

Kirsi Nevalainen

Kehitysvammatyön mittaaminen RAFAELA™ - järjestelmän avulla

Ryhmäkodin arkiset käytännöt luokittelun kohteena

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sosionomi (AMK)

Sosiaalialan koulutusohjelma

Opinnäytetyö

28.1.2013

Tekijä Otsikko Sivumäärä Aika	Kirsi Nevalainen Kehitysvammatyön mittaaminen RAFAELA™ -järjestelmän avulla. Ryhmäkodin arkiset käytännöt luokittelun kohteena 45 sivua + 1 liite Kevät 2013
Tutkinto	Sosionomi (AMK)
Koulutusohjelma	Sosiaalialan koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sosiaaliala
Ohjaajat	Yliopettaja Jyrki Konkka Lehtori Riikka Tiitta
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää henkilökunnan näkemyksiä RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmästä Helsingin kaupungin sosiaaliviraston kehitysvammaisten autetun asumisen ryhmäkodeissa. Tavoitteena oli kerätä tietoa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön liittyvistä ongelmakohtista, luotettavuuteen vaikuttavista tekijöistä ja soveltuvuudesta kehitysvammatyössä. Autetun asumisen ryhmäkodeissa on vuoden 2012 alussa otettu käyttöön RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Hoitoisuusluokituksen tarkoitus on ensisijaisesti kyetä luokituksesta saadun tiedon perusteella suunnitella ja kohdentaa henkilöstötarve oikeaan paikkaan asiakkaiden tarpeiden mukaan.</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmänä olivat 14 ryhmäkodin työntekijät. Opinnäytetyön työelämän yhteistyökumppani FCG Tietojohdaminen Oy toteutti validointikyselyn Webropol-kyselytyökalulla loka-marraskuussa 2012. Kyselyyn osallistui 80 henkilöä. Opinnäytetyön aineiston muodostivat kyselykaavakkeen avoimet vastaukset, jotka yhdessä avoimen kysymyksen kanssa analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä.</p> <p>FCG Tietojohdaminen Oy:n SPSS-ohjelmalla suorittama kyselyvastausten kvantitatiivinen analyysi osoitti, että keskimäärin 70 % vastaajista arvioi kehitysvammatyöhön kehitetyn kehitysvammatyön luokitusmittarin kuuden osa-alueen ja niiden vaativuuksien A-D mittaavan hyvin tai erittäin hyvin kehitysvammatyötä. Opinnäytetyön avointen vastausten kvalitatiivisen sisällönanalyysin perusteella ongelmakohtaksi nousi se, ettei luokittelussa oteta huomioon ryhmäkodeissa tehtävää ”näkyvätöntä” työtä. Mittari mittaa vain suoraan tai välillisesti asiakkaaseen kohdistuvaa yksilöllistä kehitysvammatyötä ja ulkopuolelle jää välillinen työ kuten asiakkaan puolesta asiointi, ryhmässä toimiminen ja yhteisöllisesti merkityksellinen työ.</p> <p>Vastaajat näkivät kehitysvammatyön kokonaisvaltaisena. Luokitusmittarin osa-alueissa käytetyt käsitteet vaativat yksikkökohtaista aukipurkamista. Koska mittari on kehitetty hoidollisen työn lähtökohdista, kehitysvammatyön luokitusmittarissa käytettävällä kielellä ja terminologialla tulisi olla vastine kehitysvammatyön arjessa, jotta arjen todellisuus tulisi esiin.</p>	
Avainsanat	RAFAELA-järjestelmä, kehitysvammatyö

Author Title Number of Pages Date	Kirsi Nevalainen Working with People with Disabilities Evaluated by RAFAELA™-Classification System. Classification Focusing on Ordinary Tasks in Group Homes 45 pages + 1 appendice Spring 2013
Degree	Bachelor of Social Services
Degree Programme	Social Services
Specialisation option	Social Services
Instructors	Jyrki Konkka, Principal Lecturer Riikka Tiitta, Senior Lecturer
<p>The purpose of this Bachelor's thesis was to study the views of the personnel working in group homes for people with intellectual and developmental disabilities in the city of Helsinki. The focus was on their views and the use of RAFAELA™-patient classification system. The purpose was to collect information of possible problems related to the use of this system, of different factors that affected the reliability and applicability. RAFAELA™-patient classification system was brought into use in group homes in the city of Helsinki in the beginning of 2012. The prime purpose in using the classification system was to utilize the evidence in planning human resources to meet the needs of the clients.</p> <p>The target group included the personnel working in customized housing service group homes. The material was collected by Webropol-question tool by FCG Tietojohdaminen Oy in September – November 2012. The questionnaire was answered by 80 persons. The data of this Bachelor's thesis constituted open answers of the questionnaire and one open question. Both were analyzed by content analysis.</p> <p>The quantitative analysis showed that 70 % of the personnel experienced that RAFAELA™-classification system in the work with people with intellectual and developmental disabilities measured well or very well the needs of the disabled people and the methods to satisfy these needs. The qualitative analyses showed that the problem in this work was the "invisible" work. Because the classification system measured individual, direct work or the work focusing on the client, the indirect work for example cooperation in groups and other significant issues important to the welfare of the community were outside of this study.</p> <p>A conclusion is that the personnel experienced their work holistically. To get familiar with the concepts used in the classification system and to reach a consensus, it is necessary to break down the rules of the classification. The classification system terminology should arise from the reality of the work with people with disabilities.</p>	
Keywords	RAFAELA patient classification, intellectual and developmental disability

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Kehitysvamma palveluiden muutos eristämisen aikakaudelta kohti inklusiota	2
3	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet	3
3.1	Kehitysvammaisuus	3
3.2	Kehitysvammaisten asuminen	4
3.3	Ryhmäkoti toimintaympäristönä ja asumismuotona	5
4	Aikaisempi tutkimus, keskustelu ja kehittämistyö kehitysvammahuollon tehtävistä	5
4.1	Yksilöllisyyden esiinnousu kehitysvamma palvelujen suunnittelussa	5
4.2	Laadun varmistaminen kehitysvammahuollossa	8
4.3	Hoiva-käsitteen merkityksistä sosiaali- ja terveysalalla	10
5	RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän teoreettiset lähtökohdat	11
5.1	RAFAELA™-järjestelmän käsitteet hoitoisuus, hoitoisuusluokitus ja hoitoisuusluokitusjärjestelmä	11
5.1.1	OPC-mittari	12
5.1.2	Hoitajavoimavarojen mittaus	12
5.1.3	PAONCIL-mittaus	12
5.2	RAFAELA™-järjestelmän luotettavuus	13
5.3	Rinnakkaisluokittelu luokittelijoiden yksimielisyyden testaamisessa	14
5.4	RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä kehitysvammatyössä	15
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys	18
7	Aineisto ja menetelmät	19
7.1	Tutkimuksen toteuttaminen	19
7.2	Aineiston analyysimenetelmän valinta	20
7.3	Sisällönanalyysi tutkimusmenetelmänä	22
8	RAFAELA™-kehitysvammatyön luokitusmittarin validointikyselyn tarkastelu	25
8.1	Kvantitatiivisen analyysin tulokset	25
8.2	Kvalitatiivisen analyysin tulokset	26
8.2.1	”Näkymättömän” työn näkyväksi tekeminen kehitysvammatyössä	27
8.2.2	”Sosiaalisen puoli” kehitysvammatyössä	30
8.2.3	Ammatillinen itsereflektio, asiakaslähtöisyys ja työn kehittäminen	33
9	Johtopäätökset ja pohdinta	37

Liitteet

Liite 1. Kehitysvammatyön luokitusmittarin validointikyselyn kysymykset

1 Johdanto

Opinnäytetyö liittyy FCG Tietojohtaminen Oy:n RAFAELA™ -järjestelmän kehittämishankkeeseen. Helsingin kaupungin vammaistyön ja FCG Tietojohtaminen Oy:n vuonna 2006 alkaneen yhteistyöhankkeen tuloksena on kehitetty RAFAELA™ -järjestelmään kuuluva kehitysvammaistyön luokitus. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää henkilökunnan näkemyksiä RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmästä Helsingin Kaupungin sosiaaliviraston kehitysvammaisten autetun asumisen ryhmäkodeissa. Kiinnostus hanketta kohtaan syntyi työskennellessäni ohjaajana yhdessä kehitysvammaisten ryhmäkodissa.

Alun perin RAFAELA™ -järjestelmä on kehitetty sairaaloiden ja terveyskeskusten eri osastoilla käytettäväksi hoitotyön apuvälineenä. Hoitoisuusluokitusten käytön tavoitteena on ollut tehdä hoitajien työtä mitattavaksi ja näkyväksi. Kehitysvammaistyötä voi luonnehtia uusintamisen käsitteellä. Tästä syystä työn näkyväksi tekeminen kehitysvamma-alalla on ajankohtainen haaste.

Kehitysvammaistyössä hoitoisuusluokituksen käyttöönotto on uusi asia. Helsingin kaupungin ryhmäkodeissa RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmä otettiin käyttöön vuoden 2012 alussa. Käsitteen hoiva mukaisesti asumispalvelutyössä kyse on kokonaisvaltaisesta huolenpidosta joka on jokapäiväistä ja tarve siihen on jatkuvaa. Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön liittyvistä mahdollisista ongelmakohtista, luotettavuuteen vaikuttavista tekijöistä ja soveltuvuudesta kehitysvammaistyössä. Hoitoisuusluokituksen tarkoitus kehitysvammaistyössä on ensisijaisesti kyetä luokituksesta saadun tiedon perusteella suunnittelemaan ja kohdentamaan henkilöstöresurssi oikeaan paikkaan asiakkaan tarpeen mukaan.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus ja tutkimustehtäväksi muodostui RAFAELA-hankkeen validointikyselyn avointen vastausten analysointi sisällönanalyysin menetelmällä. Kyselyn tarkoituksena oli varmistaa kehitetyn mittarin luotettavuus. Ryhmäkotien työntekijöiden kyselyvastausten perusteella pyrin vastaamaan

opinnäytetyössä kysymykseen kuinka hyvin hankkeessa kehitetty mittari mittaa kehitysvammaatyötä.

2 Kehitysvammapalveluiden muutos eristämisen aikakaudelta kohti inklusiota

Kehitysvammapalvelut ovat muutoksessa. Kehitysvammaisten henkilöiden asumiseen pyritään kehittämään yksilöllisiä vaihtoehtoja. Viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana toteutuneet kehitysvammapalvelujen kansainväliset ja kansalliset tavoitteet ja kehityssuunnat ovat haasteellisia erityisesti ryhmäkodeissa asuville runsaasti apua ja tukea tarvitseville kehitysvammaisille henkilöille suunnattujen palvelujen kehittämisessä.

Lakia vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) uudistettiin 1.9.2009 siten, että se on ensisijainen suhteessa kehitysvammaisten erityishuollosta vuonna 1977 annettuun lakiin (519/1977). Vammaispalvelulain mukaan vammaisten henkilöiden asumispalvelut järjestetään pääosin henkilökohtaisen avun turvin tai palveluasumisen keinoin (Vammaispalvelulaki 1987, 4 ja 8 §).

Suomessa kehitysvammaisten henkilöiden palvelujen järjestämisessä on koettu rakennemuutos. Tavoitteena on ollut kehitysvammaiset henkilöt yhteiskunnan ulkopuolelle sulkevan laitoshoidon vähentäminen ja uusien monimuotoisten asumispalvelujen toteuttaminen. Vuonna 1958 voimaantulleen vajaamielislain pohjalta rakennettiin koko maan kattava laitosverkko. Lain epäkohdat, laitospainotteisuus ja kehitysvammahuollon hajanaisuus havaittiin 1960-luvulla jolloin alettiin kehittää avohuoltoa. Vuonna 1978 voimaan astunut kehitysvammalaki siirsi kehityksen painopisteen avohuoltoon. (Kaski – Manninen – Pihko 2012: 263.) 1980-luvun alkuun asti laitoshoido oli kattavin palvelumuoto. Laitoshoidossa olleiden henkilöiden määrä kasvoi vuoteen 2005 asti. Asumispalvelut lisääntyivät siten, että 1990-luvun puolivälissä ryhmäkodeissa oli enemmän asukkaita kuin laitoksissa. (Nummelin 2003: 2.)

Kansalliset ja kansainväliset kehittämislinjaukset edellyttävät, että kehitysvammaisten henkilöiden elämä on tulevaisuudessa mahdollisimman yksilöllistä ja että he asuvat kuten muut kansalaiset. Perustuslaki ja muu lainsäädäntö, YK:n vammaisten oikeuksien yleissopimus ja Euroopan neuvoston vammaispoliittinen ohjelma 2006–2015 ilmentävät uudenlaista vammaispoliittista ajattelu- ja toimintamallia, jonka perusta on ihmis- ja perusoikeuksissa. 2000-luvun ihmis- ja perusoikeuksiin nojaavassa vammaispoliittisessa mallissa asumisen kannalta kulmakiviä ovat: 1) itsemääräämisoikeus ja henkilön omien valintojen sekä päätösten tukeminen, 2) mahdollisuus valita asuinmuoto/ratkaisu, asuinpaikka ja asuinkumppani, 3) mahdollisuus saada asumiseen ja muuhun jokapäiväiseen elämään tarvittava henkilökohtainen apu ja tuki käsittäen sekä arjen sujumisen kotona että osallistumisen lähiyhteisön tai kaupungin elämään. (Niemelä – Brandt 2008: 42.)

2000-luvun kehitysvammapalveluja luonnehtii normalisoinnin ja integroinnin aikakausi. Asumista ja asumiseen tarvittavia tukipalveluja tulisi kehittää yksilöllisen asumisen periaatteiden mukaisesti. Tavoitteena ovat joustavat tukipalvelut, jotta kehitysvammaisen henkilö voi elää niiden turvin itse haluamallaan tavalla. (Niemelä ym. 2008: 43.) Kuitenkin poiketen muista vammaisista henkilöistä kehitysvammaisten henkilöiden asumispalveluja järjestettäessä usein kuulluksi tulevat omaiset, palvelun tuottajat ja viranomaistahot. Asumisen suhteen kehitysvammaisten itsemääräämisoikeus on ollut rajoittuneempaa suhteessa muihin vammaisryhmiin. Tulevaisuudessa tavoitteena on, että kehitysvammaisten henkilöiden oma ääni tulee entistä enemmän esille. (Niemelä ym. 2008: 34.)

3 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

3.1 Kehitysvammaisuus

Vammaisuuden määrittely on vuosien kuluessa muuttunut medikaalisesta ilmiöstä sosiaalisen mallin kautta poliittiseksi ihmisoikeuskysymykseksi. Aiemmin kehitysvammaisuutta määriteltiin yksilön ominaisuuksien kautta diagnosoimalla kehitysvammaiset henkilöt syvästi, vaikeasti ja lievästi kehitysvammaisiin. Vähitellen

kehitysvammaisuutta on alettu määritellä yksilön ja ympäristön välisenä suhteena. (Etelä-Suomen lääninhallitus 2006: 12.) Lainsäädännössä lähdetään siitä, että kehitysvammaisten erityishuoltoa annetaan henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluja (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 1977, § 1).

Diagnostiikkaan perustunut medikalisaatio ja vammaisten ihmisten luokittelu on aiheuttanut kritiikkiä varsinkin vammaisliikkeissä. Tämän vuoksi vammaisten henkilöiden toimintakyky ja sen kuvaus on haluttu tuoda diagnostiikkaan perustuvan luokittelun tilalle. Toisaalta toimintakyvyn kuvaukset eivät ole riittävästi huomioineet ympäristön vaikutusta vammaisten ihmisten elämään. Vammaisuuden sosiaalisessa selitysmallissa vammaisuus on tila, joka koostuu yksilöllisten ominaisuuksien ja yhteisöllisten käytänteiden kohtaamisesta. (Vehmas 1998: 120.)

3.2 Kehitysvammaisten asuminen

Kehitysvammahuollon laitoshuollon ulkopuoliset asumispalvelut on jaettu Suomessa asukkaiden hoidon ja hoivan tarpeiden pohjalta määrittyviin luokkiin: autettu, ohjattu, tuettu ja itsenäinen asuminen (Niemelä ym. 2008: 39).

Autettu asuminen on asumista, jossa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden ja asukkaiden tarpeet ovat perushoidon alueella. Autetussa asumisessa on mahdollisuus kuitenkin perushoidon lisäksi ottaa huomioon asukkaiden yksilölliset tarpeet ja kuntoutumismahdollisuudet. Autettua asumista tarvitsee tyypillisimmin henkilö, joka on vaikeasti tai syvästi kehitysvammainen ja jolla on erilaisia, joskus vaikea-asteisiakin lisävammoja. Aukkaana voi olla myös sellainen keskiasteisesti vammaisen henkilö, jolla on erilaisista syistä lieviä tai vaikeita lisävammoja. Aukkaat ovat usein monissa päivittäisissä toiminnoissaan avun tarpeessa tai täysin riippuvaisia henkilökunnan avusta. (Niemelä ym. 2008:39.)

Asumispalveluilla tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä. Asumispalveluja annetaan henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee tukea tai apua asunnon tai asumisensa järjestämisessä. Tulevaisuuden linjauksena on, että asuminen ja palvelut

eriytetään siten, että kehitysvammaiselle henkilölle järjestetään asunto ja asumisen tueksi riittävät palvelut. Tämä lisää asumisen vaihtoehtoja, asumiseen liittyviä valintoja ja asukkaiden näkemysten ja toiveiden toteutumista. (Brandt – Burrell 2008: 5.)

3.3 Ryhmäkoti toimintaympäristönä ja asumismuotona

Kehitysvammalain perusteella asuminen on useimmiten järjestetty ryhmäasumisena, vaikka asuminen olisi mahdollista järjestää myös yksilöllisesti. Pääsääntöisesti kehitysvammaiset henkilöt asuvat asumisyksiköissä, joissa asuminen sekä tarvittavat palvelut liittyvät kiinteästi toisiinsa. (Ympäristöministeriö 2009: 25.)

Ryhmäasunto on asunto asumisyksikössä, joka voi olla erillinen asuinrakennus tai osa muuta asuinrakennusta, kuten kerrostaloa, johon on toteutettu ryhmämuotoista asumista. Kullakin asukkaalla on oma asuintila ja niiden lisäksi asumisyksikköön kuuluvat asukkaiden arkea tukevat yhteiset tilat. Ryhmäasunnon asuintilat ovat kiinteässä yhteydessä yhteistiloihin. Asumisyksikössä on henkilökunta paikalla päivisin tai ympäri vuorokauden. (Ympäristöministeriö 2009: 26.) Asuntola-nimikkeen sijasta on alettu käyttää ryhmäkoti-nimitystä.

4 Aikaisempi tutkimus, keskustelu ja kehittämistyö kehitysvammahuollon tehtävistä

4.1 Yksilöllisyyden esiinnousu kehitysvammapalvelujen suunnittelussa

Vammaisuutta on niin teoriassa kuin käytännössä lähestytty kolmella eri tavalla: medikaalisen, sosiaalisen tai oikeudellisen paradigman välityksellä. Yksinkertaisesti erot näiden lähestymistapojen välillä on havainnollistettavissa sen kautta miten vammaisen ihmisen asema niissä määritellään. Kun medikaalisessa lähestymistavassa vammaisen ihminen nähdään objektina eli toiminnan kohteena ja potilaana, painottaa sosiaalinen malli subjektiutta sekä asiakkuutta ja poliittinen malli vammaista ihmistä kansalaisena ja määrävänä toimijana. Vastaavasti eroavat myös näihin

lähestymistapoihin sisältyvät tavoitteet: medikaalinen malli perustuu eksluusion eli erottamiseen yhteiskunnasta, sosiaalinen malli inklusioon ja poliittinen malli yhteiskuntaan osallistumiseen. Näin vammaisuuteen liittyvät ongelmat on hahmotettu joko yksilöllisinä, sosiaalisina tai poliittisina. Ratkaisuja näihin ongelmiin on eri lähestymistavoissa siten etsitty joko lääketieteeseen, saavutettavuusajatteluun tai ihmisoikeuksiin nojautumalla. (Etelä-Suomen lääninhallitus 2006: 12.)

Kehitysvammaisilla ihmisillä yhdenvertaisuuden ja osallisuuden toteutuminen ovat sidoksissa riittäviin palveluihin ja tukitoimiin heidän koko elämänkaarensa ajan. Palvelujen riittävyttä arvioitaessa olisi kiinnitettävä erityistä huomiota niiden yhdenvertaisuutta ja osallisuutta edistäviin ulottuvuuksiin. Kehitysvammaisille ihmisille ensiarvoisen tärkeää on toisen ihmisen antama apu, tuki ja ohjaus. (Etelä-Suomen lääninhallitus 2006: 23.)

Vammaispalvelujen järjestämistä kuuluu kunnille. Vammaispalvelulain 3 § 2 momentin mukaan lain mukaisia palveluja ja tukitoimia järjestettäessä on otettava huomioon asiakkaan yksilöllinen avun tarve. Lainsäädännössä halutaan korostaa asiakkaan yksilöllisen avun tarpeen huomioimista. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että vammaispalveluja järjestettäessä on tärkeää kunnioittaa vammaisen henkilön itsemääräämisoikeutta sekä kiinnittää erityistä huomiota hänen vammastaan tai sairaudestaan aiheutuvaan avuntarpeeseensa ja hänen yksilölliseen elämäntilanteeseensa. (Ahola – Konttinen 2009: 8.)

Idealisella tasolla vammaiselle henkilölle olisi annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa siihen, millaisia palveluita ja tukitoimia hänelle järjestetään ja millä tavoin ne toteutetaan siten, että ne parhaiten edistävät hänen itsemääräämisoikeutensa toteutumista ja lisäävät hänen mahdollisuuksiaan toimia ja osallistua yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä. Erityisesti kun on kyse sellaisista palveluista tai tukitoimista, joilla on vaikutusta vammaisen henkilön henkilökohtaisen vapauden, koskemattomuuden, turvallisuuden, yksityisyyden suojan ja itsemääräämisoikeuden toteutumiseen, olisi ensisijaisesti otettava huomioon vammaisen henkilön oma käsitys hänen avun- tai palvelutarpeestaan ja palveluiden järjestämistavasta. Itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden huomioon ottaminen korostuu erityisesti

henkilökohtaiseen apuun ja asumiseen liittyvien palveluiden järjestämisessä. (Ahola – Konttinen 2009: 9.)

Toisaalta pohdinnan arvoista kehitysvammaisten ihmisten kohdalla on se, korostuuko tuki ja itsemääräämisoikeus vai hoiva ja kontrolli. Kehitysvammaisten asumiseen liittyvissä keskusteluissa on noussut esiin dilemma. Jotta kehitysvammaiset henkilöt voisivat tehdä todellisia asumisen valintoja, hoivakäytäntöjen sisältöjen pitäisi uudistua. Tämän pitäisi konkretisoitua myös kuntien palveluratkaisuissa ja palvelutuottajien käytännöissä. Tavoitteen saavuttamiseksi tarvittaisiin uusia rakennuksia, käytäntöjä ja ratkaisuja, jotka vastaavat käyttäjiensä todellisiin asumis- ja tukitarpeisiin. (Brandt – Burrell 2008: 5.)

Yksilö- tai henkilökeskeinen suunnittelu liittyy keskeisesti tuettuun elämiseen. Asumiskysymysten lisäksi suunnittelussa olisi huomioitava kehitysvammaisen henkilön elämä kokonaisvaltaisemmin. Yksilökeskeisessä suunnittelussa oleellisena elementtinä on, että kehitysvammaisen ihminen ohjaa ja johtaa suunnittelua. Lähestymistapa kyseenalaistaa perinteisen valtasuhteen, jossa koulutetut asiantuntijat päättävät apua tarvitsevan henkilön tarpeista. Yksilökeskeisessä suunnittelussa kehitysvammaisen henkilö on läheistensä tukemana oman elämänsä asiantuntija. Kun asumista ja tukipalveluja suunnitellaan yksilökeskeisesti, keskitytään yhteen ihmiseen. Keskeistä on, mikä on juuri hänelle tärkeää, millaista apua ja tukea juuri hän tarvitsee kotona asumiseensa ja muuhun elämiseensä. (Brandt – Burrell 2008: 6.)

Yksilökeskeisessä tuen tarjontamallissa korostuu hoivaperiaatteen sijaan ajatus aktiivisesta tuesta eli kehitysvammaista ihmistä tuetaan kantamaan omien mahdollisuuksiensa mukaan vastuuta omasta elämästään. Optimaalinen autonomia tarkoittaa, että suurin mahdollinen määräysvalta, valinnan mahdollisuudet ja vastuu kuuluu vamman suomissa rajoissa yksilölle itselleen silloin, kun kyse on hänen omista asioistaan tai henkilökohtaisista tekemisistään. (Brandt – Burrell 2008: 7.)

Kehitysvammaisten ihmisten asumisessa tulevaisuuden asumistarpeeseen vaikuttaa laitoshoidon vähentämisestä aiheutuva korvaavien asuntojen tarve. Lapsuudenkodeista pois muuttamisesta aiheutuu myös huomattava asuntojen tarve. Tuetun asumisen tarvetta lisää kehitysvammaisten omien vanhempien ikääntyminen ja toisaalta yleinen

eliniän piteneminen. Tulevaisuudessa asumisratkaisuja tarvitaan siis huomattavasti nykyistä suuremmalle asukkaiden joukolle. Asumistarpeisiin vaikuttavat myös vammaisten ihmisten ja heidän omaistensa valinnat, tietoisuus oikeuksista ja mahdollisuuksista sekä kansainväliset esimerkit. (Ympäristöministeriö 2009: 10.)

Toisaalta on esitetty näkökantoja, että kehitysvammaisten laitoshoidtoa tarvitaan jatkossakin, koska osa asukkaista ei selviä avohuollon palveluiden turvin. Keskeisimpiä näistä ryhmistä ovat vaikeasti monivammaiset, autistiset henkilöt ja haastavasti käyttäytyvät kehitysvammaiset. Eriävän näkemyksen mukaan myös monivammaisille ja haastavasti käyttäytyville kehitysvammaisille tulee kehittää avohuollon asumispalveluja heidän tarpeidensa mukaisesti. (Ympäristöministeriö 2009: 11.)

4.2 Laadun varmistaminen kehitysvammahuollossa

Susanna Hintsalan (2008) mukaan siirtymisessä yksilölliseen asumiseen on kyse siitä, että organisaation kaikilla tasoilla omaksutaan asiakaslähtöinen työskentelymalli. Siirtyminen uuteen toimintakulttuuriin edellyttää panostamista arvojohtamiseen ja toimintojen kehittämiseen uudenslaisin mallein, joissa kehitysvammaiset asiakkaat ja heidän läheisensä ovat mukana samoissa palvelujen suunnittelutyöryhmissä johdon, työntekijöiden ja kuntaedustajien kanssa. Merkityksellistä olisi se, että kehitysvammaiset henkilöt osallistuisivat palvelujen arviointiin ja kehittämiseen tasavertaisina kumppaneina muiden toimijoiden rinnalla. Vain heiltä voidaan saada kokemusperäistä tietoa, jota tarvitaan palvelujen kehittämisessä.

Vammaisten ihmisoikeussopimuksen ratifioiminen, kehitysvammalaitosten hajauttaminen, kehitysvammalain ja vammaispalvelulain yhteensovittaminen ja kunta- ja palvelurakennemuutos edellyttävät kehitysvammaisten asumispalvelujen uudistamista. Keskeisiä yleisesti hyväksytyjä arvolähtökohtia ja näkökulmia tässä muutoksessa ovat: 1) yksilöllisyys (yksilön näkökulmaa korostavat palvelujen suunnittelun mallit), 2) lähiyhteisöllisyys (kehitysvammaisen henkilön tulee voida käyttää samoja palveluja kuin muutkin ihmiset), 3) osallisuus (mahdollisuus osallistua haluamallaan tavalla ja mahdollisuus saada tietoa itselleen ymmärrettävässä muodossa), 4) voimaantuminen (mahdollisuus saada oma ääni kuuluviin, tuettu kommunikaatio ja päätöksenteko), 5) itsemääräämisoikeus (mahdollisuus valita missä

asuu ja kenen kanssa) sekä 6) kansalaisuus ja inklusio (samat oikeudet ja velvollisuudet kuin muillakin kansalaisilla). (Hintsala 2008: 9.)

Siirtyminen yksilöllisiin palveluihin merkitsee kulttuurista muutosta palvelujen käyttäjien asemassa ja työntekijöiden toimintaperiaatteissa ja työkäytännöissä. Tähän muutokseen voi sisältyä hyvinkin ristiriitaisia odotuksia eri intressiryhmien (kehitysvammaiset henkilöt, omaiset, työntekijät, johto, palvelujen tilaajakunnat) kesken. (Hintsala 2008: 10.) Asumisen laadussa onkin ratkaisevaa se, minkälaiset ovat työntekijöiden arvot ja asenteet jotka ilmenevät arjen vuorovaikutustilanteissa, joissa työntekijä kohtaa kehitysvammaisen ihmisen (Hintsala 2008: 21).

Kehitysvammatyössä tuen ja avun tarjoaminen kodin toimintoihin ja hoidollisiin tarpeisiin on vain osa kehitysvammaisen ihmisen asumisessaan tarvitsemasta tuesta ja avusta. Oleellinen kysymys on, saako kehitysvammaisen henkilö riittävästi yksilöllistä tukea ja apua esimerkiksi kodin ulkopuolella asioimiseen, tukea sosiaalisissa suhteissa, harrastuksissa ja vapaa-ajan aktiviteeteissa tai taitojen, voimavarojen ja vahvuuksien tunnistamisessa ja niiden ylläpitämisessä. (Hintsala 2008: 23.) Suomalainen kehitysvammapalvelujen järjestelmä on tunnistanut helpommin hoidollisia tuen ja avun tarpeita kuin kehitysvammaisten ihmisten emotionaalisia ja sosiaalisia avun tarpeita (Hintsala 2008: 24).

Tiivistetysti laadukkaan kehitysvammatyön tulisi ulottua niin yksilön, työyhteisön kuin organisaation ja järjestelmän tasolle. Yksilön tasolla laatu ilmenee henkilön tyytyväisyytenä saamaansa tukeen ja palveluihin asumisessa. Tämä kattaa henkilön kokemuksen elämänlaadusta, elämänhallinnasta ja identiteetin vahvistumisesta ja kokemuksen osallistumismahdollisuuksista. Työyhteisön tasolla laatu ilmenee asukkaan tarpeisiin perustuvana oikea-aikaisena tukena ja palveluna sekä työlle asetettujen ammatillisten kriteerien täyttymisenä. Organisaatio ja järjestelmän tasolla laatua ilmentävät lakien ja asetusten täytyminen, ihmisoikeuksien toteutuminen, palvelujen määrällinen riittävyys ja asiakas- ja henkilöstötyytyväisyys. (Hintsala 2008: 28.)

Kehitysvammaisuus jatkuu läpi elämän. Elämänkaaren eri vaiheisiin liittyy erilaista tuen tarvetta. Uusi kehitysvaihe tai elämäntilanne saattaa synnyttää uutta avun tai tuen tarvetta. Asiakaskunnan odotettavissa olevasta muuttumisesta nousevia tulevaisuuden

haasteita ovat esimerkiksi asiakaskunnan heterogeenisyyden lisääntyminen ja ikääntyvien kehitysvammaisten henkilöiden määrän kasvaminen. Erityisosaamista tarvitaan muun muassa seuraaviin asioihin: kehitysvammaisten ikääntyminen ja dementia, haastavien tilanteiden kohtaaminen asumisessa, kehitysvammaisen henkilön mielenterveysongelmien tunnistaminen, nuoret kehitysvammaiset uusine haasteineen ja vaatimuksineen, yksilökeskeinen suunnittelu ja palvelutarpeiden kartoittaminen, kehitysvammaisen henkilön saattohoito ja surun käsittely kehitysvammaisten henkilöiden kanssa. (Hintsala 2008: 23.)

4.3 Hoiva-käsitteen merkityksistä sosiaali- ja terveysalalla

Silva Tedre (2003: 57) on pohtinut hoiva-käsitteen moninaisia merkityksiä. Hänen mukaan hoivassa on kyse arkisesta auttamisesta, joka edellyttää kulttuurista ymmärrystä. Hoivatyön sekä hoito- ja auttamistyön käsitteiden määrittelyminen hallinnollisista tai ammatillisista lähtökohdista käsin herättää kysymyksiä. Mihin hoivalla viitataan? Eroaako se hoidosta? Missä kulkee hoivan ja hoidon raja? Hoidon voidaan ymmärtää viittaavan epämääräisesti terveydenhuoltoon kun taas hoiva sosiaalihuoltoon ja erityisesti sosiaalihuollon lakisääteisiin sosiaalipalveluihin.

Tedre määrittelee hoivan arjen uusintamisena, jota tehdään niiden ihmisten puolesta tai kanssa, joilta arki ei yksin suju. Kyse on avusta ja tuesta heille, jotka eivät pärjää omillaan. Näin ymmärrettynä läsnäolo on hoivan keskeinen osa. Hoivan lähtökohtana on jonkinlainen avuttomuus, avun ja tuen tarve, mikä edellyttää fyysisesti läsnä olevaa, toimivaa, konkreettisen avun tai henkisen tuen antajaa. Ihmiset asettuvat hoivasuhteeseen apua antavina ja tarvitsevinä ihmisinä. Tedren mukaan hoivassa ei ole kyse sairauksien tai terveyden edistämisestä. Pikemminkin kyse on jokapäiväisen elämän jatkuvuuden huolehtimisesta kulttuuriin kuuluvien ja ihmisten hyväksymisen tavoin. Sairaudet saattavat johtaa hoivan tarpeeseen, mutta Tedre erottaa hoivan sairauden hoidosta. (Tedre 2003: 64.)

Hoivalla näyttäisi olevan oma tietoperustansa, joka on vierasta sekä lääketieteelle että sosiaalityön tieteelliselle ajattelulle. Hoivassa kyse on muutostyöstä ja suhtautumisesta muutokseen. Kuntoutumisen ja paranemisen tavoitteen rinnalla keskeistä on

säilyttämisen, ennallaan pysymisen ja arvokkaan huononemisen tai heikkenemisen tavoite. (Tedre 2003: 70.)

5 RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän teoreettiset lähtökohdat

5.1 RAFAELA™-järjestelmän käsitteet hoitoisuus, hoitoisuusluokitus ja hoitoisuusluokitusjärjestelmä

Seuraavaksi siirryn käsittelemään kehitysvammatyön luokitusmittarin kehittämishankkeessa hyödynnettyä RAFAELA™-järjestelmää ja sen teoreettisia perusteita. Hoitoisuusluokituksella tarkoitetaan prosessia, jonka avulla saadaan määriteltyä potilaiden hoidon tarve ja hoitoon liittyvät toiminnot. Sen avulla saadaan myös tietoa hoitohenkilökunnan resurssitarpeesta. Hoitoisuusluokitus on potilaan luona toteutetun välittömän ja toteutumattoman välillisen hoitotyön arviota. Sen avulla pyritään saamaan hoitajien tekemä ”näkyvätön” työ näkyväksi. Tiedon avulla voidaan määrittellä potilaiden hyvän hoidon toteutumiseen tarvittava hoitajien oikein kohdennettu määrä sekä hyödyntää tietoa johtamisen apuvälineenä. (Fagerström – Rauhala 2003; Kanerva 2003; Luhtasela 2006.)

RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän omistaa Suomen Kuntaliitto ja hallinnoijana toimii FCG Tietojohdaminen Oy (jäljempänä FCG). RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä kehitettiin vuosina 2000–2002 Suomen Kuntaliiton käynnistämässä Finnhoitoisuus–projektissa. Projektin tarkoituksena oli tuottaa toimiva hoitoisuusluokitusjärjestelmä somaattisille vuodeosastoille. Projektin jälkeen Suomen Kuntaliitto osti RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän kehittäjiltään vuonna 2003 ja sopi hallinnoinnista Qualisan Oy:n kanssa. Hallinta myytiin FCG Efekolle, nykyiselle FCG Tietojohdaminen Oy:lle (aiemmin FCG Finnish Consulting Group Oy) vuonna 2007. Hallinnoinnin päätehtävä on varmistaa eri organisaatioiden tuottaman tiedon vertailukelpoisuus. (Nukari 2008: 14.)

5.1.1 OPC-mittari

RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä muodostuu kolmesta eri mittarista, jotka yhdessä muodostavat hoitoisuusluokitusjärjestelmä kokonaisuuden. Ensimmäinen mittari on Oulu Patient Classification (OPC-mittari), joka on Oulun yliopistollisessa sairaalassa kehitetty potilaiden hoitoisuuden mittari. OPC-luokituksessa potilaiden hoidon tarvealueet on jaoteltu kuuteen eri osa-alueeseen, joista kukin sisältää tarpeiden vastaamiseen tarvittavat hoitotoimenpiteet. (Rainio – Ohinmaa 2004: 25.)

Hoitotyön osa-alueet ovat: 1) hoidon suunnittelu ja koordinointi, 2) hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet, 3) ravinto ja lääkehoito, 4) hygienia ja eritystoiminta, 5) aktiiviteetti/toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo ja 6) hoidon/jatkohoidon opetus ja ohjaus, emotionaalinen tuki. Jokainen osa-alue on luokiteltu neljään eri tasoon (A = 1 piste ja D = 4 pistettä). 10-sivuisen luokitusohjeen mukaisesti hoitajat luokittelevat potilaan kerran vuorokaudessa sen perusteella, miten he arvioivat vastanneensa potilaiden hoidon tarpeeseen. Luokituksen avulla kukin potilas saa tietyn pistemäärän 6–24 jokaiselle hoitovuorokaudelleen. (Rainio – Ohinmaa 2004: 25.)

5.1.2 Hoitajavoimavarojen mittaus

RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän toinen mittari on hoitajavoimavarojen rekisteröintiin käytettävä ohjelma, johon tallennetaan kerran vuorokaudessa se hoitajamäärä, joka on osallistunut potilaiden hoitoon (Rainio – Ohinmaa 2004: 26).

OPC-mittarilla tehdyn luokituksen tiedot ja hoitajavoimavarat yhdistämällä saadaan tieto siitä, mikä on potilaiden hoitoisuus suhteessa hoitajamäärään eli hoitoisuus/hoitaja. Tämä tieto ei kuitenkaan riitä kertomaan, milloin hoitoisuus/hoitaja suhde on optimaalinen eli sillä tasolla, että hoitajat pystyvät vastaamaan laadukkaasti potilaiden hoidon tarpeeseen. (Rainio – Ohinmaa 2004: 26.)

5.1.3 PAONCIL-mittaus

Tämän opinnäytetyön kannalta RAFAELA™-järjestelmän PAONCIL-mittaus ei ollut ajankohtainen. Opinnäytetyötä tehdessä ryhmäkodeissa henkilökunta oli järjestelmän

OPC-mittarin käyttöönottovaiheessa, jossa oleellista oli ollut saavuttaa riittävän luotettava tulos rinnakkaisluokituksessa. Kuitenkin esittelen lyhyesti PAONCIL-mittauksen pääperiaatteet, koska se on yksi RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän kolmesta mittarista.

PAONCIL-mittauksen avulla voidaan selvittää optimaalinen työmäärä hoitajaa kohti. Menetelmä on kehitetty laskemaan hoitoisuus/hoitaja tilanteen optimaalisuutta. PAONCIL eli Professional Assessment of Nursing Care Intensity menetelmässä hoitajat arvioivat noin kahden kuukauden aikana 7-luokkaisella mittarilla, minkälaisena he ovat kokeneet työvuoron kuormituksen. Nollataso on optimi, +1– +3 kuvaa tilannetta, milloin hoitajat joutuvat priorisoimaan sitä enemmän, mitä suurempi luku on asteikolla ja vastaava negatiivinen asteikko kuvaa tilannetta, milloin hoitajilla jää ”tyhjää” aikaa. Lineaarisen regressioanalyysin avulla pystytään analysoimaan, missä määrin hoitoisuus/hoitaja selittää hoitajien kokemaa työn kuormitusta. (Rainio – Ohinmaa 2004: 26.)

5.2 RAFAELA™-järjestelmän luotettavuus

RAFAELA-järjestelmää on testattu kansallisesti seitsemän eri sairaalan aineistolla Suomen Kuntaliiton hankkeessa Finnhoitoisuus vuosina 2000–2001. Järjestelmän avulla on tehty benchmarking-arviointi suomalaisen hoitotyön tilanteesta. (Rainio – Ohinmaa 2004: 26.)

Auvo Rauhala (2008) on terveyshallintotieteeseen kuuluvassa väitöskirjassaan *The Validity and Feasibility of Measurement Tools for Human Resources Management in Nursing – Case of the RAFAELA System (Hoitajien inhimillisten voimavarojen johtamisen mittausvälineiden validius ja käyttökelpoisuus – Case RAFAELA-järjestelmä)* tutkinut RAFAELA-järjestelmän mittareiden ominaisuuksia yksityiskohtaisesti ja systemaattisesti, pääasiassa erilaisin regressioanalyysin. Johtopäätöksenä on, että RAFAELA-järjestelmä on luotettava ja käyttökelpoinen.

Anna-Kaisa Pusan (2007) johtopäätökset väitöskirjassaan *The Right Nurse in the Right Place – Nursing Productivity and Utilisation of the RAFAELA -Patient Classification*

System in Nursing Management (Oikea hoitaja oikeassa paikassa. Hoitotyön tuottavuus ja RAFAELA -hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyntäminen hoitotyön johtamisessa) ovat, että RAFAELA -hoitoisuusluokitusjärjestelmän antamat mahdollisuudet voisivat olla aktiivisemmin johtajien käytössä. RAFAELA-järjestelmä mahdollistaa hoitotyön tuottavuuden tarkastelun ja jatkotutkimukset hoitotyön tuottavuuden vaikutuksista potilaiden hoidon laatuun ja hoitajien työhyvinvointiin.

5.3 Rinnakkaisluokittelu luokittelijoiden yksimielisyyden testaamisessa

Luotettava mittaaminen edellyttää, että käytettävä mittari on luotettava. Mittaamisessa pyritään luotettavaan ja todenmukaiseen kuvaan mitattavasta kohteesta. Validiteetti tarkoittaa, että mitataan sitä, mitä on tarkoitus mitata. Validiutta tarkastellaan kolmesta näkökulmasta, joita ovat mittarin sisällön kattavuus ja edustavuus, rakenteen validius ja kriteerivaliditeetti. Hoitoisuusluokitus perustuu aina näkemykseen asiakkaasta, hoitotyön tarpeesta ja hoitotyöstä. Ennen luokituksen kehittämistä on pohdittava millaisiin arvoihin, periaatteisiin ja tietoperustaan luokitus perustuu. (Kanerva 2004: 13; Kaustinen 1995: 22; Kaustinen – Hentinen 1998: 22; Lonkila 2006: 22.)

Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin johdonmukaisuutta toistettaessa tietyn ilmiön tai ominaisuuden mittauksia. Mittauksen tuloksena saadaan tarkkoja, ei-sattumanvaraisia tuloksia. Hoitoisuustiedoille olennaiset ominaisuudet, laatu ja täsmällisyys, ovat riippuvaisia luokitusjärjestelmän reliabiliudesta (Kaustinen 1995: 25). Reliabiliteetti arvioidaan mittaustulosten pysyvyytenä, mittarin sisäisenä johdonmukaisuutena ja mittaustulosten vastaavuutena. Tehdyt mittaukset ovat toistettavissa eivätkä ne muutu mittaajan vaihtuessa. Reliabiliteettiin vaikuttaa mitattavien yksiköiden määrä, eli mitä enemmän mittaustuloksia, sitä parempi on mittauksen reliabiliteetti. (Kanerva 2004: 13; Kaustinen ym. 1998: 22.)

Rinnakkaisluokituksen tarkoituksena on varmistaa hoitoisuusluokituksen luotettavuutta. Luokittelun yhteneväisyystavoite on vähintään 70 prosenttia. (FCG 2011: 20.) Rinnakkaisluokittelussa luokittelijoiden välisen yksimielisyyden testaaminen tapahtuu siten, että kaksi työntekijää tekee saman asiakkaan luokituksen samalta ajanjaksolta

toistensa luokittelusta tietämättä. Tällä tavoin tavoitteena on selvittää luokittelijoiden välinen luokitusten vastaavuus. Yksimielisyyden tavoitetaso on 80–100 prosentin välillä. Yksimielisyys 80–90 prosentin välillä saattaa ilmentää mahdollisia väärinkäsityksiä luokituksen käytössä. Alle 80 prosentin yksimielisyys vaatii lisäkoulutusta ja sääntöjen kertaamista. Rinnakkaisluokitus tehdään ensimmäisen kerran, kun perusluokittelu osataan ja jatkossa 1–2 kertaa vuodessa. Kahden kuukauden ajalla luokitellaan 100–150 asiakasta. Ellei yksimielisyydetavoitetaso toteudu, rinnakkaisluokittelu uusitaan puolen vuoden kuluttua. Tavoitteena on, että työntekijät tuntisivat asiakkaat, mutta rinnakkaisluokittelu voidaan tehdä myös kirjaamisen perusteella. Tärkeää olisi myös, että luokittelijat voisivat luokittelun jälkeen keskustella eroavuuksista. (Kaustinen 1995: 28; Lonkila 2006: 23.)

Luotettavaan tietoon hoitoisuusluokituksesta vaikuttaa siis mittarin käytön hallitseminen. Pidemmällä aikavälillä käytetystä hoitoisuusmittarista saadaan luotettavampaa tietoa kuin vasta käyttöönotetulla mittarilla. Luotettavuuteen voi vaikuttaa kiire työpaikalla ja suuri asiakasmäärä yms., mikä voi vaikuttaa työntekijän tapaan luokitella asiakkaita. Samantyyppiset asiakkaat saatetaan luokitella joko ylempään tai alempaan luokkaan kuin missä asiakkaan kuuluisi todellisuudessa olla. Hoitoisuusluokituksessa edellytetään, että luokittelija tuntee asiakkaan, jonka hoitoisuutta hän arvioi. Virhetekijöitä voivat olla asiakkaan puutteellinen tuntemus, vastaajaan liittyvät henkilökohtaiset tekijät, kuten taipumus luokitella tietyllä tavalla, luokittelijoiden puutteellinen koulutus, mittarin puutteellinen selkeys ja muutokset asiakkaan tilassa. (Huuskonen 2006: 18; Kaustinen ym. 1998: 22–23.)

5.4 RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä kehitysvammatyössä

Kehitysvammatyön luokitusjärjestelmä on kehitetty Helsingin kaupungin vammaishuollossa ilmenneestä tarpeesta vammaistyön henkilöstömitoituksen selvittämiseen asiakkaan tarpeiden mukaan. Vuosina 2006–2009 toteutettu projekti oli Helsingin kaupungin ja FCG Efekon yhteistyöhanke. RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmää soveltamalla pyrittiin vastaamaan kysymykseen miten oikeudenmukaisesti ja taloudellisesti vammaistyön henkilöstöresurssit kohdentuvat. (FCG 2011: 8.)

Määritelmän mukaan kehitysvammatyön luokitus on lähityöntekijän arvio toteutuneesta asiakkaan yksilöllisestä välittömästä ja välillisestä kehitysvammatyöstä määrättyä ajanjaksona. RAFAELA™-järjestelmässä välitön kehitysvammatyö toteutuu asiakkaan luona tai asiakkaan kanssa. Siihen kuuluu asiakkaan tukeminen, ohjaus, auttaminen, hoitaminen ja puolesta tekeminen. Välitön kehitysvammatyö tapahtuu välittömässä kosketuksessa asiakkaaseen tai hänen välittömässä läheisyydessään. Välillistä kehitysvammatyötä ei tehdä asiakkaan luona, mutta se tehdään hänen hyväkseen. Siihen kuuluvat kehitysvammatyöhön liittyvät toiminnot, joita ei suoriteta välittömässä vuorovaikutuksessa asiakkaaseen. Toiminnot voivat tapahtua joko ennen tai jälkeen välitöntä kehitysvammatyötä. (FCG 2012: 1.) Tällaisesta työstä esimerkkejä ovat puhelimitse tapahtuva konsultaatio lääkärin, päivätoiminnan tai asiakkaan muun sidosryhmän kanssa.

Kehitysvammatyön luokitusmittari muodostuu kuudesta osa-alueesta: 1) kehitysvammatyön suunnittelu ja koordinointi, 2) terveydentila, 3) ravitsemus, 4) hygienia ja eritystoiminta, 5) aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo ja 6) kommunikaatio, opetus, ohjaus ja emotionaalinen tuki (FCG 2011: 15). Kehitysvammatyön luokitusmittarin vaativuustasot sijoittuvat neljälle pisteelle välillä A – D. Vaativuustasolle A sijoittuu suhteellisen omatoiminen kehitysvammainen henkilö, taso B kuvaa ajoittaista kehitysvammatyön tarvetta, taso C toistuvaa kehitysvammatyön tarvetta ja taso D täysin tai lähes autettavaa. (FCG 2011: 16.)

Luokkien määritelmässä ja pisteissä Luokka I (6-8 pistettä) kuvaa vähäistä kehitysvammatyön tarvetta. Asiakas selviytyy omatoimisesti ja kehitysvammatyön tarve muodostuu mm. suunnittelusta, ohjauksesta ja tuesta. Luokassa II (9-12 pistettä) ilmenee keskimääräinen kehitysvammatyön tarve ja se muodostuu lisäksi avustamisesta, tukemisesta, ohjaamisesta ja neuvonnasta kaikilla kehitysvammatyön osa-alueilla tai joillakin niistä. Luokassa III (13–15 pistettä) kehitysvammatyön tarve on keskimääräistä suurempi. Kehitysvammatyön tarve muodostuu edellisten lisäksi asiakkaasta huolehtimisesta kaikilla tai joillakin kehitysvammatyön osa-alueilla. Luokka IV (16–20 pistettä) kuvaa maksimaalista kehitysvammatyön tarvetta ja se muodostuu edellisten lisäksi toistuvasta hoidosta, valvonnasta, tuesta tai ohjauksesta. Luokka V (21–24 pistettä) kuvaa intensiivistä kehitysvammatyön tarvetta, joka muodostuu

edellisten lisäksi jatkuvasta ympärivuorokautisesta hoidosta, valvonnasta, tuesta tai ohjauksesta. (FCG 2011: 17; FCG 2012: 4.)

Talousnäkökulmasta katsottuna luokituksen avulla pyritään vastaamaan priorisoinnin ja lisääntyneen kustannustiedon tarpeeseen. Kehitysvammatyön luokituksen ensisijaisena tarkoituksena on kyetä luokituksesta saadun tiedon perusteella suunnittelemaan henkilöstötarve asiakkaiden muuttuvan kehitysvammatyön tarpeen mukaan. Tähän liittyy tavoite antaa perusteltua tietoa johtajille ja päättäjille kehitysvammatyön henkilöstösuunnittelua ja resursointia varten. Myös asiakkaiden kehitysvammatyön tarpeesta suhteessa resursseihin on vähän tietoa. Kehitysvammatyön laatusnäkökulmasta pyritään vastaamaan palvelujen oikeudenmukaisuuteen ja tasapuolisuuteen. Tavoitteena on huomioida kaikki asiakkaan yksilölliset kehitysvammatyön tarpeet ja kohdentaa henkilöresurssit vastaamaan asiakkaiden tarvetta. Kehitysvammatyön luokituksen avulla pyritään kiinnittämään huomiota työn kuormittavuuteen, työssä jaksamiseen, viihtymiseen ja työn kokemiseen merkitykselliseksi. (FCG 2011: 7; FCG 2012: 2.)

Kehittämällä oma luokitusmittarisovellus vammaistyöhön on pyritty selvittämään, tekevätkö vammaistyön ammattilaiset yksiköissä oikeita asioita ja mikä on vammaistyön perustehtävä. Lisäksi pyrkimyksenä on ollut kehittää kirjaamista ja kehitysvammatyön dokumentointia sekä näkemystä hyvästä vammaistyöstä. Tavoitteisiin sisältyy pyrkimys tehdä ”näkyvä” kehitysvammatyö näkyväksi ja kehittää oman työn arviointia. (FCG 2011: 11; FCG 2012: 2.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kehitysvammaisten autetun asumisen ryhmäkodeissa työskentelevän henkilökunnan näkemyksiä vuoden 2012 alussa käyttöön otetusta RAFAELA™ -hoitoisuusluokitusjärjestelmästä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön liittyvistä mahdollisista ongelmakohtista, luotettavuuteen vaikuttavista tekijöistä ja soveltuvuudesta kehitysvammatyössä.

Ryhmäkodeissa eletävä arki muodostuu niin asukkaiden yksilöllistä arkea jäsentävistä rutiineista kuin kollektiivisesta arjesta (Eriksson 2008: 100). Ryhmäkoti on paikka, jossa eletään, hoidetaan ja ollaan vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Ryhmäkoti on sosiaalinen ryhmä, joka voidaan jakaa asukkaisiin ja työntekijöihin. Asukkaille ryhmäkoti on kodinomainen asuinyhteisö, paikka jossa asua ja elää. Työntekijöille ryhmäkoti on työyhteisö, jonka toimintaa määrittävät erilaiset asumispalveluille asetetut kriteerit. (Laine 1992: 23–24.) Opinnäytetyön avulla haen vastausta seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Kuinka hyvin kehitysvammatyön luokitusmittari mittaa kehitysvammatyötä?
2. Miten henkilökunta on kokenut mittarin käytön?
3. Miten ryhmäkotien hoitoisuusluokituskäytäntöjä tulisi kehittää?

7 Aineisto ja menetelmät

7.1 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimuksen toteuttamista edelsi tutkimusluvan hakeminen kahdelta eri organisaatiolta. Lokakuussa 2012 solmin RAFAELA™ -järjestelmän tutkimuslissenssisopimuksen FCG Tietojohdaminen Oy:n kanssa, joka hallinnoi RAFAELA™ -järjestelmää. Samoin lokakuussa 2012 anoin tutkimuslupaa Helsingin kaupungin sosiaalivirastolta. Tutkimuslupaa varten tarvittiin tutkimussuunnitelma ja sain puoltavan lausunnon saman kuukauden aikana.

Validointikyselylomakkeen suunnittelusta ja kyselyn toteuttamisesta vastasi FCG. Kysymykset oli laadittu kehitysvammatyön hoitoisuusluokituksen pohjalta. Kehitysvammatyön luokitusmittarin kysymykset jakaantuivat kahdelle tasolle. Ensinnäkin kysely kohdistui luokitusmittarin kuudelle osa-alueelle: 1) kehitysvammatyön suunnittelu ja koordinointi, 2) terveydentila, 3) ravitsemus, 4) hygienia ja eritystoiminta, 5) aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo ja 6) kommunikaatio, opetus, ohjaus ja emotionaalinen tuki. Näistä osa-alueista haluttiin selvittää kuinka hyvin ne kuvailevat asiakkaan kehitysvammatyön tarpeita ja niihin kuuluvia auttamismenetelmiä, puuttuuko mittarista jokin suoraan asiakkaaseen kohdistuva osa-alue, voiko jonkin osa-alueen liittää toiseen osa-alueeseen, kuinka hyvin osa-alueet kattavat asiakkaan kehitysvammatyön tarpeet ja kuinka hyvin osa-alueet on erotettu toisistaan. Toiseksi kyselyssä pyrittiin selvittämään kuinka hyvin edellä mainituilla osa-alueilla vaatavuustasot A-D on kuvattu. Lisäksi kyselyssä kartoitettiin vastaajien mielipiteitä siitä, kuinka konkreettinen mittari on, kuinka selkeää kieltä siinä on käytetty, kuinka selkeä mittari on vaatavuustasoissa A-D ja miten hyvin kehitysvammatyön luokituksen antama kuva asiakkaan tarpeesta vastaa omaan työkokemukseen perustuvaa kuvaa asiakkaan vammaistyön tarpeesta. (Liite 1. Validointikyselyn kysymykset)

Kysymyksissä käytettiin neliportaista Likert-tyyppistä asteikkoa (1 = ei ollenkaan, 2 = osittain, 3 = hyvin ja 4 = erittäin hyvin) 18 kysymyksessä. Poikkeuksena tavallisen neljä- tai viisiportaisen järjestysasteikon, jossa toisena ääripäänä on esim. "täysin samaa mieltä" ja toisena "täysin eri mieltä", kyselyssä vastatessaan 1-2 (1=e

ollenkaan, 2=osittain) vastaajaa pyydettiin perustelemaan kantaansa. Tällä tavoin haluttiin eliminoida vastausvaihtoehto "ei samaa mieltä eikä eri mieltä" ja pakottaa vastaaja ottamaan kantaa suuntaan tai toiseen. (esim. Heikkilä 2005: 52–53.) Taustatietoina koulutustaustaa ja työkokemusta koskevat kysymykset olivat muodoltaan monivalintakysymyksiä (esim. Heikkilä 2005: 50). Kahdessa kysymyksessä vastausvaihtoehtoina oli kyllä ja ei. Lomakkeen lopussa oli yksi avoin kysymys, jossa kysyttiin millä tavoin mittarin käyttöönotto on vaikuttanut työhösi? Onko jotain muuttanut työssäsi?

Kyselyn kohderyhmänä olivat Helsingin kaupungin sosiaaliviraston autetun asumisen ryhmäkodeissa työskentelevät ohjaajat. Lista kyselyyn vastaajista saatiin Helsingin kaupungin edustajalta. Kaikkiaan ryhmäkoteja on 19. Mukaan kyselyyn valikoitui 14 ryhmäkotia, jotka olivat läpäisseet rinnakkaisluokituksen syksyllä 2012. Validointikyselyn ulkopuolelle jäi siis 5 ryhmäkotia. Kysely toteutettiin Webropol-kyselytyökalulla 22.10.–21.11.2012. Henkilökohtainen linkki lähetettiin 114 vastaajan sähköpostiin. Kyselyyn vastasi 80 henkilöä. Vastausprosentti oli 70,2 %.

7.2 Aineiston analyysimenetelmän valinta

Ensivaiheessa aineiston analyysiä FCG toimitti käyttööni kyselyn tulokset Excel-taulukko muodossa marraskuun lopussa 2012. Käytettävissäni oli myös SPSS-ohjelmalla suoritettut pika-analyysit, jotka sisälsivät vastausten prosenttiosuuksia.

Kehitysvammatyön luokitusmittarin validointikyselyn taustatietoina kysyttiin vastaajien ammatillista koulutusta ja työkokemusta kehitysvammatyöstä. Ennako-oletukseni oli, että vastaajien koulutuksella olisi ollut merkitystä kyselyn vastauksissa. FCG testasi taustatietojen tilastollista merkitsevyyttä SPSS-ohjelmassa Kruskal Wallis Testillä. Tuloksena oli, ettei koulutustasolla ollut merkitsevyyttä mittarikyselyn vastauksiin (Kanerva 2013).

Taulukko 1. Vastaajien ammatillinen koulutus

Ammattikorkeakoulu / opistoaste	39 %
Ammatillinen peruskoulutus	54 %
Ei alan koulutusta	1 %
Muu	6 %

Huomioni kiinnittyi siihen, että vastaajista huomattavan moni oli työskennellyt kehitysvamma-alalla yli 15 vuotta (39 %). Vastaajilla kokonaisuudessaan oli huomattavan pitkä kokemus kehitysvammatyöstä.

Taulukko 2. Vastaajien työkokemus kehitysvammatyöstä

alle 1 vuotta	4 %
1 – 5 vuotta	20 %
6 – 10 vuotta	28 %
11 – 15 vuotta	10 %
yli 15 vuotta	39 %

Tutkimussuunnitelmaa laatiessani en ollut lyönyt lukkoon millä tavoin tulisin analysoimaan aineistoa. Lähtökohtana oli ajatus, että lopullinen validointikyselyn aineisto tulee ratkaisemaan millaista, kvantitatiivista vai kvalitatiivista, tutkimuksellista lähestymistapaa tai menetelmää on perusteltua käyttää. Kehitysvammatyön luokitusmittarin kyselyn raakatulokset osoittivat selkeästi, että vastaajista keskimäärin 70 prosenttia vastasi ”hyvin” tai ”erittäin hyvin” kehitysvammatyön luokitusmittarin kuutta osa-aluetta ja vaativuustasoja A-D koskeviin kysymyksiin.

Kuitenkin kyselyssä saatiin 321 avointa vastausta ja minua kiinnosti näiden ”ei ollenkaan” tai ”osittain” vastanneiden näkökulmat. Lisäksi avoimen kysymyksen vastauksia oli 61 kappaletta.

Näkökantani ohjasi näkemys siitä, että aineiston analyysissä tulee toteuttaa ajatusta, että ihmisiä tulee kuulla. Siten ei ole yhtä ylivertaista keinoa jota kautta ”totuus” saadaan selville (Tuomi – Sarajärvi 2012: 72). Vaikka kyselymuotona lomakkeella

toteutettuna ei ole kovinkaan paljon tekemistä laadullisen tutkimuksen kanssa, on sitä mahdollista käyttää myös laadullisessa tutkimuksessa (Tuomi ym. 2012: 74–75).

Opinnäytetyön suunnitelmani muotoutui työn edetessä ja opinnäytetyö edustaa laadullista tutkimusta. Aloittaessani opinnäytetyöprosessia olin määritellyt tutkimustehtäväkseni RAFAELA-hankkeen kyselyvastausten analysoinnin. Pyrkimykseni oli ryhmäkotien työntekijöiden kyselyvastausten perusteella vastata opinnäytetyössä kysymykseen kuinka hyvin hankkeessa kehitetty mittari mittaa kehitysvammatyötä. Opinnäytetyön tarkoitukseni olin asettanut tavoitteen kerätä tietoa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön liittyvistä mahdollisista ongelmakohtista, luotettavuuteen vaikuttavista tekijöistä ja soveltuvuudesta kehitysvammatyössä. Opinnäytetyön kulku kohti laadullista tutkimusta vaati lähtökohtien uudelleen tarkastamista. Laadullisen tutkimuksen piirteisiin kuuluu ihmisten käyttö tiedon keruun instrumentteina, eli ollaan kiinnostuneita ihmisten asioille antamista merkityksistä. Lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen, vaan aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Pyrkimyksenä on paljastaa odottamattomia seikkoja ja käsitellä tapauksia ainutlaatuisina ja tulkita aineistoa sen mukaan. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2001: 155.)

Opinnäytetyön aineisto muodostui väistämättä negatiivien kautta tuotetuksi, koska analyysin kohteeksi valikoin tekstimuotoiset kyselytutkimuksen avoimet vastaukset ja avoin kysymys. Mittarikyselyssä positiivisen kannan ilmaisseet vastaajat eivät ole mukana laadullisessa analyysissä. Lähtökohtaisesti kyselyssä heitä ei kehoitettu perustelemaan kantaansa. Siten tutkimuskysymys pikemminkin sai muodon: Miksi kehitysvammatyön luokitusmittari ei mittaa kehitysvammatyötä? Miltä osin se ei ole toimiva? Miten luokitusmittaria tulisi kehittää, jotta se vastaisi kehitysvammatyön tarpeita?

7.3 Sisällönanalyysi tutkimusmenetelmänä

Kyselyn avoimet vastaukset ja avoimen kysymyksen analysoin sisällönanalyysimenetelmällä. Sisällönanalyysi menettelytapana soveltuu kirjoitetun aineiston objektiiviseen ja systemaattiseen analysoimiseen. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan tietoa-aineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja

yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden suhteet saadaan selkeinä esille. Sisällönanalyysissä on olennaista se, että tutkimusaineistosta erotetaan samankaltaisuudet ja erilaisuudet. Laadullisessa aineistossa ja sen analysoinnissa pyritään tuottamaan uutta tietoa. (Tuomi ym. 2012: 103–108.)

Aloitin sisällönanalyysin joulukuun alussa 2012 poimimalla Excel-taulukosta avoimien vastausten ja avoimen kysymyksen tekstikentät. Aluksi ryhmittelin ne kyselyn rungon mukaisesti. Avoimen kysymyksen ”Millä tavoin mittarin käyttöönottoaminen on vaikuttanut työhösi? Onko jotain muuttunut työssäsi?” vastaukset merkitsin eri väreillä ilmaisemaan positiivisia, negatiivisia tai neutraaleja näkökantoja. Jatkoisin ryhmittelyä jakamalla samantyyppiset vastaukset eri paperikasoihin.

Sisällönanalyysiprosessista muodostuu erilainen riippuen siitä, perustuuko analyysi induktiiviseen vai deduktiiviseen päättelyyn. Induktiivisessa päättelyssä siirrytään konkreettisesta aineistosta käsitteelliseen kuvaukseen. Deduktiivinen päättely perustuu loogisiin sääntöihin. Deduktiivisessa päättelyssä lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tarkastellaan konkretiassa. Tällöin analyysiä ohjaa malli, teemat tai käsitekartta. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aineiston pelkistäminen ja luokittelu toteutetaan etsimällä systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmauksia. (Tuomi ym. 2012: 108–115.)

Avointen vastausten analysointi oli ongelmallisempaa, koska kyselyn rungosta ei näyttänyt olevan apua vastausten ryhmittelyssä. Varsinaisen avointen vastausten analyysin aloitin joulukuun puolivälissä 2012. Ensimmäisessä vaiheessa lähestyin siis aineistoa mittarikyselyn rungon mukaisesti. Kyseessä oli aineistolähtöinen lähestymistapa. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee aineiston jäsenyyksen ja luokittelun keinoin (Tuomi ym. 2012: 109). Luin avoimet kyselyvastaukset useaan kertaan ja perehdyin niiden sisältöön käyttäen apuna kehitysvammatyön luokitusmittarin ohjeistoa. Purin avointen vastausten alkuperäisilmaisuja listaten niitä pelkistetyiksi ilmaisuiksi.

Toisessa vaiheessa tammikuun alussa 2013 jatkoisin aineiston käsittelyä teorialähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Menetelmässä aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehykseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä (Tuomi ym.

2012: 110–113). Aineiston analyysin temaattiseksi johtolangaksi nostin ”näkyttömän” työn näkyväksi tekemisen kahdesta syystä. Ensinnäkin RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän tavoitteisiin sisältyy pyrkimys tehdä ”näkyttömän” työ näkyväksi ja kehittää oman työn arviointia. Toiseksi ajatteluni ohjasi sosiaalialan työhön liittyvä problematiikka sosiaalialan työn näkyttömyydestä. Erityisesti naispoliittisen tutkimuksen tavoite on ollut arkielämän toimintakäytäntöjen näkyväksi tekeminen. Toisena kantavana teemana minua kiinnosti sosiaalisen ilmentymät aineistossa. Mitä sosiaalinen tarkoittaa kehitysvammatyössä? Näiden tarkastelujen pohjalta tein erilaisia havaintoja, joiden yhdistäminen tuloksiksi edellytti palaamista yhä uudelleen valitsemiini teemoihin. Analyysivaiheessa teemoittelulla pyrin tarkastelemaan sellaisia aineistosta nousevia piirteitä, jotka olisivat yhteisiä usealle vastaajalle. Etsin materiaalista myös teemojen ulkopuolelle jäänyttä aineista, kuten yksittäisiä sanoja, lauseen osia tai ajatuskokonaisuuksia, joilla olisi merkitystä työn kannalta. Teorialähtöisessä analyysissä päättelyn logiikka yhdistetään usein deduktiiviseen päättelyyn, johon kuuluu ajatus yleisestä yksityiseen (Tuomi ym. 2012: 98–113).

Luokittelussa on kyse päättelystä. Luokkien muodostamisen kriteerit ovat yhteydessä tutkimustehtävään, aineiston laatuun ja tutkijan omaan teoreettiseen tietämykseen ja kykyyn käyttää tätä tietoa. Käytössäni oli kaksi erityyppistä valmiiksi kerättyä aineistoa: FCG:n kyselyvastausten prosenttiosuuksia kuvaava määrällinen aineisto ja laadulliseen analyysiin soveltuva avoimista vastauksista koostuva aineisto. Toisten keräämissä aineistossa olennaista olisi kyetä kytkemään ne omaan tutkimusintressiin ja sovittamaan omiin aineistoihin. Projekteissa kertyy analysoimatonta materiaalia ja projekteille on usein vain eduksi, jos niissä syntyvästä materiaalista tuotetaan erilaisia näkökulmia. (Hirsjärvi ym. 2001: 173.)

Aloittaessani opinnäytetyöprosessia syksyllä 2012 olin osa työyhteisöä, jossa käytettiin RAFAELA™-kehitysvammatyön luokitusmittaria. Paikkaansa hakevana ja uutena asiana sen käyttö puhututti ja vaati keskusteluja yhteisistä linjauksista jokapäiväisessä työssä. Opinnäytetyöprosessin loppuvaiheessa olin irtaantunut näistä keskusteluista ja en enää kuulunut kehitysvammatyön luokitusmittarin käyttäjäkuntaan. Tämä toi myös etäisyyttä asiaan. Toisaalta aineiston analyysissä vastassa oli tyypillinen kyselylomakkeiden ongelma. Niiden vastaajille ei voi esittää lisäkysymyksiä kuten haastattelututkimuksessa.

8 RAFAELA™-kehitysvammatyön luokitusmittarin validointikyselyn tarkastelu

8.1 Kvantitatiivisen analyysin tulokset

Kehitysvammatyön luokitusmittarin validointikyselyyn osallistui 14 ryhmäkotia, jotka olivat läpäisseet rinnakkaisluokituksen syksyllä 2012. Validointikysely suoritettiin reilun yhdeksän kuukauden kuluttua luokitusjärjestelmän käyttöönoton jälkeen. Hoitoisuuden mittaamiseen sisältyy aina subjektiivista inhimillistä arviointia. Tarkalla mittarin ohjeistamisella pyritään standardoimaan mittaaminen ja vähentämään mittaajasta johtuvia virheitä. (Kanerva 2003: 11–12.) Kuten aiemmin mainitsin rinnakkaisluokitusta koskevassa alaluvussa, rinnakkaisluokittelua käytetään luokittelijoiden yksimielisyyden testaamisessa. Validointikyselyssä oltiin kiinnostuneita nimenomaan kohderyhmästä, joka oli saavuttanut rinnakkaisluokituksessa tarvittavan yksimielisyyden ja sisäistänyt järjestelmän ohjeistuksen. Kyselyvastausten perusteella arvio mittarin kuuden osa-alueen ja vaatavuustasojen A-D soveltuvuudesta mittaamaan kehitysvammatyötä osoittautui varsin yksimieliseksi. ”Hyvin” tai ”erittäin hyvin” vastanneiden keskiarvo oli 70 prosenttia. Prosenttiosuudet kyselyn vastauksista perustuvat FCG:n suorittamaan aineiston analyysiin.

Taulukko 3. Kehitysvammatyön luokitusmittarin validointikyselyn vastausten prosenttiosuudet

	Ei ollenkaan	Osittain	Hyvin	Erittäin hyvin
Kuinka hyvin kehitysvammatyön luokituksen kuusi osa-aluetta kuvailevat asiakkaan kehitysvammatyön tarpeita ja niihin kuuluvia auttamismenetelmiä?				
Kehitysvammatyön suunnittelu ja koordinointi	1 %	26 %	69 %	4 %
Terveydentila	1 %	25 %	66 %	8 %
Ravitsemus	3 %	25 %	60 %	12 %
Hygienia ja erityistoiminta	0 %	18 %	71 %	11 %
Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo	1 %	33 %	64 %	3 %
Kommunikaatio, opetus, ohjaus ja emotionaalinen tuki	0 %	27 %	65 %	8 %
	Ei	Kyllä		
Puuttuuko mittarista mielestäsi jokin sellainen kehitysvammatyön osa-alue, joka kohdistuu suoraan asiakkaaseen?	85 %	15 %		

Voisiko jonkin mittarin osa-alueen liittää johonkin toiseen osa-alueeseen?	87 %	13 %		
	Ei ollenkaan	Osittain	Hyvin	Erittäin hyvin
Kuinka hyvin mittarin kuusi osa-aluetta yhdessä kattaa asiakkaan kehitysvammatyön tarpeen ja sen tyydyttämiseksi tehdyt kehitysvammatyön toimenpiteet?	3 %	22 %	71 %	5 %
Kuinka hyvin kuusi osa-aluetta on erotettu toisistaan?	0 %	30 %	66 %	4 %
Kuinka hyvin kullakin kehitysvammatyön osa-alueella olevat vaativuustasot A-D on kuvattu?				
Kehitysvammatyön suunnittelussa ja koordinoinnissa	3 %	36 %	58 %	4 %
Terveydentilassa	3 %	28 %	61 %	8 %
Ravitsemuksessa	3 %	24 %	66 %	8 %
Hygieniassa ja erityistoiminnassa	3 %	23 %	68 %	7 %
Aktiviteetissa, toiminnallisuudessa, nukkumisessa ja levossa	4 %	29 %	62 %	5 %
Kommunikaatiossa, opetuksessa, ohjauksessa ja emotionaalisessa tuessa	4 %	25 %	60 %	11 %
Miten konkreettinen eli käytännönläheinen mittari on kokonaisuudessaan?	13 %	28 %	55 %	4 %
Kuinka selkeää kieltä mittarissa on käytetty?	4 %	24 %	64 %	8 %
Kuinka selkeä mittari on seuraavassa kohdassa: Vaativuustasot A-D?	8 %	21 %	63 %	9 %
Miten hyvin kehitysvammatyön luokituksen antama kuva asiakkaan vammaistyön tarpeesta vastaa omaa, työkokemukseesi perustuvaa kuvaa asiakkaan vammaistyön tarpeesta?	4 %	40 %	56 %	0 %

8.2 Kvalitatiivisen analyysin tulokset

Seuraavissa luvuissa siirryn käsittelemään itsenäisesti suorittamaani sisällönanalyysin tuloksia. Tarkastelun keskiössä ovat avoimista vastauksista nousseet teemat ”näkyvämmän” työn näkyväksi tekeminen kehitysvammatyössä ja miten sosiaalinen ilmenee kehitysvammatyössä? Opinnäytetyön tutkimustehtävän kysymykseen, kuinka hyvin kehitysvammatyön luokitusmittari mittaa kehitysvammatyötä, ei ole yhtä selkeää vastausta. Laadullisia näkökulmia kartoittaessani kyselyyn vastanneet kokivat, että luokitusmittarin kuusi osa-aluetta ja niiden vaativuustasot A-D ottavat huomioon vain osan ryhmäkodeissa tehtävästä kehitysvammatyöstä. Arvolähtökohtana luokitusmittarissa painottuu yksilöllisyys. Toisena puolena se ei huomioi niin hyvin konkreettisesti sosiaalista, ryhmäkodeissa yhteisön hyväksi tehtävää työtä.

Avoimen kysymyksen ”Millä tavalla mittarin käyttöönotto on vaikuttanut työhösi? Onko jotain muuttunut työssäsi?” vastaukset antoivat viitteitä, että luokitusmittarin käyttöönotto on edesauttanut oman työn ja asiakkaiden tarpeiden arviointia, kehittänyt kirjaamiskäytäntöjä ja herättänyt pohdintaa kehitysvammatyön asiakaslähtöisyydestä.

8.2.1 ”Näkymättömän” työn näkyväksi tekeminen kehitysvammatyössä

”Osa-alueet kattavat konkreettisesti sen työn, mitä tehdään suoraan asiakkaaseen. Työhön kuuluu kuitenkin niin paljon kaikkea muutakin, että joskus unohtuu, ettei sitä kuulukaan mitata.”

Sisällönanalyysin ydinteeman muodosti ”näkymättömän” työn näkyväksi tekeminen. Sisällönanalyysin tuloksinna tukeuduin sosiaali- ja yhteiskuntapolitiikan tutkija Riikka Lämsän (Lämsä 2007: 8) esittämiin näkemyksiin luokituksen ja niiden käytön ongelmallisuudesta. Luokituksiin liittyy valintoja, vallankäyttöä ja intressiristiriitoja. Luokitukseen mukaan otettavat ja siitä pois jätettävät asiat ovat valintoja ja jokainen mukaan otettu kategoria sulkee jonkun toisen ulos ja näin vaijaa sen. Luokitukset eivät ole arvovapaita vaan kiinnittävät huomion kulloinkin tärkeänä ja tilastoinnin arvoisena pidettyyn ilmiöön. Koska luokitukset eivät ole neutraaleja tai itsestään syntyneitä vaan niitä voidaan pitää sopimuksina ja kamppailuina, lopputulokseen vaikuttavat myös eri osapuolten tavoitteet ja intressit.

Sisällönanalyysin perusteella kehitysvammatyön luokitusmittarin käytössä ongelmana nousi esiin luokittelun välittömän ja välillisen kehitysvammatyön määritelmästä nouseva ristiriita käytännön työssä. Luokituksessa otetaan huomioon työntekijän arvio toteutuneesta asiakkaan yksilöllisestä välittömästä ja välillisestä kehitysvammatyöstä, joka toteutuu asiakkaan luona tai asiakkaan kanssa tai vaihtoehtoisesti työ tehdään hänen hyväkseen. Vastaajat kokivat, että mittari mittaa vain osaa ryhmäkodeissa tehtävästä työstä, eikä anna todenmukaista kuvaa siitä. Eräs vastaaja ilmaisi, että:

”[...] Tässä työssä myös niin paljon ohjausta ja opettamista ohimennen, ettei niitä millään saada mukaan/näkymään hyvästä kirjaamisesta huolimatta.”

Myös asiakkaiden mielenterveysongelmat ja haastava käytös tuottavat ohjauksen kannalta "näkyvätöntä" työtä, joka ei välttämättä näy luokituksessa. Henkilöstö koki työnsä kokonaisvaltaisena ja laaja-alaisena. Asiakkaiden näkeminen psykofyysisenä kokonaisuutena ja heidän kanssa suoritettujen työn pilkkominen mitattavaan muotoon tekee luokittelusta haastavaa.

Luotettavaan luokitteluun pääseminen nähtiin ongelmallisena, koska mittaristo koettiin tulkinnanvaraisena ja luokitteluun vaikuttavan kunkin työntekijän ajatusmallit, kokemukset ja tuntemukset. Epäilyksiä herätti se, onko ryhmäkotien välillä mahdollista päästä yhtenevään luokitukseen, koska eri ryhmäkotien asiakaskunta poikkeaa toisistaan. Kullakin ryhmäkodilla on erityispiirteensä ja työntekijöiden välillä suuria eroja kohdata erilaisia asiakkaita. Asiakastilanteet voivat olla moninaisia ja hankalasti mitattavissa. Luokitus nähtiin sopimuksenvaraisena. Siksi kussakin yksikössä luokitukseen mukaan tuleva työ on purettava auki yksikkökohtaisesti.

Hoitoisuusluokitusten idea on pyrkiä tekemään työtä mitattavaksi ja näkyväksi. Luokituksiin mukaan otettavilla asioilla tulisi siten olla vastine myös työn todellisuudessa, elävässä elämässä. Hoitoisuusluokitukset osallistuvat valinnoillaan myös todellisuuden tuottamiseen. Mukaanottamiset ja poisjättämiset tuottavat ja rakentavat sitä työn todellisuutta jota ne kuvaavat. Luokituksista on jätetty pois asioita, jotka on katsottu mukaanotettuja vähempiarvoisiksi. Ei siis ole samantekevää mitä asioita luokituksiin sisällytetään, mistä asioista vaietaan ja minkälaista kieltä niissä käytetään. (Lämsä 2007: 9.)

Kehitysvammatyön luokitusmittarissa vastaajien mukaan puutteena ilmeni se, että mittari on painottunut liikaa "hoitotoimenpiteisiin" ja mittariston kieli ei kuvaa ryhmäkotien arjessa tehtävää työtä. Ryhmäkodissa eletävän arjen todellisuutta ja käytännönläheisyyttä on vastaajien mukaan vaikea sovittaa mittarissa käytettyyn kieleen. Työntekijät kokivat epärealistiseksi, ettei niin sanottu välillinen työ ole mukana luokituksessa. Tällä tarkoitetaan asiakkaan poissa ollessa (esim. päivätoiminnassa) suoritettavia juoksevien asioiden hoitoa: asiointia asiakkaan puolesta pankissa, apteekissa yms., reseptien tarkistamista, lääkkeiden jakoa, työyhteisössä käytäviä

epävirallisia keskusteluja ja suunnittelua asiakkaan tilanteesta. Samoin näkymättömiin koettiin jäävän kaikkien ryhmäkodissa asuvien hyväksi tehtävä arjen uusintaminen kuten ruoan valmistaminen tai esillepano ja jakaminen sekä ruokailutilanteiden sujuvuudesta huolehtiminen. Ilman tällaisia välillisiä tehtäviä, joihin asukas ei osallistu, hyvän kehitysvammatyön tekeminen koettiin mahdottomaksi. Niin sanotut välilliset tehtävät miellettiin tärkeäksi osaksi kehitysvammatyötä ja kohdistuvan loppujen lopuksi asiakkaaseen ja hänen hyvinvointiin. Ryhmäkodissa asuvien adaptiivinen käyttäytyminen (käsitteelliset, sosiaaliset ja käytännölliset taidot) ovat rajoittuneet ja jokapäiväisessä elämässä selviytyäkseen he tarvitsevat apua ja läsnäoloa lähes kaikissa arjen tilanteissa.

Luokitusten ongelmaksi on noussut se, että niillä pyritään kuvaamaan toimintaa, joka istuu jäykkiin luokituksiin huonosti. Esimerkiksi hoitotyön halutaan olevan kokonaisvaltaista, potilasta ymmärtävää, inhimillistä ja yksilön ihmisarvoa kunnioittavaa. Näitä laadullisia ja vaikeasti mitattavissa olevia asioita on hankalaa, ellei mahdotonta puristaa määrällistä tietoa tuottavaan luokitukseen. Hoitotyön monimuotoisuuden ja moniarvoisuuden istuttaminen sitä kuvaavaan luokitukseen johtaa ehkä väistämättä yksipuoliseen, määrällistä ja teknistä hoitamista korostavaan hoitotyön kuvaan monipuolisen, laadullisuutta ja inhimillisyyttä korostavan hoitotyön sijaan. (Lämsä 2007: 16.) Vastaava työn eettisistä lähtökohdista nouseva näkökulma oli pohdituttanut myös muutamaa kyselyyn osallistunutta. Kehitysvammatyössä ja ylipäätään sosiaalialalla asiakkaalla on oikeus tulla kohdatuksi kokonaisvaltaisesti. Sosiaalialan ammattilaisen on pyrittävä ottamaan huomioon asiakkaansa kaikki elämänalueet ja kohtaamaan hänet paitsi yksilönä myös osana ympäröivää yhteisöä ja yhteiskuntaa. Asiakasta tulisi auttaa omien vahvuuksiensa tunnistamisessa ja kehittämisessä. (Talentia 205: 8.) Luokittelun talousnäkökulman ja sosiaalialan eettisen arvoperustan ristipaineessa humanistisen näkemyksen ja asiakkaan kokonaisvaltaisen kohtaamisen muuttaminen lukuarvoiksi arvelutti. Mielekkääksi työn lähtökohdaksi ei koettu ajatusta "onko joku a tai b", kuinka hankala tai vaativa asiakas on ollut tai kuinka puutteellisia hänen taitonsa ovat olleet, vaan inhimillisuus.

8.2.2 "Sosiaalisen puoli" kehitysvammatyössä

"Sosiaalisen puoli puutteellinen . . . sillä kaikkea ei voi kirjata"

"Rafaelassa ei ole huomioitu sosiaalista jutustelua, mikä liittyy oleellisesti asiakkaan persoonana huomioimiseen, muttei kuitenkaan lue ohjaussuunnitelmassa, ei ole huomioitu lainkaan. Rafaelassa mitataan sinänsä vain konkreettista tavoitteellista työtä. Minun päivittäiseen työskentelyyn ainakin liittyy hyvin vahvasti asiakkaiden kanssa keskustelu, ilman sen suurempaa tavoitteellisuutta, mitä Rafaelassa penätään."

Vaikeasti määrittyvä sosiaalinen jäi mittarikyselyssä epämääräiselle katvealueelle. Syynä siihen on, ettei sitä suoranaisesti kysytty, koska kysely kohdentui kehitysvammatyön mittarisovelluksen kuudelle kehitysvammatyön osa-alueelle ja niiden vaatavuustasolle A-D. "Sosiaalisen puoli" jäi avoimissa vastauksissa puolinaisiksi lauseiksi, huomioiksi sivulauseissa tai sanallisiksi viittauksiksi, joka ilmeni puutteena, jota ei huomioida tai joka on unohdettu. Sosiaalityön tutkimuksissa on todettu, että sosiaaliala on niin näkymätöntä, että se ilmenee vasta sen sanoittamisessa. Sosiaalialan työn näkymättömyys selittyy sen luonteesta. Sosiaalialan työssä on kyse yhteiskunnan jäsenyydestä, kulttuurisista merkityksistä ja sidoksista sekä yhteisön jäsenyydestä. (Kolkka 2008: 125.) Sosiaalisen asiantuntijuus puolestaan nähdään kykynä kohdata asiakas, tarkastella yksittäisen asiakkaan tai asiakasryhmän arkielämän jatkuvuuteen, sosiaaliseen osallisuuteen ja toimintakykyyn liittyviä tarpeita (Kolkka 2008: 128).

Sosiaalialan työn kansainvälisen määritelmän mukaan sosiaalialan työn tavoitteena on ihmisten hyvinvoinnin lisääminen. Työn kohteena on vuorovaikutus ihmisen ja hänen ympäristönsä välillä. Välineenä käytetään sosiaali- ja käyttäytymisteoreettista sekä yhteiskunnan järjestelmiä koskevaa tietoa ja näiden soveltamiseen tarvittavaa taitoa. Sosiaalialan työn perusta on kansainvälisiin yleissopimuksiin kirjatuihin ihmisoikeuksien ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden periaatteissa. (Talentia 2005: 7.)

Avoimien vastausten sisällönanalyyseissä viittaukset sosiaaliseen edustivat siis poikkeuksia. "Kaveri tarve", päiväretki, ryhmädynamiikka, läsnäolo ja yhdessä olo, "ulkomaailmassa liikkuminen", virikkeet, ryhmässä tapahtuva työ, sosiaalipuolen

ryhmäkoti, ei ole huomioitu sosiaalista jutustelua, unohdettu tarve päästä liikkumaan kodin ulkopuolelle, tehdä asioita joita muutkin ihmiset tekee, käydä kaupassa tai elokuvissa, opetella asioimaan. Edellä mainitut irralliset lausumat johdattavat pohtimaan millainen ryhmäkoti on toimintaympäristönä? Mikä on työn perustehtävä?

Ryhmäkotia voidaan kuvata esimerkkinä institutionaalisesta yhteisöstä. Suvi Raitakarin (Raitakari 2008: 223, 228) mukaan institutionaalisten yhteisöjen tehtävä on paikata luonnollisissa ja paikallisissa yhteisöissä syntyviä hyvinvoinninvajeita. Hoitajat, ohjaajat ja muut jäsenet koettavat korvata apua tarvitsevalle ihmiselle luonnollisten yhteisöjen menetystä. Institutionaaliseksi yhteisöksi voidaan määritellä mikä tahansa hoito- tai kasvatustila, joka pyrkii parantamaan asiakkaidensa tilaa tarjoamalla mahdollisuuksia osallistua yhteisön toimintaan. Yhteisöllinen näkökulma korostaa sitä, että instituutioilla on merkitystä yksilön yksinäisyyden, hyvinvointivajeiden ja turvattomuuden lievittämisessä.

Kaarlo Laineen (Laine 1992: 5-6) 1990-luvun alun Uuteen asuntolakulttuuriin - kehittämissuunnitelman raportissa asuntolan päivittäisen toiminnan lähtökohdaksi on määritelty asuntolayhteisö, joka muodostuu fyysisistä puitteista ja sosiaalisesta ryhmästä, joka voidaan jakaa asukkaisiin ja työntekijöihin. Yksilöistä muodostuva yhteisö on psykososiaalinen perusta, viitekehys, joka määrittää fyysisen ympäristön ohella sekä asukkaiden että henkilökunnan toimintaa. Asuntola on oma sosiaalinen ryhmänsä, yhteisöllinen kokonaisuus. Yksilöt ovat vuorovaikutuksessa keskenään aktiivisemmin tai passiivisemmin, mutta he ovat vuorovaikutuksessa aina myös asuntolayhteisöstä muodostuvan kokonaisuuden kanssa.

Yksi ryhmäkodin keskeinen toimintaperiaate on kodinomaisuus. Ryhmäkodin toiminta mielletään kotina olemisena kehitysvammaisille. Työntekijöiden työn lähtökohtana on asukkaiden perustarpeiden tyydyttäminen. Kodinomaisuuteen kuuluvat hoidon jatkuvuus, kontaktit ja valinnanmahdollisuus. (Laine 1992: 21–22.) Muita työn keskeisiä lähtökohtia ovat aikuisuuden tukeminen ja pyrkimys yhteiseen päätöksentekoon yhteisissä asioissa (Laine 1992: 23). Ryhmäkodissa nivoutuvat yhteen

asuin- ja työyhteisö sekä yhteisö ja organisaatio. Ryhmäkodin toiminta on aina, oli se hoitoa, kuntoutusta, asumista tai työtä, ihmisiä sosiaalistava prosessi. Tämä prosessi muokkaa ihmisten persoonallisuutta sekä käyttäytymis- ja vuorovaikutusmalleja. (Laine 1992: 24.) Jo 1990-luvun alussa asukkaiden ja työntekijöiden yhteisten kokoontumisten on nähty rakentavan pohjaa ryhmäkodin kokonaisvaltaiselle kehittämiselle ja osallistuvan kulttuurin luomiselle. Yhteistyön ja sosiaalisen vuorovaikutuksen organisointi jää väistämättä henkilökunnan tehtäväksi ja heidän on pystyttävä tukemaan ja ohjaamaan asukkaiden päätöksentekotapaa. (Laine 1992: 29.)

Autetussa asumisessa kysymys kehitysvammaisten itsenäisestä toiminnasta, demokraattisesta päätöksenteosta ja tasavertaisesta osallistumisesta on visainen. Oman työkokemukseni perusteella avun tarve sosiaalisessa kanssakäymisessä vaatii usein työntekijän toimimista tulkkina asukkaiden välillä. Eräs vastaaja kuvasi ryhmäkodin tyypillistä työn luonnetta:

”kehitysvammatyössä tarvitsee myös läsnäoloa ja yhdessä oloa joka ei ole vaativaa, mutta työntekijää sitovaa.”

Nykytutkimuksen valossa asumispalveluyksiköiden toimintaperiaatteena on asukkaiden omatoimisuuteen tukeminen, joka ei välttämättä toimi vaikeavammaisten henkilöiden kohdalla. Kun asukaskanta alkaa muodostua monivammaisista ihmisistä ja heidän itsenäinen selviytymisensä on lähinnä teoreettista, asumispalvelut alkavat muistuttaa kehitysvammaisten hoiva- tai erityishuoltoyhteisöjä. (Eriksson 2008: 115.)

Kehitysvammaisuus on inhimillisen hyvinvoinnin kannalta ongelmallinen tekijä. Kehitysvammaiset ovat täysin riippuvaisia elämisensä ja hyvinvointinsa suhteen muista ihmisistä. Kehitysvammaisten todellisia tarpeita on vaikea saada esiin, koska heillä ei ole samankaltaista elämäkokemusta kuin normaaleilla ihmisillä. Eräs kyselyn vastaajista esitti vaikeuden määritellä kehitysvammaisen tarvealueita luokitusmittarin avulla:

”kehitysvammaisen henkilönä ei tule esiin, joten hänen todelliset tarpeensaakin jäävät osittain piiloon”

Jos syvät persoonalliset ja sosiaaliset suhteet, luovuus sekä reflektointikyky määrittellään inhimillisen hyvinvoinnin keskeisiksi osatekijöiksi, ovat ne vaikeasti kehitysvammaisten henkilöiden rajoittuneiden kognitiivisten ja emotionaalisten kykyjen johdosta saavutettavissa vain rajallisesti (Vehmas 1998: 114–115). Koska kehitysvammaisen henkilö ei välttämättä itse kykene asettamaan kaikkia itseään koskevia tavoitteita oman etunsa mukaisesti, on oltava joitain yleisiä, subjektiivisen kokemuksen yläpuolella olevia kriteerejä hyvästä ja toivottavasta elämästä (Vehmas 1998: 117). Kehitysvammatyössä ne nousevat lainsäädännöstä ja kehitysvammaisten asemasta käytävästä keskustelusta.

Kehitysvammaisten erityishuoltolain (519/1977) mukaan erityishuollon tarkoituksena on taata kehitysvammaisten suoriutuminen jokapäiväisessä arjessaan ja edistää heidän sopeutumista yhteiskuntaan. Kuten aiemmin olen maininnut, nykykäsityksen mukaan palvelujen riittävyttä arvioitaessa olisi kiinnitettävä huomiota niiden yhdenvertaisuutta ja osallisuutta edistäviin ulottuvuuksiin (Etelä-Suomen lääninhallitus 2006:23). Kehitysvammaisten asumispalvelujen uudistamisessa ollaan haasteen edessä. Keskeisiä yleisesti hyväksytyjä arvolähtökohtia ovat: 1) yksilöllisyys 2) lähiyhteisöllisyys 3) osallisuus 4) voimaantuminen 5) itsemääräämisoikeus sekä 6) kansalaisuus ja inklusio. (Hintsala 2008: 9.)

8.2.3 Ammatillinen itsereflektio, asiakaslähtöisyys ja työn kehittäminen

”Ainakin raporttien kirjottamiseen on kaikki joutuneet kiinnittämään huomiota, mikä on aina hyvä juttu. Vähän tuntuu siltä, että lisännyt tietokoneella istuskelua, vaikka senkin ajan olisi voinut olla asiakkaa kanssa.. Ehkä sekin hyvää, että asioita tulee käytyä lävitse ja mietittyä, mitä on tehnyt päivän aikana ja miksi. Mitä olisi voinut tänään tehdä myös paremmin.”

Kehitysvammatyön luokitusmittarin validointikyselyn avoimessa kysymyksessä haettiin vastausta kysymykseen millä tavalla mittarin käyttöönotto on vaikuttanut työhösi? Onko jotain muuttunut työssäsi? Kysymys oli suunnattu kaikille kyselyn vastaajille. Yhteensä vastauksia tuli 61 kappaletta.

Vastausten perusteella muodostui erilaisia kategorioita, jotka ilmaisivat vastaajien suhdetta omaan työhön luokitusmittarin käyttöönoton jälkeen. Suluissa oleva luku ilmaisee henkilömäärän kussakin kategoriassa. Ryhmittelyn perusteena oli miten henkilökunta oli kokenut RAFAELA™ -järjestelmän hyödyt ja haitat.

Neutraalit näkemykset (7) eivät ottaneet kantaa suuntaan eikä toiseen. Vastaukset olivat lyhyitä, eikä mittarin käyttöönotolla ole ollut suurempaa vaikutusta työhön lukuun ottamatta mittarin täyttämiseen käytettävää aikaa. Selkeä vastakkainasettelu, tietokoneella käytettävä aika asiakastyöhön käytettävän ajan sijaan, ilmaisi lievää negatiivista (11) luokitusmittarin käyttöönottoa kohtaan. Luokitteluun käytettävän ajan koettiin vähentävän aikaa varsinaisesta asiakastyöstä. Perusteluina selkeästi negatiiviseen (7) kantaan työmotivaatiota heikentävänä tekijänä oli, että tietokoneella tehtävä työ on lisääntynyt, eikä uuden opettelu motivoi. Epäluuloja herätti muun muassa luokitukselta saatava hyöty ja ketä se tulee tulevaisuudessa palvelemaan. Oman ryhmänsä muodostivat vastaajat, jotka olivat kokeneet järjestelmän käyttöönoton jollaintapaa positiivisena, mutta näkivät haitat hyötyä suurempina. Epäilijät (3) kohdistivat kritiikkiä luokituksen yhteneväisyyteen, täsmällisyyteen, luotettavuuteen ja yksiköiden väliseen vertailtavuuteen.

Kehitysvammatyön luokitusmittarin käyttöönotto nähtiin myös positiivisessa valossa. Vaikka uuden opettelu lohkaisee osan työajasta, hyödyt nähtiin haittoja suurempina. Oman ryhmänsä muodostivat oman työn sisällön pohtijat (13). Luokitusjärjestelmän käyttöönotto on tuonut mukanaan oman työn ja asiakkaiden tarpeiden reflektointia. Mittarin käyttöönotto on pakottanut omien arvojen ja työnkuvan tarkastamiseen, mittarin avulla on ollut mahdollista selkeyttää ajatuksia tehdystä työstä ja ylipäätään arviointi on selkeytynyt ja helpottunut. Luokitusmittarin käyttöönotto on herättänyt keskustelua työyhteisössä ja tuonut esiin kuinka eritavoin kukin katsoo työtä. Työn eri näkökulmien pohtimisen lisäksi hyödyiksi nähtiin tilanteiden jälkikäteisen arvioinnin ja työpäivän ajankäytön näkyväksi tuleminen esimerkiksi asiakkaan puheluihin käytetyn ajan suhteen. Asiakaslähtöisyyden pohtiminen on lisääntynyt luokitusmittarin käyttöönoton jälkeen.

Konkreettisenä parannuksena nousi esiin kirjaamiskäytäntöjen kehittyminen (13). Luokitusmittarin käyttöönotto on tarkentanut kirjaamiskäytäntöjä, yhtenäistänyt raportointikieltä ja asiakasdokumentoinnin muotona sähköinen kirjaaminen on muuttunut palvelemaan paremmin luokitusta. Vaikutukset heijastuvat myös esimerkiksi asiakkaan päivittäisten toimintojen huomioimiseen ja suulliseen raportointiin.

Asiakastyön arviointi aiheutti myös epävarmuutta ja suoranaista stressiä. Työhönsä tunnollisesti suhtautuvat (4) toivat esiin huolta siitä, etteivät muista kirjata raporteihin kaikkea tai luokittelevat väärin ja osaltaan tämä voi antaa epäluotettavaa tietoa kehitysvammatyöstä. Luokitusmittarin käyttöönotto herätti myös moraalista pohdintaa luokittelun oikeutuksesta kehitysvammatyössä (2). Kodinsfääri nähtiin yksityisenä tilana, jossa kehitysvammaisella tulisi olla oikeus yksityisyyteen.

RAFAELA-hankkeen kehitysvammatyön luokitusmittarin luotettavuuteen keskittyvä kysely ajoittui ajankohtaan, jossa päämääränä oli arvioida hankkeessa kehitettyä OPC-mittaria. Riittävä koulutus on edellytys hoitoisuusluokitusta käyttävälle henkilökunnalle erityisesti luokituksen käyttöönoton aloitusvaiheessa. Koulutusta tarvitaan hoitoisuuden arviointiin ja luokituksen teoreettisiin näkemyksiin. Järjestelmän mukaisen luokituksen aikaan saamiseen tarvitaan lisäksi kirjallista materiaalia ja selkeät käyttöohjeet.

Kehitysvammatyön luokitusmittarin luotettavuuteen vaikuttavat työn ammatillisuus, yhdenmukaisten ohjeiden käyttö ja työn riittävä strukturoitu kirjaaminen (FCG 2011: 24–25). Hoitoisuusluokituksen ensisijaiseen tehtävään, pyrkimykseen kyetä luokituksesta saadun tiedon perusteella suunnittelemaan ja kohdentamaan henkilöstöresurssi oikeaan paikkaan asiakkaan tarpeen mukaan, ei tässä opinnäytetyössä kyetä vastaamaan, eikä se ollut ensisijainen tutkimuskysymys. Intressini oli selvittää miten henkilökunta on kokenut mittarin käytön.

Suhteessa luokitusmittarin kehittämishankkeen tavoitteisiin kehittää kirjaamista, kehitysvammatyön dokumentointia ja näkemystä hyvästä kehitysvammatyöstä,

avoimen kysymyksen analyysi antoi viitteitä siitä, että vastaajien mukaan luokitusmittarin käyttöönotosta koituvat hyödyt ovat haittoja suurempia. Vaikka luokitusmittarin käyttö vei aikaa, aiheutti sekavuutta ja hämmennystä, luokitusmittarin käytöllä voidaan edesauttaa työn sisällöistä käytävää keskustelua, kehittää oman työn arviointia ja asiakaslähtöisyyttä sekä yhdenmukaistaa asiakasdokumentointia.

Kuten muissakin luokituksissa myös kehitysvammatyön luokituksen voidaan olettaa kuvastavan oman aikakautensa näkemyksiä. Hoitoisuusluokituksissa ilmeneviä muuttuvia käsityksiä ovat esimerkiksi ihmiskäsitys ja ammattilaisten työnkuva. Hoitoisuusluokitusten muotoutumisessa olisi huomioitava käytännön kentän ääni, kehitysvammaisuudesta käytävän keskustelun kansalliset ja kansainväliset suuntaukset sekä ympäröivä yhteiskunta arvoineen ja käytäntöineen. (Lämsä 2007: 9.)

Työni lopuksi käsittelen eräitä käytännön kentän äänen esiintuomia parannusehdotuksia. Avointen vastausten sisällönanalyysin perusteella osa vastaajista kommentoi luokitusmittarin kuudesta osa-alueesta kohdat 5) aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo sekä 6) kommunikaatio, opetus, ohjaus ja emotionaalinen tuki tuottavan ongelmia epäselkeytensä vuoksi. Osa-alueiden sisältöä tulisi avata, koska käytännössä niiden koettiin leikkaavan toisiaan. Niiden sisällössä nähtiin olevan ristiriitaisuuksia ja päällekkäisyyksiä.

Puutteena ilmeni myös mittariston A-D vaativuustasojen karkeajakoisuus. Konkreettisenä parannusehdotuksena toivottiin kehitysvammatyön luokitusmittarin sisältävän esimerkiksi viisiportaisen vaativuustasoasteikon A-E. Apusanoihin toivottiin täsmällisyyttä ja selkeyttä. Tässä auttaisi esimerkiksi jokin viitteellinen aikamääre työhön käytetystä ajasta. Luokittelun helpottamiseksi luokitusmittariin kaivattiin käytännön työstä nousevia konkreettisia esimerkkejä kuvaamaan vaativuustasojen eroja selkeämmin.

9 Johtopäätökset ja pohdinta

Kehitysvammatyön luokitusmittarin validointikyselyn vastausten prosenttiosuudet osoittivat kehityshankkeessa kehitetyn mittarin ominaisuudet keskimäärin hyväksi. Suurin osa kyselyn vastaajista oli sitä mieltä, että luokitusmittarin kuusi kehitysvammatyön osa-aluetta kuvailevat hyvin asiakkaan kehitysvammatyön tarpeita ja niihin kuuluvia auttamismenetelmiä. Kyselyvastausten avointen vastausten laadullinen sisällönanalyysi puolestaan antoi äänen kyselyssä huomattavan pienelle vähemmistölle, joka oli arvioinut mittarin ominaisuuksia asteikolla "ei ollenkaan" tai "osittain". Luokitusmittarin ongelman ytimeksi vastaajat kokivat sen teoreettisista lähtökohdista nousevan määritelmän yksilöllisestä välittömästä ja välillisestä kehitysvammatyöstä, joka sulkeistaa osan ryhmäkodeissa tehtävästä työstä luokittelun ulkopuolelle. Vastaajat kokivat, että luokitusjärjestelmä ei anna todenmukaista kuvaa ryhmäkodin arkisista käytännöistä.

Mittari-hankkeen pilottiprojektissa on testattu kuinka paljon niin sanottua välillistä työtä jää luokituksen ulkopuolelle. Yksiköissä suoritettiin aikamittaus keväällä 2007. Henkilökunta kirjasi lomakkeisiin päivävuorossa neljän tunnin ja yövuorossa viiden tunnin ajan suorittamansa toiminnot kymmenen minuutin välein. (Kanerva 2009: 14.) Tulos osoitti, että välittömään vammaistyöhön käytettiin yksiköissä keskimäärin 53,8 % työajasta. Välilliseen vammaistyöhön käytettiin työaikaa keskimäärin 17,5 %. Keskimäärin työntekijät käyttivät siis 71,3 % työajastaan asiakkaisiin kohdistuvaan työhön, loput 28,7 % työajasta käytettiin yksikkökohtaiseen työhön. (Kanerva 2009: 17.)

Sisällönanalyysin prosessissa huomioni kiinnittyi ilmauksiin, joissa viitattiin ryhmäkodeissa ilmenevään sosiaaliseen. Tämä siksi, koska asumispalveluiden kehittäminen on ajankohtainen haaste ja kehitysvammaisuuden sosiaalisen mallin mukaan kehitysvammaisten osallisuus yhteisöissään ja yhteiskunnassa on yksilöiden tasavertaisuuden näkökulmasta tavoiteltava asia. Kyselyn vastausten perusteella juuri "sosiaalisen puoli" aiheutti epäselvyyttä luokitusmittarin käytössä. Käsite on hankala pukea sanoiksi arjen konkretian tasolla. Sosiaalisen voi pelkistyneimmillään käsittää

ihmisen jokapäiväisen elämän ympäristöksi, jossa ihmiset ovat yhteyksissä toisiinsa, kuuluvat johonkin ja toimivat jossain. Sosiaalinen kuten myös hoiva sijoittuvat jonnekin näkymättömyyden rajapinnalle ja niiden oikeutusta ja olemassaoloa on vaikea todentaa. Hoivaan kuuluu vastuurationaalisuus ja siten se on tilanteittaisesti herkkää ja joustavaa toimintaa, joka pitää yllä arjen jatkuvuutta (Juhila 2006: 153).

Työn kehittämisen kannalta luokitusmittarin käyttöönotosta oli havaittavissa kyselyn vastausten perusteella positiivisia seurauksia reilun yhdeksän kuukauden jälkeen sen käytön aloittamisesta. Luokitusmittarin käyttö edesauttoi työn sisällöistä käytävää keskustelua, kehitti oman työn arviointia ja asiakaslähtöisyyttä sekä yhdenmukaisti asiakasdokumentointia.

Koska opinnäytetyö edustaa laadullista tutkimusta, pohdin opinnäytetyöni luotettavuuteen liittyviä kysymyksiä. Luotettavuutta olen pyrkinyt lisäämään kertomalla, miten opinnäytetyön materiaali on koottu. Pyrin myös erottelemaan mikä oli työelämän yhteistyökumppanin FCG Tietojohtaminen Oy:n osuus, panos ja tuki opinnäytetyön toteutuksessa ja mikä oli oma itsenäinen osuuteni aineiston analysoinnissa.

Kyselylomakkeiden luotettavuus perustuu niiden analysoijan omaan harkintaan saadun tiedon luotettavuudesta. Ongelmaksi koin sen, ettei lomakkeen vastaajille voinut esittää lisäkysymyksiä kuten haastattelututkimuksessa. Esimerkiksi liian lyhyet yksisanaiset vastaukset tai kuvaukset vain ranskalaisin viivoin eivät välttämättä sisältäneet tarvittavaa informaatiota päätelmien tekemiseen. Siksi analysoidessani avoimia vastauksia valintani kohdistui aineistoon, joka sisälsi monipuolista ja jonkinlaisen näkökulman omaavaa tietoa tutkittavaan asiaan. Tutkimustulosten raportoinnissa esitin aineiston suorat lainaukset lainausmerkein. Tässä opinnäytetyössä en analysoinut taustakysymyksiä, koska niillä ei ollut välttämättä merkitystä tutkimuskysymyksen kannalta. Kyselyyn vastasi yhteensä 80 ryhmäkodin työntekijää 114:stä henkilökuntaan kuuluvasta työntekijästä. Kysely olisi ollut edustavampi ja luotettavampi, jos kyselyyn olisi vastannut vielä useampi työntekijä. Syytä katoon on

vaikea selvittää. Voi olla, että osa henkilöstöstä ei halunnut osallistua kyselyyn. Vastausaikaa oli kokonaisuudessaan reilu kuukausi.

Opinnäytetyö edellytti tutkimuslupaa kahdelta organisaatiolta. Tähän opinnäytetyön saamaani aineistoa sain käyttää ainoastaan tässä opinnäytetyössä ja sen jälkeen minun tulee hävittää aineisto. Tietojen käsittelyssä on tärkeää, että luottamuksellisuus säilyy, eikä osallistujia voi tunnistaa tutkimuksesta (Eskola – Suonranta 2003: 56–57). Kyselyaineiston keräämisestä vastannut FCG informoi kyselylomakkeen alussa lomakkeen täyttäjää, että vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, eikä kyselyn analysoimisessa ole tarkoitus eritellä yksittäisiä vastaajien tai yksiköiden tietoja. Myös minun opinnäytetyön tekijänä tuli sitoutua edellä mainittuihin ehtoihin.

Tässä opinnäytetyössä ajatteluni pohjavireenä oli feministinen näkökulma. Naispoliittisen tutkimuksen tavoite on usein ollut arkielämän toimintakäytäntöjen näkyväksi tekeminen. Näkökulmani liittyi kiinteästi hoiva-käsitteeseen. Kehitysvammaisten kohdalla se merkitsee avuttomuuksien ja niiden yhteiskunnallisten ja yksilöllisten seurauksien tunnistamista – avun eli hoivatyön tarvetta. Asumisen ongelmana se kattaa lähes kaiken jokapäiväisen elämän tarpeet. Kehitysvammaisuudesta johtuvat ongelmat kaventavat kansalaisuutta, osallistumisen oikeutta ja jäsenyyttä yhteiskunnassa ja yhteisöissä. Silva Tedre (Tedre 2007: 112) onkin todennut, että sosiaalialan työ perusteleo olemassaoloaan kansalaisten hyvinvoinnin, osallisuuden ja kuulumisen oikeuksilla ja velvollisuuksilla. Konkreettinen hoivatyö on työtä kuulumisen puolesta.

Lähdeaineiston valinnalla halusin saattaa keskusteluyhteyteen erilaisia kehitysvammatyöhön vaikuttavia intressitahoja ja näkökulmia. Eri viranomaistahojen tuottamissa julkaisuissa vammaisuuden ongelmat liittyvät nykykäsityksen mukaan saavutettavuusajatteluun ja ihmisoikeuksiin. Kehitysvammaisiin ihmisiin halutaan ulottaa ajatus subjektiudesta, asiakkuudesta ja kansalaisuudesta. Tämä luo paineita järjestettäessä kehitysvammaisten asumispalveluja. Katsonkin, että vammaisuuden tarkastelu sosiaalisen ja poliittisen lähestymistavan kautta tulisi heijastua myös

asumisyksiköissä kehitysvammatyötä käytännössä tekevän henkilöstön kuvaan hyvästä kehitysvammatyöstä.

Hoitotieteen osalta tukeuduin RAFAELA™ -järjestelmää koskeviin julkaisuihin sen luotettavuutta ja henkilöstön resursointia käsittelevien asiayhteyksien kautta. Siten esimerkiksi hoitotyön eettisen arvoperustan pohdinta ja näkemykset hyvästä hoidosta ovat puutteellisia tässä opinnäytetyössä, eikä niiden yhtäläisyydet tai eroavuudet käsitykseen hyvästä kehitysvammatyöstä tule esiin. Työelämän yhteistyökumppanin FCG:n tuottaman materiaalin käyttö oli perusteltua, koska opinnäytetyön tekijänä minun tuli osoittaa ymmärrykseni RAFAELA™ -järjestelmän teoreettisiin lähtökohtiin ja niiden yhteys tulkintani tuloksiin. Tuomalla mukaan keskusteluun vanhemman 1990-luvun alussa Helsingin kaupungin ryhmäkodeissa toteutetun kehittämishankkeen, halusin avata ryhmäkodeissa tehtävää työtä sosiaalialan näkökulmasta, jossa yhteisöllisyys ja kehitysvammaisen äänen esiintuominen paikantuvat olennaisiksi työn lähtökohdiksi.

Aineiston analyysi edellytti valintojen tekemistä. Opinnäytetyöni edustaa vain yhdenlaista näkökulmaa. Ryhmäkodeissa asuvien kehitysvammaisten on vaikea saavuutta perinteistä inklusioajattelun mukaista elämistä, jossa kehitysvammaiset henkilöt luovat esimerkiksi suhteita naapurustoon, käyvät normaaleilla työpaikoilla töissä tai harrastavat muiden ihmisten kanssa. Kehitysvammaisten maailma kohtaa harvoin muiden kansalaisten maailman. Pääosin he viettävät aikaansa muiden kehitysvammaisten kanssa. Inklusioajattelu toteutuu siinä, että ryhmäkodit on sijoitettu keskelle tavallisia asuinalueita ja tällä tavoin kehitysvammaiset kuuluvat entistä kiinteämmin osaksi yhteiskuntaa. Kuitenkin useille kehitysvammaisille asukkaille ryhmäkoti ja omaiset ovat päivätoimintakeskuksen lisäksi ainoa elinympäristö. Osallisuus ja mielipiteiden huomiointi voivat kehittää kehitysvammaisten henkilöiden kykyä oppia sosiaalisten suhteiden ylläpitoa ja itseilmaisua. Kehitysvammaisten ryhmäkodissa elämänlaatua luonnehtii se, että ihmissuhteet rajoittuvat kehitysvammaisten ryhmään ja lähityöntekijöihin. Ryhmäkodin ihmissuhteita leimaa pakollisuus. Palkatut työntekijät ja asuinkumppanit ovat peili johon heijastaa itseään.

Haasteellista olisikin löytää toimivia keinoja siihen, millä tavoin kehitysvammaisen voisi itse vaikuttaa elämänsä ratkaisuihin ja kasvumahdollisuuksiin.

Keskeiseksi pohdinnan arvoiseksi asiaksi ja RAFAELA™ -järjestelmään liittyväksi kehittämiskohteeksi nousi tarve määritellä mitä on hyvä kehitysvammatyö? Minkälaiselle arvoperustalle se rakentuu? Selkeä määritelmä voisi toimia apuna luokittelua tekevien ohjenuorana. Opinnäytetyön tuloksista toivon koituvan hyötyä niin ryhmäkodeissa työskenteleville kuin lisenssin omaavalle yritykselle. Opinnäytetyöni pyrkimyksenä oli kartoittaa niin hoitoisuusluokitusjärjestelmän vahvuuksia kuin heikkouksiakin. Opinnäytetyössä äänen saivat kehitysvammatyön hoitoisuusluokitusjärjestelmää työssään käyttävä ryhmäkotien henkilökunta. Hoitoisuusluokitusjärjestelmää ylläpitävä taho ja järjestelmän koulutusta järjestävät tahot voivat arvioida sitä, ovatko opinnäytetyössä esitetyt näkökulmat todella uudistuksen arvoisia tai merkityksellisiä.

Lähteet

- Ahola, Sanna – Konttinen, Juha–Pekka 2009. Uudistuva vammaispalvelulaki. Oikeus henkilökohtaiseen apuun vahvistuu. Helsinki: Assistentti info sarja nro 6.
- Brandt, Krista – Burrell, Sarah (toim.) 2008. Tuettu eläminen. Näkökulmia kehitysvammaisten henkilöiden yksilölliseen asumiseen. Teoksessa Oma ovi, oma tuki. Näkökulmia kehitysvammaisten ihmisten yksilölliseen asumiseen. Asumispalvelusäätiö ASPA, Autismi- ja aspergerliitto ry, Helsingin Kehitysvammatuki 57 ry, Kehitysvammaisten Tukiliitto ry, Kehitysvammaisten palvelusäätiö ja Kehitysvammaliiton 78. Helsinki: Painohäme.
- Eskola, Jari – Suoranta, Juha 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- FCG Finnish Consulting Group Oy 2012. RAFAELA™ -järjestelmä kehitysvammatyön luokitusohjeisto. Versio 1.1, 1.1.2012.
- FCG Finnish Consulting Group Oy 2011. RAFAELA™ -järjestelmäkoulutus. Kehitysvammatyön luokitus. Koulutusmateriaali 18.8.2011.
- Heikkilä, Tarja 2005. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Eriksson, Susan 2008. Erot, erilaisuus ja elinolot – vammaisten arkielämä ja itsemääräminen. Kehitysvammaliiton tutkimuksia 3/2008. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry.
- Etelä-Suomen lääninhallitus 2006. Enemmän kuin tavallinen. Etelä-Suomen läänin vammaispoliittinen ohjelma 2007–2010. Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 110. Helsinki: Etelä-Suomen lääninhallitus.
- Fagerström, Lisbeth – Rauhala, Auvo 2003. Finnhoitoisuus – hoitotyön Benchmarking. projektin loppuraportti 2000–2002. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Hintsala, Susanna 2008. Yksilölliseen asumiseen ja asumisen toimintakulttuuriin. Uudenmaan erityispalvelut kuntayhtymä. Julkaisuja 1/2008.
- Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2001. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huuskonen, Päivi 2006. Hoitotyön toiminnot ja vaativuus. Sädehoitoyksikön henkilökunnan kuvaamina. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Juhila, Kirsi 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Kanerva, Anne 2013. Toimialajohtaja, järjestelmät FCG. Henkilökohtainen sähköposti 11.1.2013.

- Kanerva, Anne 2004. Hoitotyö erikoissairaanhoidossa Oulu Patient Classification-mittarilla ja suomalaisella hoitotyön minimitiedostolla kuvattuna. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Kanerva, Anne 2009. RAFAELA™ -järjestelmän soveltaminen vammaistyöhön. Finnish Consulting Group Oy. Yrityksen sisäinen julkaisu.
- Kanerva, Anne 2003. Hoitoisuusluokituksen reliabiliteetin varmistaminen HYKS, Jorvin sairaalassa. HYKS julkaisuja, sarja A 01/2003.
- Kaski, Markus – Manninen, Anja – Pihko, Helena 2012. Kehitysvammaisuus 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kaustinen, Teija – Hentinen, Maija 1998. Oulu – Hoitoisuusluokituksen luotettavuuden arviointi. Sairaanhoidaja vol. 71, 3.
- Kolkka, Marjo 2008. Ammattiin oppiminen merkitysrakenteiden muutoksena. Teoksessa Viinamäki, Leena (toim.) 2008: 14 puheenvuoroa sosionomien (AMK) asemasta Suomen hyvinvointiasiantuntijajärjestelmässä. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A: Raportteja ja tutkimuksia 2/2008. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu.
- Laine, Kaarlo 1992. Uuteen asuntolakulttuuriin. Helsingin kaupungin kehitysvammanhuollon asuntolatoiminnan kehittämisprojekti 1988–1991. Sosiaaliviraston julkaisusarja A 5/1992. Helsingin kaupunki: Sosiaalivirasto.
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977. Annettu Helsingissä 23.6.1977.
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987. Annettu Helsingissä 3.4.1987.
- Lonkila, Paula 2006. Hoitoisuusluokituksen käyttö osana hoitotyön laadun arviointia. Hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto.
- Luhtasela, Liisa 2006. Hoitoisuuden vaikutus hoitotyöhön Rafaela -järjestelmän avulla tarkasteltuna. Pro Gradu. Tampereen yliopisto: Tampere.
- Lämsä Riikka 2007. Näkymättömyydestä näyttämölle: hoitotyön toimijat hoitoisuusluokituksissa. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 44, s. 8-19.
- Niemelä, Markku – Brandt, Krista (toim.) 2008. Kehitysvammaisten yksilöllinen asuminen. Pitkäaikaisesta laitosasumisesta kohti yksilöllisempiä asumisratkaisuja. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:73. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<http://pre20090115.stm.fi/vk1202213422750/passthru.pdf>>. Luettu 8.5.2012.
- Nukari, Toini 2008. RAFAELA TM –hoitoisuusluokituksen viisivuotinen taival. Sairaala-
viesti 3/2008.

- Nummelin, Tua 2003. Kehitysvammapalvelujen rakennemuutos. Kehitysvammaliitto ry. Helsinki: Edita.
- Pusa, Anna-Kaisa 2007. The Right Nurse in the Right Place - Nursing Productivity and Utilisation of the RAFAELA Patient Classification System in Nursing Management. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. E, Yhteiskuntatieteet, no 147. Kuopion yliopisto. Verkkodokumentti. <http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-951-27-0517-7/urn_isbn_978-951-27-0517-7.pdf>. Luettu 11.9.2012.
- Rainio, Anna-Kaisa – Ohinmaa, Arto 2004. Henkilöstövoimavarojen käytön arviointi RAFAELA -hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla. Terveystaloustiede. Stakes, Aiheita 3/ 2004. Verkkodokumentti. <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Aiheita3-2004.pdf>> Luettu 11.9.2012.
- Raitakari, Suvi 2008. Asukkaasta kiinnipitäminen ja irtipäästäminen. Neuvotteluja yhteisön tavoittelemasta jäsenyydestä. Teoksessa Roivainen, Irene – Nylund, Marianne – Korkiamäki, Riikka – Raitakari, Suvi (toim.) 2008: Yhteisöt ja sosiaalityö. Kansalaisen vai asiakkaan asialla? Jyväskylä: PS-kustannus.
- Rauhala, Auvo 2008. The validity and feasibility of measurement tools for human resources management in nursing – Case of the RAFAELA system. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet. Kuopion yliopisto.
- Talentia 2005. Arki, arvot, elämä, etiikka. Sosiaalialan ammattilaisen eettiset ohjeet. Helsinki: Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. Ammattieettinen lautakunta.
- Tedre, Silva 2007. Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa Seppänen, Marjaana – Karisto, Antti – Kröger, Teppo (toim.) 2007: Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Tedre, Silva 2003. Hoiva ja vanhuus. Teoksessa Hakonen, Sinikka - Marin, Marjatta (toim.) 2003: Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Vehmas, Simo 2005. Vammaisuus. Johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan. Helsinki: Gaudeamus.
- Vehmas, Simo 1998. Vammaisuuteen liittyvien rajoitteiden vähentäminen – yksilöön ja

yhteisöön kohdistettavien toimenpiteiden moraalinen oikeutus. Teoksessa Ladonlahti, Tarja – Naukkarinen, Aimo – Vehmas, Simo (toim.) 1998: Poikkeava vai erityinen? Erityispedagogiikan monet ulottuvuudet. Jyväskylä: Atena.

Ympäristöministeriö 2009. Asuntoja kehitysvammaisille ja vaikeavammaisille, Ehdotus kehitysvammaisten ja muiden vaikeavammaisten asunto-ohjelmaksi vuosille 2010–2015. Ympäristöministeriön raportteja 16/2009. Helsinki: Ympäristöministeriö.

Liite 1. Kehitysvammatyön luokitusmittarin validointikyselyn kysymykset

Taustatiedot:

Mikä on ammatillinen koulutuksesi?

- a) ammattikorkeakoulu / opistoaste (esim. sosionimi, kehitysvammaisten ohjaaja, sairaanhoitaja)
- b) ammatillinen peruskoulutus (esim. lähihoitaja, kehitysvammaisten hoitaja, mielenterveyshoitaja)
- c) ei alan koulutusta
- d) muu, mikä

Kuinka pitkä kokemus Sinulla on kehitysvammatyöstä?

- a) alle 1 vuotta
- b) 1 – 5 vuotta
- c) 6 – 10 vuotta
- d) 11 – 15 vuotta
- e) yli 15 vuotta

Kuinka hyvin kehitysvammatyön luokituksen kuusi osa-alueita kuvailevat asiakkaan kehitysvammatyön tarpeita ja niihin kuuluvia auttamismenetelmiä? Huom. kysymys koskee Kehitysvammatyön mittaria, ei RAFAELA-sovelluksessa olevia tekstejä.

(1=ei ollenkaan, 2=osittain, 3=hyvin, 4= erittäin hyvin)

Kehitysvammatyön suunnittelu ja koordinointi

Terveydentila

Ravitsemus

Hygienia ja eritystoiminta

Aktiviteetti, toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo

Kommunikaatio, opetus, ohjaus ja emotionaalinen tuki

Jos vastasit 1 tai 2, perustele

Puuttuuko mittarista mielestäsi jokin sellainen kehitysvammatyön osa-alue, joka kohdistuu suoraan asiakkaaseen?

Ei / Kyllä (mikä)?

Voisiko jonkin mittarin osa-alueen liittää johonkin toiseen osa-alueeseen?

Ei / Kyllä (mikä)?

Kuinka hyvin mittarin kuusi osa-alueita yhdessä kattaa asiakkaan kehitysvammatyön tarpeen ja sen tyydyttämiseksi tehdyt kehitysvammatyön toimenpiteet? (1=ei ollenkaan, 2=osittain, 3=hyvin, 4= erittäin hyvin)

Jos vastasit 1 tai 2, perustele

Kuinka hyvin kuusi osa-aluetta on erotettu toisistaan? (1=ei ollenkaan, 2=osittain, 3=hyvin, 4= erittäin hyvin)

Kuinka hyvin kullakin kehitysvammatyön osa-alueella olevat vaativuustasot A-D on kuvattu? (1=ei ollenkaan, 2=osittain, 3=hyvin, 4= erittäin hyvin)

Kehitysvammatyön suunnittelussa ja koordinoinnissa

Terveydentilassa

Ravitsemuksessa

Hygieniassa ja eritystoiminnassa

Aktiviteetissa, toiminnallisuudessa, nukkumisessa ja levossa

Kommunikaatiossa, opetuksessa, ohjauksessa ja emotionaalisessa tuessa

Jos vastasit 1 tai 2, perustele

Miten konkreettinen eli käytännönläheinen mittari on kokonaisuudessaan? (1=ei ollenkaan, 2=osittain, 3=hyvin, 4= erittäin hyvin)

Jos vastasit 1 tai 2, perustele

Kuinka selkeää kieltä mittarissa on käytetty? (1=ei ollenkaan, 2=osittain, 3=hyvin, 4= erittäin hyvin)

Jos vastasit 1 tai 2, perustele

Kuinka selkeä mittari on seuraavassa kohdassa: Vaativuustasot A-D? (1=ei ollenkaan, 2=osittain, 3=hyvin, 4= erittäin hyvin)

Jos vastasit 1 tai 2, perustele

Miten hyvin kehitysvammatyön luokituksen antama kuva asiakkaan vammaistyön tarpeesta vastaa omaa, työkokemukseesi perustuvaa kuvaa asiakkaan vammaistyön tarpeesta? (1=ei ollenkaan, 2=osittain, 3=hyvin, 4= erittäin hyvin)

Jos vastasit 1 tai 2, perustele

Millä tavalla mittarin käyttöönotto on vaikuttanut työhösi? Onko jotain muuttanut työssäsi? (Avoin)

