siitä, että hoitokokous oli terveyskeskuksen vuodeosastolla ja asiakkaalle oli jo siellä laadittu hoitosuunnitelma, jota täydennettiin. 20 % vastaajista ilmoitti hoitosuunnitelman laatimisen tapahtuvan myöhemmin. Yleensä syy näissä oli kiire seuraavaan kotikäyntiin tai muu syy. Kysymys yksitoista tarkensi edellistä kysymystä, jos vastaus oli kielteinen. Siitä kävi ilmi, että hoitosuunnitelman tekemättömyyden syy oli asiakkaan osastohoito ja siellä tehty hoitosuunnitelma.

Kysymys kaksitoista selvitti hoitosuunnitelman laadintaa ja turvaako se vastaajan mielestä seuraavat asiat:

- Asiakkaan tuen ja palvelun oikea-aikaisuus
- Tuen ja palvelun riittävyys
- Kuntoutumisen edistäminen, Itsenäisen selviytymisen edistäminen
- Raskaamman palvelutarpeen edistäminen
- Turvallisuuden tunteen edistäminen

- Arvokas elämä
- Käytettävissä olevan palvelun tarjonnan riittävyys suhteutettuna palveluntarpeeseen

Hoitosuunnitelman laatimisessa (kuvio 6) korostui eniten asiakkaan turvallisuuden tunteen lisääminen, jossa 80 % vastaajista valitsi vaihtoehdon hyvin (5) ja 20 % aika hyvin (4). Hoitosuunnitelman laadinnan koettiin tukevan myös arvokasta elämää (80 %) hyvin. Tuen ja palvelun riittävyys näkyi hoitosuunnitelman laadinnassa hyvin (5) 70 % ja 25 % vastanneista totesi näkyvän aika hyvin (4). 5 % vastaajista oli sitä mieltä, että hoitosuunnitelman laadinta turvaa tuen ja palvelun riittävyyden ainoastaan keskinkertaisesti. 50 % vastaajien mielestä hoitosuunnitelma turvaa tuen ja palvelun oikea-aikaisuuden hyvin, 35 % aika hyvin sekä 10 % keskinkertaisesti.

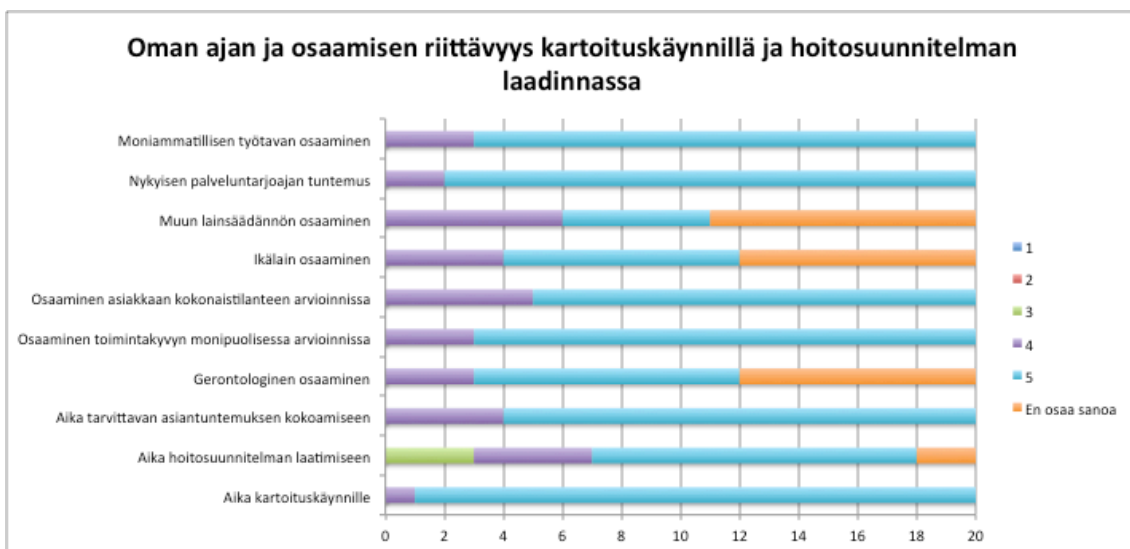


KUVIO 6. Hoitajien käsityksiä hoitosuunnitelman laadinnan hyödyistä asteikolla 1-5.

Kysymys kolmetoista tiedusteli hoitajan käytettävissä olevan ajan ja oman osaamisen riittävyyttä kartoituskäynnillä ja hoitosuunnitelman laadinnassa. Palvelutiimin hoitajat vastasivat 95 %:sti, ettei työaika kartoituskäynnille ole riittävä, 5 %:n mielestä melko riittävä. Hoitosuunnitelman laadintaan 55 % vastaajista koki ajan olevan riittävä, 20 % melko riittävä ja 15 % osalta keskinkertaisen riittävä. 10% vastaajista koki, ettei osaa sanoa kuinka hyvin aikansa riittää hoitosuunnitelman laatimiseen.

Aikaa koettiin olevan riittävästi tarvittavan asiantuntemuksen kokoamiseen 80 % vastaajista ja melko riittävästi 20 %. Gerontologinen osaaminen koettiin riittäväksi ainoastaan 45 % vastaajista ja melko riittäväksi 15 %:lla. 40 % vastaajista ei osannut määritellä gerontologisen osaamisensa

tasoa. Osaaminen toimintakyvyn monipuolisessa arvioinnissa koettiin 85 % riittäväksi tai melko riittäväksi (15 %). Osaaminen asiakkaan kokonaistilanteen arvioinnissa koettiin riittäväksi 75 % vastauksista ja melko riittäväksi 25 % tapauksista. Ikälaki tunnettiin hoitajien keskuudessa riittävästi (40 %) tai melko riittävästi (20 %), mutta myös 40 % vastaajista oli sitä mieltä, että he eivät osaa arvioida riittävyttään ikälain osalta. Myös muun lainsäädännön tunteminen kohdassa koettiin riittäväksi ainoastaan 25 % vastaajista ja melko riittäväksi 30 % vastaajista. Epätietoisuus lainsäädännön riittävästä osaamisesta näkyi 45 %:lla vastaajista. Nykyisen palveluntarjonnan tuntemus koettiin riittävänä 90 % vastaajista sekä melko riittävänä 10 % vastaajista. Moniammatillisen työtavan osaaminen rastiitettiin kohtaan riittävä (85 %) ja melko riittävä (15 %) (kuvio 7).



KUVIO 7. Oman ajan ja osaamisen riittävyys.

6 POHDINTA

Pohdintaluku koostuu tulosten pohdinnasta, kehittämistyön eettisyyden ja luotettavuuden arvioinnista, päätelmistä ja suosituksista. Tutkija arvioi kriittisesti saamiaan tuloksia, vertaa niitä aikaisempaan tietoon ja pohtii, mistä hänen saamansa tulokset johtuvat ja poikkeavatko ne aikaisemmin tutkitusta tiedosta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen. 2012, 179).

6.1 Kehittämistyön pohdintaa

Kehittämistyöni keskittyi asiakkaan hoitosuunnitelman laadintaan kotihoidon palvelutiimin kartoituskäynnillä. Asiakkaiden näkökulmasta hoitosuunnitelman merkitys on oleellinen ja tiedon hyödynnettävyys on välitöntä. Hoitosuunnitelma on lakisääteinen ja turvaa laadukkaan, vaikuttavan ja jatkuvuuteen perustuvan asiakkaan tarpeista luodun hoitosuunnitelman. Kartoituskäynnin ja laaditun hoitosuunnitelman sekä myönteisen palvelupäätöksen jälkeen, hoitosuunnitelma nousee kotihoidon mobiiliin viiveettä. Näin kotihoito saa vaikuttavuutta hoitotyöhönsä ja lisää asiakasturvallisuutta ja taloudellisuutta.

Palvelutiimin osaamista kehittämällä vaikutetaan myös henkilöstön osaamiseen ja työhyvinvointiin, näyttöön perustuvan toiminnan kehittämiseen toimivalla hoitosuunnitelmalla ja hoitoprosessin sujuvuuteen. Nämä merkitsevät asiakkaalle laadukkaita ja tarkoituksenmukaisia palveluja. Tuotetun tiedon merkitys johtamisen näkökulmasta on merkittävää. Arjen atk- taitojen kehittämisessä on kehittämisen varaa ja siihen olisi jatkossa hyvä kiinnittää huomiota. Tämä tieto on osaamisen tunnistamisessa sekä täydennyskoulutuksen suunnittelussa. Mitkä pykälät ohjaavat kirjoittamista hoitosuunnitelmaan ja kuinka iäkkäällä on oikeus lain mukaan tulla kuulluksi, saada yhteiskunnan tarjoamia palveluita samanarvoisena yksilönä. Ja jos ei itse kykene kommunikoidaan, on läsnä lähiomainen. Suurin osa kartoituskäynnin tuloksien perusteella oli naisia. Iäkkäitä noin 83-vuotiaita leskirouvia. Keskeisin palveluntarve oli kotihoidon apuun tai ympärivuorokautiseen hoitoon. Tuloksista ilmeni myös hoitajien moniammatillisuus ryhmänä ja niiden laadukas osaaminen iäkkään asiakkaan hoitamisen hyväksi. Tehtiin tarvittaessa kartoituskäyntejä, joissa oli mukana muistihoitaja, potilaskoordinaattori, geronomi, sairaanhoitajaa tai sosiaalipuolen edustajaa.

Ainoastaan tietoisuuden lisäämisellä työyhteisöön, esimiehen läsnäololla ja kannustamisella muutokseen, avoimella keskustelulla ja koulutuksen järjestämisellä ja perusteluilla saatiin pieni muutos aikaiseksi työyhteisössä käyttämättä yhtään ylimääräistä resurssien lisäystä. Saatiin työyhteisön jäsenet aktivoitumaan ja uudet toimintamallit käyttöönotettua.

Nykänen, Viitanen & Kuusisto näkevät (2010, 7) rakenteisen hoitosuunnitelman vahvuuksiksi sen, että tietojärjestelmään kirjatut tiedot ovat papereihin verrattuna varmemmin saavutettavissa, kattavasti kirjatut hoitotiedot löytyvät koneelta tarvittaessa esimerkiksi puhelintiedusteluissa – ja valitustapauksissa. Hyvin tehty hoitosuunnitelma tukee toteutuksen ja arvioinnin kirjaamista ja oppimisen myötä kirjaamisen tekemiseen kuluva aika lyhenee. Tutkimuksen tulokset osoittavat ongelmia hoitotyön kirjaamisessa sekä tietojen moniammatillisessa hyödyntämisessä. Joten tämänkin tutkimuksen pohjalta hoitotyön kirjaamisen koulutustarve tukee tätä seikkaa.

Toinen tutkija Ulla-Mari Kinnunen, joka myös puoltaa tutkimustuloksiani kirjaamisen tärkeydestä. Hän mainitsee väitöskirjassaan sähköisen potilaskertomuksen tuottaman tiedon hyödyntämistä muun muassa potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa, arvioinnissa, koordinoinnissa, hoidon ja hoitoprosessien kehittämisessä sekä laadun mittauksessa, kun rakenteisen tiedon arvo tunnustetaan ja ymmärretään. Kinnunen korostaa tutkimuksessaan terveydenhuollon johtajien ja kouluttajien ymmärryksen, että hoitotyön kirjaaminen on kiinteä ja tarpeellinen osa hoitotyötä. Hoitajien asenteet hoitotyön rakenteista kirjaamista kohtaan ovat pääasiassa positiivisia, mutta hoitotyön johtajien tulee huolehtia riittävästä resursoinnista ja tuesta uusien työtapojen suunnittelussa ja käyttöönotossa. (Kinnunen 2015, 7.)

Härkönen (2008, 5) mainitsee kirjaamisen kehittämisen avulla kirjaamisen päällekkäisyyksien vähenemisen, hoitotyön näkyvyyden ja laadun parantamisen, potilaiden ja henkilökunnan oikeusturvan parantamisen, kirjaamisen rakenteisen ja sisällöllisen yhtenäistämisen sekä hoitotyön käytäntöjen ja toimintamuutosten paranemisen. Hän mainitsee kirjaamisen lisäävän hoidon jatkuvuutta ja yhteistyön ja hoitoketjujen hallinnan paranemisen tietojärjestelmien yhteensopivuuden avulla sekä myös hoitotyön tiedon vertailtavuuden mahdollistumisella.

Kirjaaminen lähtee asiakkaan toiveista ja tarpeista ja kirjaaminen seuraa asiakasta koko hoitoprosessin ajan. Asiakkaan tarpeet muuttuvat hoidon aikana ja kirjaaminen ja hoidossa tapahtuvat muutokset kirjataan hoitosuunnitelmaan. Sähköiset palvelut hoitotyössä ovat tätä päivää ja koti-hoidossakin älypuhelimien käyttö asiakkaan hoitosuunnitelmassa on arkea. Asiakkaan kotona voi

älypuhelimien kautta nähdä moninaisia asioita asiakkaan tilasta, hoidosta, yhteystiedoista sekä lääkityksestä. Kehittämistyössäni korostui hoitajien toive saada jollakin tavoin näkyviin hoitosuunnitelmassa myös asiakkaan oma toive ja tavoitteet kuntoutuksen suhteen. Mitä iäkäs on itse valmis tekemään tavoittaakseen jonkin kuntoutuksen osan. Samoin hoitosuunnitelmaan toivottiin myös valmiita komponentteja käytettäväksi hoitosuunnitelmassa. Gerontologinen osaaminen ja siihen satsaaminen lisää hoitosuunnitelmien laatimisen luotettavuutta ja vaikuttavuutta. Muistisairaiden iäkkäiden lisääntyminen vahvistaa tätä tarvetta (Voutilainen ym. 2004, 38-39.)

Kotihoidon suurin haaste on sen sisällön kehittäminen ja kotiin annettavien palvelujen ja muun tuen monipuolistuminen iäkkäiden hoidossa. Vaikuttavuustiedon hyödyntäminen muistisairaiden kotona asumisen lisäämiseksi on tärkeä asia. Näyttöä tähän haasteeseen on käytettävä, jotta vaikuttavuutta saadaan kotihoidosta tämän suhteen. Tämä edellyttää ammattilaisten osaamisen jatkuvaa kehittämistä. Tutkimuksen mukaan henkilöstön osaaminen arvioitiin parhaimmaksi ja eniten kehittyväksi kotihoidossa. Selkeä osaamisen vahvistumisen muutos on meneillään. Heikoimmat osaamisalueet hoitohenkilökunnalla liittyivät muistisairaiden henkilöiden erityistarpeisiin varsinkin silloin, jos muistisairas henkilö oli työikäinen (Finne-Soveri, Kuusterä, Heimonen, Lehtonen & Noro 2015, 3-5, 54.)

Kotihoidossa asiakaslähtöisen hyvän hoidon ja palvelun turvaaminen edellyttää, että käytettävissä on tietoa siitä, mitä asiakkaat pitävät hyvänä ja tavoittelemisen arvoisena. Tutkimusten mukaan ikääntyneet haluavat asua omassa kodissaan niin pitkään kuin mahdollista. He toivovat saavansa tarvitsemansa terveyspalvelut nopeasti ja ammattitaitoisesti ja haluavat parantua sairauksistaan ja tulla sairaalasta kotiin toipumaan. He haluavat kuntoutusta omatoimisuutta tukemaan. Tarvittaessa kotiin ollaan valmiita ottamaan apuja myös yksityiseltä palvelujärjestelmältä, sillä ikääntyneet eivät halua olla taakkana läheisilleen. Palveluseteli-järjestelmä on oiva apu tähän ja sitä on kunnassamme myönnetty yksityisten palvelun tuottajien järjestämänä. Ikääntyneet arvostavat kotihoidon asiakkaina varmaa, luotettavaa ja turvallista apua sekä yksityisyyttä kunnioittavaa työtettä. Hyvältä kotihoidolta ikääntyneet ihmiset toivovat seuraavia toimintoja. He toivovat, että tarvittavat palvelut saadaan, työntekijöiden ammattitaito ja mielellään samat vakituiset työntekijät, jotka toimivat saman hoito- ja palveluideologian mukaan. Tärkeää oli myös tiedonkulku ja sopimusten noudattaminen, kiireetön ilmapiiri ja asiakkaan hyvä kohtelu ja mahdollisuus osallistua omaa hoitoa ja palvelua koskevaan päätöksentekoon. (Sama, 38-39.)

Palvelutiimin kartoituskäynti noudatti pitkälti samanlaista kaavaa koko käynnin ajan. Havainnointien pohjalta kartoituskäyntiin käytettiin aikaa keskimäärin tunnin verran. Välillä oli kertoja, joissa oli pitemmät ajomatkat kohteeseen, ja se pidensi aikaa. Suurin osa käynneistä tapahtui kuitenkin kaupungin alueella tai ihan lähietäisyydellä. Hoitotyön eettiset arvot korostuvat hoitotyössä. Se korostuu myös palvelutiimien kartoituskäynneillä, jossa asiakkaan tarpeita kartoitetaan.

Tutkijat korostavat erityisen tärkeänä asiana iäkkäiden ja heidän omaisten äänen osallistuvuutta paremmin palvelujen kehittämisessä. Vain silloin, kun ihminen voi itse osallistua ja vaikuttaa omassa asiassa voidaan puhua asiakaslähtöisestä palvelusta. Tulokset osoittavat, että palvelurakenteen uudistaminen nykyistä kotihoitopainotteisemmaksi ontuu muistisairaiden osalta, jotka muodostavat 2/3 osaa vanhuspalvelujen käyttäjistä. Omaisten jaksamisen tukemiseen tulee panna enemmän. Yhteistyötä kolmannen sektorin ja muidenkin kuin kuntatoimijoiden kesken kannattaa kehittää. Kunnat kokivat kolmannen sektorin monimuotoisena ja pitkään jatkuneena yhteistyönä ja kaikin puolin hyväksi koettuna. Kunnat odottivat saavansa asiantuntemusta ja koulutusta yhteistyötahojen kanssa. Ostopalvelujen osalta kuntien mahdollisuudet varmistua henkilöstön osaamisesta olivat kirjavia. Kotihoidon tärkeimmät kehittämiskohteet ilmenivät kotona asumisen tukemisessa. Varsinkin ilta-aikaiset, yö- ja viikonlopun aikaiset palvelut, kuljetuspalvelut sekä omaishoitajan jaksamisen keventäminen olivat tärkeitä kehittämiskohteita. Myös suunnitelmallisuudessa, kokonaisvaltaisessa yhteistyössä eri toimijoiden kesken sekä asiakaspalautejärjestelmän kehittäminen olivat tärkeitä kehittämiskohteita (Hallberg & Kristensson, 2004, 112.)

Kartoituskäynnin jälkeen hoitajat saivat täytettäväkseen kysymyslomakkeen. Aluksi vastauksia pohdittiin pitempään ja kysymyksiä mietittiin ja huomasi myös sen, että vastauksien toistoilla oli ajallisesti merkitystä. Useamman kerran vastannut hoitaja teki kysymyslomakkeen nopeammin. Jonkin verran hajontaa hoitajien välillä tuli, mutta pääsääntöisesti muutamat samat hoitajat vastailivat lomakkeisiini.

Yhdessä laadittuun hoitosuunnitelmaan saatiin hyvin aika järjestettyä. Hoitosuunnitelma laadittiin usein kartoituskäynnin jälkeen, koska silloin käynti on tuoreessa muistissa ja muistiinpanoista nousseet asiakkaan tarpeet oli helppo sijoittaa alustavaan hoitosuunnitelmaan. Mitä enemmän Pegasos-järjestelmän hoitosuunnitelmaa teki, sitä paremmaksi työkaluksi se osoittautui hoitotyössä. Siihen sai kaiken oleellisen ja pitkien sähköpostien kirjoittaminen oli ohi.

6.2 Kehittämistyön eettiset kysymykset

Tutkimusetiikka korostaa tutkittavan aineiston ja tutkimuksen suojaan liittyviä kysymyksiä. Tutkimusaineiston kohdalla on turvattava se, että aineisto säilytetään oikein ja aikanaan tuhoetaan järjestelmällisesti tutkimuksen loputtua sekä tutkittavien henkilöllisyys ei paljastu. Tutkijan tehtävä on kertoa anonymiteettiin liittyvät asiat tutkittavalle henkilölle, ja esimerkiksi numeroin hoitaa tämä asia. Luottamuksella on suuri merkitys ja se korostuu tässä. Perusoletus on, että kaikki tietävät missä roolissa eri henkilöt osallistuvat toimintaan. Tutkimusetiikka on tutkijan ammattietiikkaa. Se on tieteellinen tapa, jota tutkijoiden tulee noudattaa tutkimusta tehdessään. Se määrittää kehittämistyötä koskevat pelisäännöt. Tutkimusetiikkaan kuuluvat eettiset periaatteet kuten normit, arvot ja hyveet. (Vilka 2005, 89,95.)

Tutkimusetiikka voidaan jakaa tieteen sisäiseen ja sen ulkopuoliseen. Tieteen sisäisellä etiikalla viitataan tieteenalan luotettavuuteen ja totuudellisuuteen. Tällöin tarkastellaan suhdetta tutkimuskohteeseen sen tavoitteeseen ja koko tutkimusprosessiin. Tieteen kriittisyys edellyttää omien perusteiden ja toimintatapojen arviointia erilaisista näkökulmista. Tieteen ulkopuolinen tutkimusetiikka taas käsittelee sitä, miten alan ulkopuoliset seikat vaikuttavat tutkimusaiheen valintaan ja miten asiaa tutkitaan. (Kankkunen ym. 2012, 212.)

Keroin kehittämistyön aiheesta palvelutiimille ja keroin myös sen ennen järjestämäni hoitosuunnitelma-koulutuksen alkua. Perustelin palvelutiimille sitä minkä vuoksi oli hoitosuunnitelma-koulutukseen lähdetty ja mitä sillä saavutettaisiin. Jo tutkimusluvan saatua, keroin kaikille henkilökohtaisesti työni aiheesta ja siitä, että teen havainnointityötä kartoituskäynneillä sekä annan heille kysymyslomakkeen vastattavaksi. Kaikki hoitajat olivat myönteisiä asian suhteen. Keroin myös kehittämistyöhön osallistuville hoitajille, ettei tutkimuksen raportoinnissa kukaan yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa. Hoitosuunnitelman alustavaa laadintaa tullaan myös yhdessä tekemään ja näin hoitajat saavat kaiken tukeni ja ohjauksen asian suhteen.

Palvelutiimin hoitajat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja heillä oli mahdollisuus keskeyttää tutkimus niin halutessaan. Kaikki hoitajat olivat mukana tutkimuksen ajan. Tiedot käsiteltiin luottamuksellisesti ja yksityisyydestä huolehdin niin, että kysymyslomakkeeseen vastattiin tutkittavan omassa huoneessa ja siellä laadittiin sen jälkeen myös hoitosuunnitelma. Tutkimusmateriaalin tulon tuhoamaan systemaattisesti.

Potilasasiakirjat ovat arkaluonteista tietoa sisältävä henkilökisteri, jonka tiedot ovat aina salassa pidettäviä ja luottamuksellisia. Yksittäisen potilaan henkilötiedot tai tiedot, josta hänet tunnistaa, eivät saa tulla näkyviin asiakirjojen tarkastelusta raportoitaessa. (Hallila 2005, 114.)

6.3 Kehittämistyön luotettavuuskysymykset

Kankkunen ym. (2012, 199) kuvaavat laadullisessa tutkimuksessa kuvauksen elävyydellä sitä, että tutkija kuvaa todellisuutta mahdollisimman tarkasti ja elävästi. Raporttiin kirjoittamisessa haasteena on saada tekstistä mahdollisimman luova, rohkea ja rikas. Tarkoitushan on kuvata tiettyjä taustatietoja kuten asioiden tapahtumapaikka, tiedonantaja ja rakenteita. Ongelmaksi voi tulla käytettävän tiedon aineisto, joka voi olla yksipuolinen ja epäselvä. Lisäksi kuvaukset voivat olla epäselvästi esitetyjä tai epäuskottavia tai tekstissä käytetyt lainaukset voivat olla epätasallisia. Metodologisella sopivuudella tarkoitetaan tutkijan tietoisuutta tutkimuksen metodologisesta lähestymistavasta. Tällöin edellytetään vahvaa perehtymistä käyttämäänsä menetelmään. Tähän liittyy täsmällisyyttä ja tarkkuutta vaativia vaiheita. Myös tutkijan toimenpiteet ja ajatukset kenttätöiden aikana tulee kirjata ylös.

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat tutkimuksissa ja tämän vuoksi pyritään arvioimaan tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja esimerkiksi kahden arvioijan samat tulokset tutkimuksesta tai samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tutkimustulos. Luotettavuutta kohentaa myös tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee havainnointi olosuhteita, tutkimuksen ajan kulua, häiriötekijöitä ja oma arvio tilanteesta. (Hirsjärvi ym. 2003, 217.)

Tutkijan tehtävä on tuottaa luotettavaa informaatiota todellisuudesta. Luotettavuus edellyttää tutkijalta kriittistä asennetta, jota pidetään tieteellisen työskentelyn tärkeimpänä edellytyksenä. Tutkijan tulisi olla aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta ja hänen tulisi paneutua tunnollisesti omaan alaansa, jotta hänen tuottamansa informaatio olisi mahdollisimman luotettava. (Mäkinen 2005, 188.)

Laadullisessa analyysissä aineiston keruu, analyysi ja raportointi kytkeytyvät tiiviisti toisiinsa. Kaikki vaiheet ovat tärkeitä luotettavuuden arvioinnissa. Luotettavuuskriteerit; siirrettävyys, sovel-

lettavuus, totuudellisuus, vahvistettavuus, uskottavuus ja johtopäätösten oikeellisuus ovat tärkeitä kriteereitä. Tutkimuksen luotettavuus paranee, jos tutkimuksen eteneminen raportoidaan yksityiskohtaisesti. Tutkimuksen analysointiin käytetään riittävästi aikaa ja siitä tehtäviin tulkintoihin ja aineistoa tarkastellaan kriittisesti samoin kuin tehtyjä tulkintoja. (Willberg 2009, 8.)

Luotettavuus on yksi tärkeimpiä asioita tieteellisessä tiedossa. Luotettavuuden arvioinnissa korostetaan menetelmien, prosessien ja tulosten luotettavuutta. Kehittämistyössä luotettavuus tarkoittaa käyttökelpoisuutta. Kehittämistyössä tuotetun tiedon tulee olla hyödyllistä ja hyödynnettävää. (Toikko & Rantanen 2009, 121-125.)

Havaintoaineisto oli kerätty hoitokokouksien ja kartoituskäyntien perusteella. Havainnointiaineisto koostui pitkälti kotikäynnin kulun selvityksistä. Arvioija oli itse läsnä kaikilla kerroilla ja merkitsi näkemänsä ja kuulemansa omiin muistiinpanoihin ja havainnointilomakkeelle. Kotikäynnit olivat luontevaa keskustelua hoitajan ja asiakkaan välillä. Asiakkaan tarpeet tuotiin selvästi esille ja kartoituskäynnit pohjautuivat RAI Screenerin ympärille nivoutuen ja noudattelivat käyntien suhteen pitkälti samaa kaavaa. Mielestäni läsnäolollani ei ollut vaikutusta kartoituskäynnin luonteeseen ja luotettavuuteen. Olen aikaisemmin kotihoidon sairaanhoitajan työssä ollut mukana palvelutiimin kanssa useissa asiakaskäynneillä ja ne eivät poikkeaa mielestäni yhtään siitä, vaikka nyt toiminkin havainnoijan roolissa.

Tutkijan tehtävänä on tuottaa luotettavaa informaatiota todellisuudesta. Luotettavuus edellyttää tutkijalta kriittistä asennetta, jota pidetään tieteellisen työskentelyn tärkeimpänä edellytyksenä. Tutkijan tulisi olla aidosti kiinnostunut uuden informaation hankkimisesta ja hänen tulisi paneutua tunnollisesti omaan alaansa, jotta hänen tuottamansa informaatio olisi mahdollisimman luotettava. (Mäkinen 2005, 188.)

Koko tutkimuksen luotettavuuden perusta on mittarin sisältövaliditeetti. Jos mittari ei mittaa haluttua tutkimusilmiötä, on mahdotonta saada luotettavia tuloksia, vaikka muut tutkimuksen luotettavuuden osa-alueet olisivat kunnossa. Voi myös pohtia onko tutkimusilmiö selvärajainen niin, että sitä voi mitata luotettavasti ja mittaako mittari oikeaa ilmiötä ja onko mittari riittävän kattava kuvaamaan sitä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2012, 190.)

Anonymiteetti tarkoittaa, ettei tutkimustietoa luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Aineisto säilytetään lukitussa paikassa ja tietokoneessa salasanaalla suojattuna. Jos aineisto

kerätään kyselylomakkeilla, jotka koodataan tunnistenumeroin uusintakyselyä varten, vain tutkijalla on lista koodien yhdistämisestä vastaajan nimeen. Aineistosta voi erottua myös pieniä alaryhmiä esim. muistihoitaja, jolloin ryhmittäisten erojen raportointi ei ole eettisesti aiheellista tutkittavien tunnistettavuuden vuoksi. (Kankkunen ym. 2012, 221.)

Kylmä & Juvakka (2007, 127-129) toteavat, että laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden ja siirrettävyyden perusteella. Tämän kehittämistyöni tulosten uskottavuutta vahvistaa tuloksista keskustelu koko tutkimuksen ajan tutkimukseen osallistuvien kanssa eri vaiheessa. Vahvistettavuuteen liittyy mahdollisuus seurata koko tutkimusprosessin kulkua vaihe vaiheelta. Tämä edellyttää koko tutkimusprosessin kuvaamista tarkoin ja huolella raporttiosaan. Olen pyrkinyt kuvaamaan kehittämistyössä tutkimuksellisen osion etenemisen tarkasti ja loogisesti.

Reflektiivisyydellä tarkoitetaan kehittämistyön tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan. Oma työkokemus kotihoidossa on tuotu julki ja työkokemuksen heijastuminen tutkittavaan ilmiöön liittyy. Siitä koko aihe aikanaan koko kehittämistyötä kohtaan lähti. Tutkimuksen tekijä pyrkii tiedostamaan omat näkemykset kotihoidon työntekijänä tutkimuksen koko prosessin ajan välttäen niiden vaikutusta aineiston tulkintaan ja analysointiin. Siirrettävyys edellyttää kuvailua tiedon antajista eli hoitajista, jotka tutkimukseen kuuluivat sekä työskentely ympäristöstä helpottamaan lukijan arviota tulosten siirrettävyydestä. Siirrettävyydestä kertoo myös mahdollisuus ottaa käyttöön alustavan hoitosuunnitelman laatiminen kotihoidon palvelutiimissä ihan missä tahansa kunnassa kartoituskäynnin jälkeen. (Sama, 127-129.)

Luotettavuutta vähensi kehittämistyöhön osallistuneiden tutkimusjoukon pieneneminen eli kaikki eivät osallistuneet hoitosuunnitelmakoulutukseen ja eivät myöskään vastanneet kysymyksiin, jotka koskivat heidän käsityksiään hoitosuunnitelmasta ja sen laadun merkityksestä hoitotyölle ja asiakkaalle. Useita kyselypyyntöjä laitettiin palvelutiimin jäsenille ja valitettavasti osa jätti niihin vastaamatta. Näin tutkimustulokset hoitosuunnitelman merkityksestä eivät ole niin yleistettäviä ja luotettavia.

Päädyin määrälliseen ja laadulliseen tutkimukseen kehittämistyössäni siksi, että tutkin ihmisiä eri toimintaympäristöissä ja yritin saada selville heidän ajatuksiaan ja käsityksiä eri asioista. Se lisäsi asiaan perehtymisen luotettavuutta. Luotettavuutta karsi se, että usein oli samat hoitajat, jotka tekivät kanssani kartoituskäynnin ja vastasivat kysymyslomakkeeseen. Palvelutiimissä osa teki

enemmän kartoituskäyntejä kuin toiset. Silloin määrällisesti enemmän tehneiden hoitajien mielipiteet näkyivät tuloksissani. Laadullisessa tutkimuksessa valitaan sellainen analyysitapa, joka parhaiten tuo vastauksen tutkimustehtävään. Ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tavallisesti kvalitatiivista analyysia ja päätelmien tekoa. Tutkimus ei ole vielä valmis, kun tulokset ovat analysoitu. Tulokset ovat selitettävä ja tulkittava eli pohditaan analyysin tuloksia ja tehdään omat johtopäätökset. Tuloksista olisi pyrittävä laatimaan synteesejä, jotka kokoavat yhteen pääiseikat ja antavat vastaukset asetettuihin ongelmiin. Johtopäätökset perustuvat laadittuihin synteeseihin. On pohdittava saatujen tulosten merkitystä ja mietittävä laajempaa merkitystä mahdollisesti voisi olla ja vastaavatko nämä tutkimuskysymyksiin. Nämä analysoidaan ja tulkitaan. Tulkinnalla tarkoitetaan sitä, että pohditaan analyysin tuloksia ja tehdään niistä johtopäätökset. On myös pohdittava sitä, mikä on saatujen tulosten merkitys tutkimusalueella. (Hirsjärvi ym. 2003, 21, 209, 211–212.)

6.4 Kehittämistyön tekemiseen liittyvää pohdintaa ja omat oppimiskokemukset

Opin tekemään kehittämistyötä havainnoimalla ja laatimalla kyselylomakkeen. Opin analysoimaan kyselylomakkeelle kirjattuja vastauksia ja niistä saatuja tuloksia. Kehittämistyön myötä kotihoidon palvelutiimin toimintatavassa tehtiin pieni muutos ja sen seurauksena näkyivät vaikutukset hoitotyön laatuun.

Aloittaessani kehittämistyötä koin jonkin verran muutosvastarintaa palvelutiimin hoitajissa. Esi-miehen merkitys ja tuki sekä kannustamisen tärkeys korostuivat kehittämistyön myötä tarvittavien muutosten loppuun saattamisen onnistumisessa.

Kirjallisuudesta sain tietoa muutosvastarinnasta ja sen merkityksestä. Suojautuminen uudelta ja omaan arkeen koskettavana, oli yllättävän tavanomaista muutostyön aikaansaamisessa eri työyhteisöissä. Se nähtiin työntekijän luontaisena puolustusmekanismina. Tuttu arkinen työ tulisi muuttamaan ja tilalle tulisi uusi työtap. Sen käsitteleminen, ymmärtäminen ja uuteen sopeutuminen ja käyttöönotto vaativat aikaa ja avointa keskustelua. Avoin keskusteleva ilmapiiri, koulutus sekä yhdessä tekeminen edesauttoivat muutosvastarinnasta muutosavoimuuteen palvelutiimin keskuudessa.

6.5 Kehittämistyöstä saatu hyöty työyhteisölle

Kehittämistyöni keskittyi asiakkaan hoitosuunnitelman laadintaan kotihoidon palvelutiimin kartoituskäynnillä. Hoitosuunnitelma on lakisääteinen ja turvaa laadukkaan, vaikuttavan ja jatkuvuuteen perustuvan asiakkaan tarpeista luodun hoitosuunnitelman. Kartoituskäynnin ja laaditun hoitosuunnitelman sekä myönteisen palvelupäätöksen jälkeen, hoitosuunnitelma nousee kotihoidon mobiiliin viiveettä. Näin kotihoito saa vaikuttavuutta hoitotyöhönsä ja lisää asiakasturvallisuutta ja taloudellisuutta.

Poikela ja Turpeenniemi (2015, 42) kertoivat hyvinvointiteknologian kokemuksista positiivisina kokemuksina. Sen koettiin tuovan monia rikkauksia hoito-, kuntoutus- ja palveluketjuihin. Tietojärjestelmät lisäävät potilas- ja tietoturvaa, tehostavat hoitoa, nopeuttavat ja helpottavat henkilökunnan työskentelyä sekä lisäävät työturvallisuutta. Tiedonsaanti myös helpottuu ja hyvinvointiteknologia yhdenmukaistaa myös työskentelyä. Sen koettiin myös vahvistavan yhteistyötä asiakkaan, omaisten ja henkilökunnan välillä ja helpottaa hoidon saatavuutta.

Finnish Journal of eHealth and eWelfare -artikkeli kertoo, kuinka sosiaalinen media tulee haastamaan maailman ja hoitotyön. Teknologian avulla tietoa voidaan hyödyntää eri käyttötarkoituksiin. Potilaan ja kansalaisen omahoitoa pyritään vahvistamaan ja tukemaan useilla eri sovelluksilla, joista esimerkkeinä aktiivisuusrannekkeet ja sähköiset mittalaitteet, jotka tuottavat tietoa automaattisesti potilaan kotihoidossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon tieto hyötykäyttöön -strategian 2020 mukaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa syntyviä asiakaskohtaisia tietoja, laatua ja vaikuttavuutta kuvaavia tietoja, kansalaisten itse tuottamia tietoja tulee voida hyödyntää turvallisesti. (Kinnunen, 2015, viitattu 1.10.2016.)

Asiakas saa alustavan hoitosuunnitelman tulostetun version sekä päätöksen kotihoidon palveluiden mahdollisesta aloittamisesta. Asiakas näkee hoitosuunnitelmasta laaditut hoitotyön tavoitteet vielä kirjallisena ja se osaltaan lisää osallisuutta, lisää halukkuutta yhdessä pyrkiä tavoitteisiin. Merkittävää on se, että asiakas saa kotiinsa hoitajan laatiman hoitosuunnitelman, jossa näkyy yhdessä sovitut asiat, tarpeet, tavoitteet ja miten ne toteutetaan. Tämä motivoi asiakasta omalta osaltaan ymmärtämään tavoitteiden merkityksen ja sen oman osuuden niihin pääsemiseksi. Yksi merkittävä lisä iäkkään tiedostamiseen hoitosuunnitelman olemassaolosta on se, että asiakkaan toiveet kuullaan ja kotikäynnillä hoitaja ja iäkäs yhdessä käyvät hoitosuunnitelmaa läpi ja hoitaja

kertoo mitä kirjaa älypuhelimensa iäkkästä. Annetaan sekin aika iäkkäälle ja samalla hänelle tulee tutuksi oma hoitosuunnitelma ja hän tietää mitkä tavoitteet ja millä keinoin niihin päästään.

Turjamaa (2014, 7, 49) toteaa väitöskirjassaan kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen edistämisen vaativan yksilöllisesti suunniteltuja kotihoidon palveluita, joita toteutetaan asiakkaan voimavarojen tukemisen näkökulmasta. Voimavaralähtöisyyden toteuttaminen edellyttääkin iäkkäiden sosiaalisten suhteiden ja mielekkään arjen elementtien huomioimista. Päivittäinen hoito ja huolenpito asiakkaan kodissa vaatii kotihoidon työntekijöiltä asennetta tehdä päivittäinen työ yhdessä asiakkaan kanssa, ei asiakkaan puolesta.

Omaishoidon tuesta on aina laadittava yhdessä hoidettavan kanssa ja omaishoitajan kanssa hoito- ja palvelusuunnitelma, joka liitetään omaishoitosopimukseen. Suunnitelman avulla varmistetaan omaishoidon toteuttaminen siten, että omaishoito yhdessä muiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kanssa turvaa hoidettavan hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden kannalta riittävät palvelut. Omaishoitolain 7 §:n mukaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan on kirjattava vähintään omaishoitajan antama hoidon määrä ja sisältö, muiden asiakkaalle tarpeellisten terveydenhuollon palveluiden määrä, omaishoitajan hoitotehtävää tukevien sosiaalihuollon palvelujen määrä ja sisältö sekä miten hoidettavan hoito järjestetään hoitajan vapaan, terveydenhoitoon liittyvien käyntien tai muun poissaolon aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 2005:3, 35.)

Hoitosuunnitelman alustavan laatimisen onnistuminen kotihoidon palvelutiimissä vaati työyhteisössä kehittämistarpeen perustelemista ja eri näkökulmien esille nostamista, sillä muutokseen sitoudutaan silloin, kun sitä pidetään itselle tärkeänä ja järkevänä. Tätä asiaa jouduin muutamaan kertaan perustelemaan palvelutiimille varsinkin tutkimuksen alkuvaiheessa. Oli tehty pitkään kartoituskäynnin kertomusteksti Pegasokseen ja kirjoitettu pitkä sähköposti tiimiin ja siinä kerrottu asiakkaan tarpeet ja tärkeimmät asiat. Alustavaa hoitosuunnitelmaa ei siis laadittu systemaattisesti ennen tätä. Lievää muutosvastarintaa oli havaittavissa koskien kirjaamista. Avoimuus, toisten tuki ja kannustus sekä hoitosuunnitelma- koulutus auttoivat asian ymmärtämisessä ja hyväksymisessä.

Tutkijat Multanen ym. totesivat työyhteisössä tapahtuviin epäilyihin poistuvan, kun kysymyksiin vastataan ja varmistetaan avoin ilmapiiri, jossa erilaiset näkemykset uskalletaan tuoda esille. Kaikenlaisiin muutoksiin liittyvät epäilyt tulee käsitellä, jotta päästään eteenpäin yhdessä. Onnistunut käsittely edellyttää, että muutosvastarinta tunnistetaan ja sen olemassaolo ymmärretään ja

hyväksytään. Muutoksen onnistumista auttaa, kun eri mielipiteet ja tunteet käsitellään prosessin aikana. Tällöin kehittämisen perusidea säilyy kirkkaana ja muutosavoimuus lisääntyy. Muutokseen lähteminen, sen hyväksyminen ja siihen sitoutuminen pohjautuvat työntekijän omakohtaiseen pohdintaan, kukaan ei voi tehdä sitä toisten puolesta. Asenteet muuttuvat työyhteisössä osallistumisen ja toiminnan kautta. (2005, 43-45.)

Palvelutiimi sai lisäkoulutusta hoitosuunnitelman laadintaan. Koulutus koettiin tärkeäksi asiaksi ja se, että jokainen pääsi laatimaan itse tietokoneelle testiympäristössä olevalle henkilölle hoitosuunnitelmaa, oli merkityksellistä. Tämä tuki hoitosuunnitelman itsenäistä laatimista jatkossa. Tällä tuettiin myös yhtenäisten komponenttien ja kirjaamiskriteerien käyttämistä ja näin tämä lisää luotettavuutta asiakastyössä. Näistä aikaisemmat tutkimustulokset myös kertoivat, joissa todettiin kirjaamisen eduksi yhtenäisten kirjaamistapojen ja –käytäntöjen opetteleminen. Myös kartoituskäynnin jälkeen tehtiin hoitajan kanssa yhdessä hoitosuunnitelma asiakkaan tavoitteiden perusteella. Olin läsnä ja tukena tekemässä hoitosuunnitelmaa asiakkaalle.

Pelkonen toteaa kotihoidosta, että sitä olisi uusittava, vahvistettava ja asiakkaiden kuntoutusta lisättävä kaikissa paikoissa ja kaikille suunnatuissa palveluissa. Mitä paremmin kotihoito toimii ja mitä tehokkaampaa on yksilöllinen kuntoutus, sitä kauemmin iäkkäät säilyttävät henkisen ja fyysisen toimintakyvyn ja sitä kautta ympärivuorokautisen hoivan tarve vähenee. (Pelkonen 2015, 202.)

Kehittämistyön tuloksissa hoitajat korostivat kuntoutuskomponenttien lisäämistä hoitosuunnitelmaan jatkossa. Kirjattaisiin asiakkaasta jäljellä oleva voimavara kuntoutumisen suhteen ja mitä asiakas itse voi tehdä tavoitteeseen pääsyssä tai mitä on valmis tekemään tavoitteeseen pääsyssä. Tämä edistää kotikuntoutusta.

Jotta pienikin muutos työyhteisössä onnistuu, vaatii se myös esimiehen läsnäoloa ja vankkumattonta tukea työyhteisön muutoksessa. Näin tapahtui myös palvelutiimin keskuudessa osastonhoitajan tukemana. Hän kuunteli ja keskusteli muutoksesta työntekijöiden kanssa ja vahvisti muutoksen mahdollisuutta omalla kannallaan.

Eija Jumisko ym. (2013) pohtivat integroinnin ja yhteistyön haasteita hoitotyössä, koska asiakkaalla voi olla monta suunnitelmaa ja monen asiantuntijan laatimaa eri suunnitelmaa. Olisi yksi suunnitelma, mikä nimeksi ja kuka tekee ja miten tieto siitä kulkee. Mitä ymmärretään hoito- ja

palvelusuunnitelmalla ja onko se työväline asiakkaan parhaan mahdollisen hyvinvoinnin turvaamiseksi vai pelkkä maksupäätöksen peruste, hallinnon käyttöön? He pohtivat myös miten hoitosuunnitelmaa pitäisi kehittää? Miten varmistetaan, että asiakkaan palvelutarpeet ja niihin vastaaminen näkyy hoitosuunnitelmassa? Miten varmistetaan, että asiakas tuntee hoitosuunnitelman? Miten varmistetaan, että hoito, hoiva ja palvelu tapahtuvat kirjallisen hoitosuunnitelman mukaan?

Tämä kaikki vaatii hyvää lähiesimiestoimintaa, avointa keskustelua, moniammatillista yhteistyötä asiakkaan hyväksi kartoituskäynnillä. Jatkovaa koulutusta ja yhteisiä palaverieita kotihoidon eri tiimien ja palvelutiimin hoitajien kesken. Merkittävää on se, että asiakas saa kotiinsa hoitajan laatiman hoitosuunnitelman, jossa näkyy yhdessä sovitut asiat, tarpeet, tavoitteet ja miten ne toteutetaan. Tämä motivoi asiakasta omalta osaltaan ymmärtämään tavoitteiden merkityksen ja sen oman osuuden niihin pääsemiseksi. Yksi merkittävä lisä iäkkään tiedostamiseen hoitosuunnitelman olemassaolosta on se, että asiakkaan toiveet kuullaan ja kotikäynnillä hoitaja ja iäkäs yhdessä käyvät hoitosuunnitelmaa läpi ja hoitaja kertoo mitä kirjaa älypuhelimensa iäkkäältä. Annetaan sekin aika iäkkäälle ja samalla hänelle tulee tutuksi oma hoitosuunnitelma ja hän tietää mitkä tavoitteet ja millä keinoin niihin päästään.

Jäppinen (2012, 17-18, 34-36, 42) toteaaakin kirjassaan jaetusta johtajuudesta työyhteisössä, jolla on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia työyhteisön kehittymiseen. Jaettu johtajuus on yhteisöllisyyden ytimen keskeinen rakenneosana. Hän korostaa johtajuuden jakamisen vastuullista, pitkäaikaista ja vaativaa prosessia moninaisuuden harmoniana, yhteisöllisyytenä, joka perustuu matkalla oloon ja yhdessä oppimiseen. Työyhteisön sitoutumista edellyttävä asia ovat yhteiset pelisäännöt ja niistä kiinni pitäminen. Vastuunoton pitäisi ulottua kauemmas, kun vain vastuuseen omista työtehtävistä ja senhetkisistä kiinnostuksen kohteista työyhteisössä. Jaetussa johtajuudessa olisi tärkeää korostaa vastuunoton tärkeyttä onnistunutta yhteisöllisyyttä kohti kuljettaessa. Oman toiminnan arviointia olisi hyvä pohtia työyhteisössä eli kertoa siitä, miten minun nykyinen toiminta suhteutuu omaan aiempaan toimintaan, että työyhteisön kokonaistoimintaan. Tämä nähdään myönteisenä oman työn kriittisenä reflektointina yhteisölliseen kasvuun ja yhdessä määriteltynä ja sovitun suuntaan.

Myös monia muita työntekijöitä terveyskeskuksessa alustava hoitosuunnitelma palvelee, koska hoitosuunnitelma- koulutuksessa sovittiin, että hoitajat kirjaavat tulolehdelle hoitosuunnitelman tehdyksi ja jos/kun asiakas menee asioimaan terveyskeskuksen poliklinikalle, näkyy hänen hoito-

suunnitelmansa myös siellä. Silloin hoitaja tietää mitä asioita kartoituskäynnillä on sovittu asiakkaan ja mahdollisten omaisten kanssa.

Alustava hoitosuunnitelma palvelee tulostettuna paperiversiona myös siinä vaiheessa, kun asiakas saa palvelusetelin ja ostaa palvelut yksityiseltä palveluntuottajalta. Alustavassa hoitosuunnitelmassa näkyy asiakkaan tarpeet ja keinot, jotka yhdessä sovittu. Siitä on helppo palveluntuottajan jatkaa työtään.

Silvennoinen-Nuora toteaa tutkimuksessaan (2010, 3) että terveydenhuollon palvelujärjestelmä on sirpaloitumassa, resurssit niukkenemassa ja tehokkuus- ja tuottavuusvaatimukset kasvamassa, on alettu puhua toiminnan ja palveluiden vaikuttavuudesta. Terveydenhuollon palveluilla tulisi saada aikaan myönteistä vaikuttavuutta palvelujen käyttäjille. Väitöskirjassa nousi myös terveydenhuollon resurssipula, joka vaikeutti vaikuttavuuden syntyä hoitoketjutasolla. Vaikuttavuus voitiin saavuttaa riittävällä ja osaavalla henkilökunnalla, palvelujen riittävyydellä, kohdennettavuudella sekä kustannusvaikuttavuudella. Tavoitteet laadittaisiin yksittäisiin toimenpiteisiin, että hoitoketjun kriittisiin menestystekijöihin ja arviointimittaristo tulisi perustua kuntayhtymän strategiaan tavoitteisiin ja potilaan toiveisiin.

Jutila (2013, 6-54) mainitsee eettisistä arvoista kirjassaan. Tasavertainen vuorovaikutussuhde hoitajan ja iäkkään välillä nähdään tärkeänä osana hoidon asiakaslähtöisyydelle. Sillä tuetaan mahdollisuuksia ottaa vastuuta ja lisätä osallisuutta ikääntyneen hoidossa. Myös iäkkään läheiset tarvitsevat oikea-aikaista ja riittävää tietoa, rohkaisua ja tukea. Osallisuuden kokeminen tarkoittaa itsemääräämisoikeuden liittämistä hoitotyöhön. Ikääntyneelle annetaan mahdollisuus osallistua hoitosuunnitelman tavoitteiden asettamiseen, toteutukseen ja arviointiin. Erityisen tärkeää on huomioida tilanteet, joissa ikääntyneen toimintakyky on laskenut tai hänen kykynsä ilmaista toiveitaan ja mielipiteitään ovat heikentyneet. Tästä esimerkkinä muistisairaat, joiden määrä on noussut huomattavasti yhteiskunnassamme, ja silloin omaisen tuki on erityisen korostunut kartoituskäynnin sekä kotihoidon asiakkuuden aikana.

Tulevaisuuden kotihoito ja kotona asumista tukevien palvelujen sisältöä olisi kehitettävä palvelutarpeen arvioinnin ja hyvinvoinnin edistämisen suhteen. Kotihoidon sisällön ja työprosessien kehittäminen nähdään tärkeäksi teemaksi. Palveluketjuihin panostaminen ja sisältöosaamisen ja johtamisen kehittäminen olisi myös tärkeää tulevaisuuden haasteena. Muistisairaiden palvelujen kehittäminen sekä kotisaattohoito tulevat jatkossa saamaan suuren osan kotihoidon kehittämis-

toiminnasta. Koko kotihoidon kehittämistyötä kannattelivat arvon tuottaminen asiakkaalle, asiakkaan osallisuus sekä kuntoutuksen merkityksen painottuminen. (Hyvinkään kaupunki 2015, 8, viitattu 30.9.2016.)

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOKEHITTÄMISHAASTEET

Olen käynyt kertomassa omasta kehittämistyöstäni osastonhoitajien palaverissa, ja monissa Meri-Lapin kunnissa ei tehdä kartoituskäynnin jälkeen hoitosuunnitelmaa ollenkaan. Kehittämistyöni aihe herätti kiinnostusta kuulijoissa. Kehittämistyöni aikana havaitut tulokset osoittavat sen, kuinka tärkeästä asiasta on kysymys ja jolla on suuri merkitys asiakaslähtöisessä hoitotyössä. Riittävä ymmärrys esimiestaholta, kirjaamisen tärkeyden ymmärtäminen sekä koulutus nousivat tärkeimmiksi asioiksi kehittämistyössäni. Ymmärrettiin, että aikaa hoitosuunnitelman tekemiseen tarvitaan ja koulutus tukee sitä. Ajallisesti itse kartoituskäynnit olivat kestoltaan noin tunnin mittaisia ja kyse olikin pitkälti asioiden uudelleenorganisoinnista. Siinä kaikkien hoitajien osallistaminen, kuuleminen ja tukeminen esimiehen taholta nähtiin tärkeäksi. Jätettiin sähköpostiviestit lyhyemmäksi ja kirjoitettiin alustavaa hoitosuunnitelmaa tietokoneelle. Tarkoitus oli nostaa asiakaskäynnillä olleet tärkeimmät ja ajankohtaisimmat tarpeet esiin, mistä kotihoito voi sitten jatkaa.

Kysyttäessä palvelutiimiltä syytä, miksi hoitosuunnitelmaa ei oltu tehty aiemmin, he kertoivat, ettei palvelutiimissä ole selkeästi asiaan aiemmin perehdytty, koulutettu sekä ohjeistettu eikä myöskään hoitosuunnitelman teko työkuluttuuria ole ollut. (Kysymyslomakkeen kysymys 14.) Palvelutiimi oli olettanut, että kotihoito laatii asiakkaalle hoitosuunnitelman myöhemmin. Myös oletettiin kirjaamisen vievän liikaa aikaa. Puhuminen ja perustelu hoitosuunnitelman tarpeesta edes auttoi sitä, että niitä alettiin laatia palvelutiimin toimesta. Kehittämistyölläni oli vaikutus siihen, että asiasta alettiin puhua ja henkilöstöä kouluttaa tämän hoitosuunnitelmien laadintaan.

Kehittämistyön tuloksena hoitohenkilökunta, asiakas ja omaiset näkevät hoitosuunnitelmasta mitä asioita on keskusteltu ja missä asioissa asiakas tarvitsee apua. Erityisen tärkeää se on silloin, kun palvelupäätöksestä tulee kielteinen päätös. Kun asiakkaan kriteerit kotihoitoon eivät täyty ja toimintakykyä on vielä jäljellä, hoitosuunnitelma tukee silloin kielteistä päätöstä. Alussa osa palvelutiimistä koki myös sen, että hoitosuunnitelma on niin vaikea tehdä tietokoneelle. Nyt, kun sen on oppinut, koetaan, että sen avulla helpotetaan työtä. Samoin potilasturvallisuus ja jatkuvuus ovat tulleet selkeästi esille. Myös aikaisemmin laaditut hoitosuunnitelmat on aina saatavilla, joka tukee hoidon jatkuvuutta.

Palvelutiimi koki esimiehen roolin korostuvan työyhteisön muutoksessa. Esimies pyrkii kuuntelemaan työyhteisön mielipidettä ja tukee muutoksen onnistumista uskomalla itse muutoksen aiheut-

tamaan parannukseen. Esimies ohjaa tiimiä tekemään asioita halutun muutoksen mukaisesti, vastustuksesta ja eriävistä mielipiteistä huolimatta. Esimiehen tulee perustella muutoksen tärkeyttä. Esimiehen tulee kirjata ylös mahdollisia parannusehdotuksia käytännön tekemiseen ja korostaa onnistumisia tapahtuneesta muutoksesta johtuen. Tärkeä antaa myös tunnustusta tiimille hyvin tehdystä työstä.

Jatkokehittämishaasteina näkisin hoitosuunnitelmakoulutusten jatkamisen, jota voitaisiin kehittää alustavan hoitosuunnitelman rajaamiseen. Hoitosuunnitelmaa voisi kehittää myös sisältämään valmiit tarvekomponentit kuntoutuksen osalta. Hoitosuunnitelma koulutusta tulisi tarjota niin usein, että myös uudet työntekijät ja kesätyöntekijät tulisi huomioitua.

Kehittämistyöni aikana huomioin RAI Screener sisältävän hoitosuunnitelma-korin. Jatkotoimenpiteenä voisi selvittää sen mahdollista käyttöä alustavan hoitosuunnitelman pohjana. Tulisi selvittää ominaisuuden kustannuksia ja saataisiinko siitä hyötyjä esimerkiksi säästyvänä työaikana.

Alustavan hoitosuunnitelman merkityksen ymmärtäminen osana asiakkaan hoitoprosessia heti kartoituskäynnin jälkeen, tulisi huomioida myös muissa ympäristökunnissa. Asiakaslähtöisyys, vaikutus ja vaikuttavuus sekä älypuhelimien yhteiskäyttö kotihoidossa, ovat tärkeitä kriteereitä laajentaa tätä muutostyötä myös muihin kuntiin. Varsinkin SOTE:n myötä asiakaskeskeisyys korostuu ja tämä on hyvä vastaus siihen.

LÄHTEET

Drennan, V. & Goodman, C. 2004. Nurseled case management for older people with long-term conditions. Professional issues. University College London, Kings College London, North Central London Research Consortium and Camden PTC.

Finne-Soveri, H., Kuusterä, K., Tamminen, A., Heimonen, S., Lehtonen, O. & Noro, A. 2015. Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi. Raportti 17. Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Groop, J. 2014. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään. Ikääntyneen väestön palvelut: Käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus. Elderly people's services: Use, costs, effectiveness and financing (else) -projektin julkaisu nro 1. Helsinki.

Haatainen, K. 2015. Kirjaaminen ja potilasturvallisuus. Haava 18 (3), 11.

Hallberg, I. & Kristensson, J. 2004. Preventive home care of frail older people: A review of recent case management studies. Lund University. The Swedish Institute for Health Sciences.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

Hartikainen, T. 2008. Sairaanhoidtajien kokemuksia sähköisen potilaskertomusjärjestelmän tuomista muutoksista työtoimintaan. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden ja -talouden laitos. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto.

Henkilörekisterilaki 471/1987.

Hennala, L. 2011. Kuulla vai kuunnella - käyttäjää osallistavan palveluinnovoinnin lähestymistavan toteuttamisen haasteita julkisella sektorilla. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Digipaino.

Hennala, L. 2014. Radikaaleja innovaatioita vai pieniä tekoja - ikäihmisten ääni kotihoidon palvelujen uudistamisessa. Gerontologia-lehti 2. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Lahti School of Innovation. 28.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Honkanen, H. 2006. Muutoksen agentit. Muutoksen ohjaaminen ja johtaminen. Edita Prima Oy: Helsinki.

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidaja-liitto. Gummerus: Jyväskylä.

Huotari, P. 2009. Strateginen osaamisen johtaminen kuntien sosiaali- ja terveystoimessa - neljän kunnan sosiaali- ja terveystoimen esimiesten käsityksiä strategisesta osaamisen johtamisesta. Tampere.

Hyvinkään kaupunki. 2015. Etelä-Suomen ikäihmisten palvelujen kehittämisohjelma Kotona kokonainen elämä 2013-2015. Helsinki. Viitattu 30.9.2016,
https://www.innokyla.fi/documents/306104/0/Loppuraportti_valmis.pdf/bc564b63-b5a2-4502-b985-4e7f3d66dbc5.

Härkönen, M. 2008. Hoitotyön ydintiedot sähköisessä potilastietojärjestelmässä - kehittämisprojekti Kainuussa vuosina 2006-2007. Loppuraportti. Kainuun maakunta - kuntayhtymä. 2008 D:13.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2013. Hoida ja kirjaa. Sanoma Pro. 7.-8. Painos. Helsinki.

Ikonen, E.-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Edita. Helsinki.

Ikääntymispoliittisen strategian työryhmä. 2014. Tornio-ikäihmisille hyvä paikka elää, asua ja osallistua. Viitattu 12.09.2016,
https://www.tornio.fi/filewrap.php?c=&f=ikaantymispoliittinen_strategia.pdf.

Jokinen, A. 2005. Muutosvastarinta uuden tietojärjestelmän käyttöönoton yhteydessä. Tampereen Yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Tietojenkäsittelyoppi. Pro gradu -tutkielma.

Jumisko, E., Rätty, R. & Ylitalo, J. 2013. "Mikä työssämme on tärkeää?". Toimijoiden ja asiakkaiden näkemyksiä kotihoidon nykytilasta ja kehittämistarpeista lin ja Simon palvelualueilla osana Oulunkaaren kuntayhtymää. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Hyve-hanke.

Jutila, T. 2013. Vanhuslähtöisyydestä asiakaslähtöisyyteen. Sisällönanalyysi gerontologisen hoitotyön oppikirjoista. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto.

Jäppinen, A.-K. 2012. Onnistu yhdessä! Työyhteisön kehittämisen 10 avainta. PS-kustannus. Bookwell Oy. Juva.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2012. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kinnunen, J. 2015. Suoriteperusteisen kannustepalkkiojärjestelmän edellytykset tiimitasolla. Aalto-yliopisto.

Kinnunen, U.-M. 2015. Adaption, implementation and outcomes for meaningful use. Terveiset Clinical Care Classification (CCC) käyttäjätapamisesta, Nashvillistä 3.-4.12.2015. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. Viitattu 1.10.2016, <http://ojs.tsv.fi/index.php/stty/article/viewFile/55990/18492>.

Kinnunen, U.-M. 2015. Kirjaamisen merkitys potilaan hoidossa ja potilasturvallisuudessa. Haava 18 (3), 6.

Kivelä, S.-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Suomen Senioriliike ry.

Komulainen, J., Vuokko, R. & Mäkelä, M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011. Juvenes Print- Tampereen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Konsensuslausuma. 2012. Kohti parempaa vanhuutta 8.2.2012. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Suomen Akatemia. Viitattu 1.9.2016, <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2016/02/konsensuslausuma20122.pdf>.

- Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Laitinen, H. 1998. Havainnointitutkimuksen perinteiset koulukunnat. Kuopion yliopiston julkaisuja. E. Yhteiskuntatieteet. 56. Sosiaalitieteiden laitos. Kuopion Yliopisto. Kuopio.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 559/1994.
- Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 9.6.1989/556.
- Liljamo, P., Kinnunen, U.-M. & Ensio, A. 2012. FinCC- luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Kirjoittaja ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Low, L.-F, Yap, M. & Brodaty, H. 2011. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. BMC Health Services Research 11:93..HTuL 1.0
- Multanen, L., Bredenberg, K., Koskensalmi, S., Lauttio, L.-M. & Pahkin, K. 2005. Parempi työyhteisö - avaimia kehittämiseen. Työterveyslaitos. Otamedia: Helsinki.
- Mäkinen, O. 2005. Tieteellisen kirjoittamisen ABC. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.
- Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Yhteenvetoraportti. Työsuojelurahasto. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 39. Itä- Suomen yliopisto Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Kuopio.
- Pelkonen, R. 2015. Yksitoista teesiä ikääntymisestä. Gerontologia-lehti 3. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry, 202.

Poikela, P. & Turpeenniemi, S. 2015. Etäisyys ei ole este terveydelle. Hyvinvointitekniologia helpottaa. Lapin ammattikorkeakoulu- julkaisu. Sarja B. Raportit ja julkaisut 1/2015.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelmaopas. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen Kuntaliitto. Stakes. Helsinki.

Rousu, T. 2015. Kotihoidossa otetaan käyttöön sähköinen kirjaaminen eli kotihoidon mobiili. Tornion Kaupunki. Sisäinen tiedote.

Sairaanhoitajaliiton raportti 10/2015. Sairaanhoitajaliiton sähköisten terveyspalvelujen strategia vuosille 2015-2020.

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Tampere.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjäille. Oppaita 2005:30.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Kustantaja: Sosiaali- ja terveysministeriö. Juvenes Print. Suomen Yliopistopaino Oy. Tampere.

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Intergration and Quality of Home care. Väitöskirja. Terveyshallinnon ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Toikka, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampereen Yliopisto- paino: Tampere.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Hansaprint Oy. Vantaa.
Tuomi, V. 2012. Quality Management in Puplic Sector. Oulun Yliopisto.

Turjamaa, R. 2014. Older people's individual resources and reality in home care. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta / Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences., no 255.

Uuttu, P. 2014. Terveystieteiden Atk-päivät Jyväskylä 20.-21.5.2014. Kotihoidon mobiiliin hyödynnettävyys. Viitattu 12.9.2016, <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/atk-paivat/2014/2014-05-21/Documents/2014-05-21-06-01-uuttu.pdf>.

Vanhala, S., Tilev, K. & Lindström, S. 2012. Ristivetoa vai yhtä köyttä? Aalto-yliopisto.

Viitala, R. 2002. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. ACTA WASAENSIA. No 109. Liiketaloustiede. Johtaminen ja organisaatiot. 44. Universitas Wasaensis. Vaasa.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Kustannusosakeyhtiö Tammi: Helsinki.

Virkkunen, H., Mäkelä-Bengs, P., Vuokko, R. 2015. Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. Versio 2015. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Juvenes Print. Suomen Yliopistopaino Oy. Helsinki.

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykyarvioinnin käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Raportteja 7/2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. 2004. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Oppaita 49. Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy.

Vähäkangas, P. 2010. Screener Oulu palvelutarpeen arvioinnissa ja muut käyttöalueet: keskeiset tulokset. TtT, sosiaali- ja terveysjohtaja, erityisasiantuntija. Pietarsaaren alueen sote. THL. GeroFuture. Viitattu 12.9.2016, http://www.raisoft.com/pdf/CASE_Pietarsaari_Pia_V_Raisoft_inspiraatio_15-huhti-2015.pdf.

Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Kasvatustieteiden laitos. Erityispedagogiikan yksikkö.

Havainnointilomake

Pvm: Palv. tiimin jäs. nimi: _____

Asiakkaan henk. tunnus:

Kotikäynti alkoi: loppui:

Mitä ennakkovalmisteluja: _____

Mitä lomakkeita: MMSE Raiscreener Rai

Cerald Joku Muu Mikä:

Kerro kotikäynti: _____

Häiriötekijöitä _____

Muuta: _____

Mitä kirjattiin toimistolla: Pahosu Kartoituskäynti Rai

Raiscreener MMSE Muu:

Mitä mieltä hoitosuunnitelmasta: _____



KYSELYLOMAKE TORNION KOTIHOIDON PALVELUTIIMIN
KARTOITUSKÄYNNIN TEKIJÄLLE 2016.

Kyselylomakkeen saatekirje

Olen Anne Pennanen ja opiskelen ylemmässä ammattikorkeakoulussa Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Teen kehittämistyötäni Tornion kotihoidon palvelutiimille.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitajien käsityksiä hoitosuunnitelmasta ja kehittää toimintamalleja, jolla mobiilia saisi hyödynnettyä paremmin kotihoidossa. Tarkoituksena on laatia kartoituskäynnin jälkeen asiakkaalle ja kotihoidolle alustava hoitosuunnitelma, joka nousee kotihoidon mobiiliin.

Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti. Tutkimuksen tuloksista sinua ei voida tunnistaa vastaajaksi. Tutkimuksessa hyödynnettävä kyselyaineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Kyselyn vastaamiseen menee noin 15 minuuttia. Vastauksesi antaa arvokasta tietoa kotihoidon palvelutiimin käsityksistä hoitosuunnitelmaa kohtaan. Tutkimukseni on tarkoitus valmistua keväällä 2017.

Ystävällisin terveisin
Opiskelija Anne Pennanen

Tutkimuksen ohjaajina toimivat yliopettaja TtT Pirkko Sandelin ja yliopettaja TtT Kaisa Koivisto

Ympyröi mielipidettäsi vastaavan vaihtoehdon numero tai kirjoita vastaus sille varatulle riville.

1. Päivämäärä, jolloin kartoituskäynti tehtiin

_____ 2016.

2. Minkä ikäinen asiakas kartoituskäynnillä oli?

_____ vuotta.

3. Onko asiakas

- mies
- nainen

4. Koulutuksesi:

- 1. Lähihoitaja/ Perushoitaja
- 2. Sosiaalihuollon opistoasteen tai amk-tutkinto
- 3. Terveystieteiden opistoasteen tai amk-tutkinto
- 4. Ylempi amk-tutkinto, sosiaaliala
- 5. Ylempi amk-tutkinto, terveysala
- 6. Sosiaalityön maisteritutkinto
- 7. Terveystieteen maisteritutkinto
- 8. Muu, mikä _____

5. Kuinka kauan olet työskennellyt sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävissä?

5. Kuinka kauan olet tehnyt Tornion kotihoidon palvelutiimin kartoituskäyntejä?

7. Miksi asiakas/ omainen / joku muu, otti yhteyttä palvelutiimiin kartoituskäyntiä varten?

- 1. Kotona selviytymisen tukeminen
- 2. Omaishoito
- 3. Ei yövalvottu palveluasuminen
- 4. Ympäri vuorokautinen palveluasuminen
- 5. Laitoshoito
- 6. Muu, mikä? _____

3. Missä kartoituskäynnin arviointi tapahtui?

- 1. Asiakkaan kotona
- 2. Asumispalveluyksikössä
- 3. Laitoksessa / sairaalassa/terveyskeskuksessa
- 4. Muualla, missä? _____

3. Arvioi, miten seuraavat asiat toteutuivat kartoituskäynnin aikana.

	1 Huonosti	2	3	4	5 Hyvin	En osaa sanoa
Asiakslähtöisyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Voimavaralähtöisyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oikea-aikaisuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toimintakyvyn eri ulottuvuuksien huomioon ottaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palvelutarpeen kokonaisarvio (yhteenveto, toimintakyvystä, elämäntilanteesta, olosuhteista)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Johtiko kartoituskäynti hoitosuunnitelman (tarve, tavoite ja toteutus) laatimiseen?

- Kyllä
- EI
- Hoitosuunnitelman laatiminen tapahtuu myöhemmin

11. Jos vastasit EI, miksi kartoituskäynti ei johtanut hoitosuunnitelman laatimiseen?

12. Jos laadit asiakkaalle hoitosuunnitelman turvaako se seuraavat asiat?

	1 Huonosti	2	3	4	5 Hyvin	En osaa sanoa
Tuen ja palvelun oikea-aikaisuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuen ja palvelun riittävyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuntoutumisen edistäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Itsenäisen selviytymisen edistäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raskaamman palvelutarpeen ennaltaehkäisy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turvallisuuden tunteen lisääminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arvokas elämä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytettävissä olevan palvelun tarjonnan riittävyys suhteutettuna palveluntarpeeseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Arvioi käytettävissä olevan ajan ja oman osaamisesi riittävyyttä kartoituskäynnillä ja hoitosuunnitelman laatimisessa.

	1 Riittämätön	2	3	4	5 Riittävä	En osaa sanoa
Aika kartoituskäynnille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aika hoitosuunnitelman laatimiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aika tarvittavan asiantuntemuksen kokoamiseen riittävää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerontologinen osaaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osaaminen toimintakyvyn monipuolisessa arvioinnissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osaaminen asiakkaan kokonaistilanteen arvioinnissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikälain osaaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muun lainsäädännön osaaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nykyisen palvelutarjonnan tuntemus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moniammatillisen työtavan osaaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Miksi et ole aiemmin laatinut kartoituskäynnin jälkeen hoitosuunnitelmaa ja mikä sai sinut niitä nyt laatimaan?

Kiitos vastauksestasi!