



Leila Hiltunen & Sirpa Saarela

**KOTIHOIDON RAI- HC- TIETOJÄRJESTELMÄN HOITO-JA
PALVELUSUUNNITELMAN KEHITTÄMINEN**

KOTIHOIDON RAI- HC- TIETOJÄRJESTELMÄN HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMAN KEHITTÄMINEN

Leila Hiltunen
Saarela Sirpa
Opinnäytetyö
Syksy 2013
Sosiaali- ja terveysalan
kehittämisen ja johtamisen
koulutusohjelma
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulin seudun ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma, Ylempi AMK

Tekijä(t): Hiltunen Leila & Saarela Sirpa

Opinnäytetyön nimi: Kotihoidon RAI-HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelman kehittäminen

Työn ohjaaja(t): Yliopettaja TtT Sandelin Pirkko ja FT Korkeakangas Eveliina

Työn valmistuslukukausi ja -vuosi: Syksy 2013 Sivumäärä: *esim. 56 + 5 liitesivua*

Työyhteisölähtöinen kehittäminen perustuu työssä ja työyhteisössä tunnistettuihin tarpeisiin ja haasteisiin, se on työtoiminnan kehittämistä tavoitteiden ja visioiden saavuttamiseksi. Työyhteisölähtöinen kehittäminen on viitekehys käytännön työtehtävien ja työmenetelmien kehittämiseksi. Siinä painottuu välittömien ja usein kertaluonteisten parannusten lisäksi pyrkimys pitkäjänteisiin parannuksiin työyhteisön tavoissa toimia osana organisaatiota ja toimintaympäristöä. Kehittämistyö lisää ymmärrystä työyhteisön perustehtävästä. Perustehtävän määrittely ja tulevaisuuteen suuntautuneet visiot ja kehittämistavoitteet koetaan työn suunnitelmallisuutta lisäävänä.

Oulun kaupungin ikääntyneiden hoidossa on käytössä RAI- järjestelmä, jonka arviointijärjestelmän avulla kerätään kattavasti tietoa asiakkaan toimintakyvystä ja hoidon tarpeesta. RAI- tietojärjestelmän käyttö on kaikkia kotihoidossa työssä olevia hoitajia koskeva asia. On tärkeää, että RAI:n käyttäminen lähtee työntekijöistä ja he kokevat sen olennaisesti työhönsä kuuluvaksi ja tuloksia tuovaksi työvälineeksi.

Tämän kehittämistehtävän tarkoitus on kehittää RAI- järjestelmään hoito- ja palvelusuunnitelma osio, jonka käyttö pyritään tekemään mahdollisimman helppokäyttöiseksi työntekijän näkökulmasta ja näin myös palvelee asiakkaita laadukkaamman hoidon saannissa. Kehittämistyöme käynnistyi suunnitteluvaiheella ja yhteistyökumppaneiden tapaamisella. Tässä kehittämistyössä tärkeä yhteistyökumppani oli RAI- soft, joka omistaa järjestelmän ja ylläpitää toimintaa. RAI- soft vastasi kehittämistyöme teknisistä ratkaisuista. Kehittämistehtävässäme hyödynsimme kotihoidon henkilökunnan näkemyksiä ja kokemuksia hoito- ja palvelusuunnitelmaosiota tehdessäme. Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä kattavasti koko palvelujärjestelmässä.

Avainsanat: RAI, hoito- ja palvelusuunnitelma, projekti

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree program of developing and leadership in social and health care business, Master of Health Care

Authors: Hiltunen Leila & Saarela Sirpa

Title of thesis: Developing home cares RAI-HC information systems care- and service program

Supervisors: Principal Lectures PLD Sandelin Pirkko and Korkiakangas Eveliina

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2013

Pages 56+ 5 appendices

The working community-based developing is based on identified needs and challenges in work and working community. It's developing work so that goals and visions can be reached. The working community-based developing is frame of reference for the development of practical work tasks and working methods. It focuses on the immediate and often one-off improvements, the tendency towards long-term improvements in the ways of the working community activities as part of the organization and the environment. The development increases the understanding of the fundamental role of the workplace. The basic definition of a task and forward-looking vision and development objectives are perceived as increasing methodical work.

In the city of Oulu they use RAI-system in elderly care whose evaluation system is used to gather comprehensive information about the client's functional ability and need for treatment. RAI-information system is the matter that touches all home care registered nurses. It is important that the use of RAI's coming from the workers and they perceive it as essentially belonging to their work and they feel like it's a tool that provides results. Care and service plan guides employers to give the client just for him and his needs corresponding treatment.

The goal of this development work was to develop the RAI system of care and service plan for the partition whose use is tried to make the most user-friendly from employee's point of view, and it also serves clients in better quality access to care. Our development work started in the design phase and partnership meeting. In this development work an important partner in the development was RAI-soft, which owns and maintains the operation of the system. RAI-soft responded our development works technical solutions. In our research we utilized the home care staffs views and experiences of care and service plan for doing partition. Care and service plans goal is to support and promote the client-oriented and rehabilitative work on the entire service system.

Keywords: RAI, Care and service plans, project

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	IKÄÄNTYNEIDEN KOTIHOITO.....	9
2.1	Ikääntyneiden asiakkaiden toimintakyvyn edistäminen kotihoidossa.....	11
2.1.1	Hoito- ja palvelusuunnitelma	13
2.1.2	Palveluohjaus prosessi Oulun kotihoidossa.....	15
2.2	RAI- HC tietojärjestelmä.....	16
2.2.1	RAI-HC tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelma.....	17
2.2.2	Rakenteellinen kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan.....	19
2.2.3	Lähijohtaminen RAI- HC tietojärjestelmän avulla.....	21
3	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITTEET.....	26
4	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS.....	28
4.1	Kehittämisen lähtökohtia työyhteisössä.....	29
4.2	Kehittämistehtävän alkuideointi.....	31
4.3	Kehittämistehtävän käynnistäminen	32
4.4	Kehittämistehtävän projektiryhmän perustaminen.....	34
4.4.1	Palaverit johdon, asiantuntijoiden ja RAI- softin kanssa	34
4.4.2	Hoito- ja palvelusuunnitelman uusi versio	37
4.4.3	Hoito- ja palvelusuunnitelman käyttöönotto ja henkilökunnan koulutus.	39
4.4.4	Pilotoinnin yhteenveto ja tulostenarviointi.....	40
4.5	Kehittämistyön käyttöönottovaihe	40
5	KEHITTÄMISPROSESSIN ARVIONTI.....	42
5.1	Kehittämistyön arviointia.....	44
5.2	Uuden RAI- HC- hoito- ja palvelusuunnitelmamoduulin vaikuttavuuden arviointia.....	45
5.3	Kehittämistyön vaikuttavuuden arviointi	46
5.4	Eettisyyden arviointia.....	47
5.5	Jatko kehittämisehdotukset	48
6	POHDINTA.....	49
	LÄHTEET.....	51
	LIITTEET.....	57

KUVIOT, LIITTEET JA TAULUKOT

KUVIO 1. RAI- prosessi.....	17
KUVIO 2. RAI: n vertailukehittäminen.....	25
KUVIO3. Kehittämistyön tuloksellisuuden osa- alueet.....	27
KUVIO 4 Tuotekehityksen päävaiheet.....	30
TAULUKKO 1. Kehittämistyön aikataulus.....	33
LIITE 1. Kotihoidon palveluohjausprosessi.....	57
LIITE 2. Hoito- ja palvelusuunnitelman info- välilehti.....	58
LIITE 3. Hoito- ja palvelusuunnitelman tulo/ nykytilanne välilehti.....	58
LIITE 4. Hoito- ja palvelusuunnitelman hoidon tarve- välilehti.....	59
LIITE 5. Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteet ja suunnitellut toiminnot välilehti.....	59
LIITE 6. Hoito- ja palvelusuunnitelman hoidon päiväsuunnitelma välilehti.....	60
LIITE 7. Hoito- ja palvelusuunnitelman harjoitusohjelman välilehti.....	60
LIITE 8. Hoito- ja palvelusuunnitelman hoidon arviointi välilehti.....	61
LIITE 9. Hoito- ja palvelusuunnitelman tuloste välilehti.....	61

1 JOHDANTO

Vanhenevien ihmisten päivittäisistä toiminnoista selviytyminen on olennaista heidän yksityisyytensä ja riippumattomuutensa säilyttämiseksi. Suomalaisista yli 65-vuotiaista 90 % asuu kotona, mikä todennäköisesti vielä yleistyy. (Hyvinvointipalvelujen turvaaminen 4/2003 valtiovarainministeriön julkaisuja). Vuonna 2010 85- vuotta täyttäneiden määrä oli lähes 104 000. Yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan 2040 mennessä noin 6 %: n eli heidän määränsä nousee nykyisestä 349 000:een. (Tilastokeskus väestöennuste 2007- 2040). Vaikka väestön toimintakyky on yleisesti parantunut, ei iäkkäiden hoivan tarve kuitenkaan näytä myöhentyneen. Väestörakenteen muutos tuo runsaasti haasteita kotihoidolle. (Kivelä 2006, 37).

Vanhenevien ihmisten kotona selviytymistä voidaan edistää antamalla heille erilaista apua ja hoitotyön palveluja kotiin. Hoitotyön tavoitteena on vanhenevien ihmisten terveyden, toimintakyvyn, omatoimisuuden, elämänlaadun ja itsetunnon tukeminen. Ikääntyminen tulisi nähdä vaiheittain, jossa jokaisella on oma yksilöllinen aikataulunsa. (Oinas 2010, 2). Ikääntyminen tulisi nähdä vaiheittain, jossa jokaisella on oma yksilöllinen aikataulunsa. Ikääntyminen on monikasvoista ja monikulttuurista, vanhenemiselle on myös lupa.

Hyvä ikäihmisen palvelu ja hoito perustuu ihmisen kunnioittamisen periaatteisiin. Vanhustyö on ihmissuhdetyötä, jossa yhdistyvät ihmisenä oleminen ja ammatillinen asiantuntijuus. Työn eettinen ulottuvuus ilmenee siten, että työntekijä ottaa omalta osaltaan vastuun asiakkaan palvelujen ja hoidon yhteistyössä eri osapuolten kanssa tapahtuvasta suunnittelusta ja toteutumisesta. Asiakkaan tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset sekä hänelle merkittävät jokapäiväiset asiat ovat lähtökohtana hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa. Vanhustyön kaikissa vaiheissa on erityisen tärkeää tunnistaa asiakkaan voimavarat ja toimintakyky.(Voutilainen P., Vaarama M., Eloniemi-Sulkava U. & Finne- Soveri H. 2004, 91- 94).

Oulun kaupungin ikääntyneiden hoidossa on käytössä RAI- tietojärjestelmä, jonka arviointijärjestelmän avulla kerätään kattavasti tietoa asiakkaiden toimintakyvystä ja palveluiden tarpeesta. RAI- HC- tietojärjestelmästä saadun palautetiedon perusteella pystytään palvelut ohjaamaan taroituksenmukaisesti, laatimaan asiakkaille yksilölliset hoito- ja palvelusuunnitelmat sekä seuramaan niiden toteutumista muutosten näkökulmasta säännöllisesti. Arviointien myötä saadaan tietoa palvelun laadusta ja vaikutuksista palvelurakenteissa.(Noro, A., Finne- Soveri, H., Björk-

gren, M., & Vähäkangas, P. 2005, 35). Hyvän hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa ja käytännön toteuttamisessa korostuvat työtä koordinoivan työntekijän ammatti- ja vuorovaikutustaidot sekä paikallisten mahdollisuuksien tuntemus yli perinteisten sosiaali- ja terveydenhuollon toiminta- ja hallintorajojen. Hyvällä suunnittelulla ja sen toteutuksella kuten ohjauksella, tuella, erilaisilla palveluilla ja hyvällä hoidolla voidaan ehkäistä asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentyminen. (Haverinen & Päivärinta 2002, 19).

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on kehittää RAI- HC- tietojärjestelmään hoito- ja palvelusuunnitelma osio, jota henkilökunnan on mahdollisimman helppo käyttää asiakkaiden entistä laadukkaamman hoidon varmistamiseksi. RAI- HC- tietojärjestelmän käyttö on kaikkia kotihoidossa työssä olevia koskeva asia ja siksi on tärkeä, että henkilökunnan on helppo käyttää RAI-HC- tietojärjestelmää ja että he kokevat sen käytön kuuluvan olennaisesti työhönsä, tuloksia tuovaksi työvälineeksi. RAI- HC- tietojärjestelmä on tullut jäädäkseen ja siksi on merkityksellistä miten sen käyttö koetaan.

Kehittämistehtävämme teemme yhteistyössä RAI- tietojärjestelmän omistavan RAI- Softin kanssa. RAI- Soft vastaa teknisestä toteuttamisesta ohjelmistossa, meidän ideoinnin pohjalta hoito- ja palvelusuunnitelmalomakkeista. Lomakkeiden käyttötarkoitus on luoda asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelma, joka perustuu RAI- HC- tietojärjestelmän arvioinnista saatuihin mittaritietoihin. Mittaritietojen ja asiakkaan voimavarat huomioiden luodaan hoidolle tavoitteet ja keinot tavoitteiden savuttamiseksi. Hoito- ja palvelusuunnitelma toimii työntekijöillä arjen työvälineenä palveluja tuottaessa. RAI- osaaminen tarkoittaa, että pystyy soveltamaan RAI- HC- tietojärjestelmän arvioinnista saatua tietoa ja omia taitoja tarkoituksenmukaisesti oikeisiin asioihin ja oikeaan aikaan hyvän hoidon, toiminnan ja palvelujen takaamiseksi. RAI- osaamisessa yhdistyvät tietojen ja taitojen monipuolinen ja luova käyttö, kyky organisoida työtä ja työskennellä ryhmässä sekä muutoksen johtaminen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013: 11, julkaisu).

Hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen ja kirjaaminen on ammatillisen toiminnan oleellinen osa ja sillä on myös juridinen perusta. Seuraavat lait ja asetukset sisältävät velvoitteita hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen ja sisältöön: Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994), sekä henkilörekisterilaki (471/1987).

2 IKÄÄNTYNEIDEN KOTIHOITO

Kotihoito on osa sosiaali- ja perusterveydenhuoltoa. Kotihoidolla tarkoitetaan palvelumuotoa, jossa asiakas on suurimman osan vuorokaudesta kodissaan erilaisten terveys- ja sosiaalipalvelujen turvin. Kotihoitoon sisältyvät kotipalvelu ja kotisairaanhoidon sekä tukipalvelut. Kotisairaanhoidon ohjaa kansanterveyslaki (667/1972, 14 § ja 17 §). Kotisairaanhoidon sisältö ei ole laissa määritelty. Kotipalvelua ohjaavat puolestaan sosiaalihuoltolaki (710/1982, § 20) ja sosiaalihuoltoasetus (607/1983, § 9). Sosiaalihuoltoasetuksen mukaan ”kotipalvelu on kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista sekä tukipalveluja, kuten ateriat-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja”.

Kotihoitotyötä tehdään asiakkaan kotona, joka tuo haastetta työntekijöille ja esimiehille. Työympäristönä koti on vaativa ja haastava. Siellä toimitaan asiakkaan ehdoilla huomioiden hänen hyvinvointinsa, terveytensä ja turvallisuutensa. Työntekijän hyvinvointi, terveys ja turvallisuus tulee myös huomioida. (Lutzen, Nordberg, Määttä, Winther- Jörgensen & Öresland 2008, 375; Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff- Lahtela 2007, 17). Turvallisuudella tarkoitetaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden luomista ja ylläpitämistä. Turvallisuuden periaatetta toteutetaan sosiaalisella tuella, palveluiden saatavuudella ja niiden laadulla. Turvallisuuden periaatteen toteutuminen edellyttää asiakkaiden ja palvelutuottajien välistä luottamusta. Eri ammattiryhmien eettiset periaatteet antavat ammattihenkilöstölle toimintaohjeet. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008:3, 12).

Keskeinen perusarvo on ihmisarvon kunnioittaminen. Jokaiselle on turvattava oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin tai olinpaikasta riippumatta. Ihmisarvon turvaavia eettisiä periaatteita on itsemääräämisoikeus, jonka toteutuminen edellyttää, että ihminen pystyy ja hänen annetaan tehdä tietoisia valintoja ja hän saa päätöksentekoaan varten tukea ja tietoa. Itsemääräämisoikeutta voidaan edistää ikäihmisen voimavaroja tunnistamalla ja vahvistamalla. Yksilöllisyys korostaa ihmisen näkemistä ainutlaatuisena, yksilöllisenä persoonana. Päätöksiä on arvioita siltä kannalta, miten ne vaikuttavat ihmisen kykyyn kokea itsensä arvokkaaksi yksilöksi ja tuntea elämänsä mielekkäänä. Yksilöllisyys on vapautta ja valinnanmahdollisuuksia, mutta myös vastuunottoa omasta elämästä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008:3, 12 - 13).

Koti työympäristönä merkitsee työntekijän kunnioitusta asiakkaan yksityisyyttä kohtaan. Asiakas päättää kaikesta ja hänellä on myös oikeus kieltää työntekijää tulemasta luokseen ja oikeus kieltäytyä avusta ja hoidosta. Kotona toimitaan asiakkaan ehdoilla niin pitkälti kuin se on hänen hyvinvointiaan, terveyttään ja turvallisuuttaan vaarantamatta mahdollista. Työskenneltäessä asiakkaan kotona, hoitohenkilökunta on yksityisellä alueella, asiakkaan kotona, mikä saattaa aiheuttaa vaikeuksia työntekijän asenteeseen toteuttaessaan omaa työtään. Voidaan kokea, että puuttuminen asiakkaan asioihin on vaikeampaa hänen omassa kodissaan, kuin laitoshoidossa. (Lappalainen & Turpeinen 1998, 18 - 20; Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff – Lahtela 2007, 16 -17).

Ikäihmisten määrä kasvaa nopeasti lähivuosisikymmeninä. Yli 75-vuotiaiden määrän voimakas kasvu asettaa haasteita palveluiden järjestämiselle ja kehittämiseksi. Ikäihmisen hyvään kotihoitoon liittyy laaja-alainen moni ammatillinen yhteistyöverkosto, jossa palvelujen koordinointi, toimiva yhteistyö ja viestintäjärjestelmän toimivuus ovat merkittävässä asemassa. (Tepponen 2007, 69). Kotihoito on tällä hetkellä ikäihmisten palvelurakenteen keskeisin ja mittavin palvelu. Siksi on tärkeää turvata kotihoidon hyvä laatu. Vuonna 2013 uudistettu laatusuositus korostaa terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista. Suosituksessa painotetaan palveluiden laadukkuutta ja vaikuttavuutta niitä tarvitseville iäkkäille ihmisille. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013: 11, 10).

Kotihoidon laatua voidaan Voutilaisen (2007, 10- 13) mukaan tarkastella monelta eri tasolta aina asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen tasolta ylimmälle yhteiskunnan tasolle asti. Laadun tarkastelussa on oleellista kenen näkökulmasta laatua kulloinkin tarkastellaan. Voutilainen tähdentää, ettei laadun arviointi kuitenkaan ole yksiselitteinen asia. Siihen vaikuttavat eri osapuolten odotukset ja niiden yhteensovittaminen. Asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen laatuun vaikuttavat asiakkaan tarpeet ja odotukset, mutta myös työntekijän ammatillinen osaaminen, tiedot, taidot ja toimintatapa. (Voutilainen 2007, 10–13).

Ikäihmisen kotona asumista mahdollisimman pitkään voidaan turvata eri toimijoiden taholta räätälöidyllä palvelukokonaisuudella. Lähtökohtana tulee olla asiakkaan ja hänen omaistensa todellinen kuuleminen. Palvelukokonaisuus voidaan muodostaa integroimalla asiakkaan tarpeet, järjestelmän reunaehdot sekä eri palveluntuottajien mahdollisuudet osallistua kotihoidon toteuttamiseen. Kyseessä voivat olla yksityiset palveluntuottajat, kunnallinen kotihoito, omaiset, läheiset, naapurit, seurakunta ja kolmannen sektorin osallisuus. (Oulun kaupungin ikääntymispoliittiset linjaukset 2010–2020. 2010, 19).

Palvelujen oikeudenmukainen kohdentaminen edellyttää ikäihmisten yhdenvertaisuuden turvaavaa palvelutarpeen arviointia ja palvelujen yhtenäisiä myöntämisperusteita. Oikeudenmukaisuus, liittyy inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseen ja hyvinvointiin, joka tarkoittaa myös syrjinnän estämistä, epäoikeudenmukaisuuteen puuttumista ja erilaisuuden hyväksymistä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008:3, 14). Kansallisten linjausten mukaan vanhustenhuollon palvelujen tulisi muodostua kokonaisuudesta, jonka muodostaa kotihoito, kuntoutumista edistävä toiminta ja asiakkaan osallistuminen hoidon suunnitteluun ja toteutumiseen. Palvelun tulisi olla tarkoituksenmukainen, ennakoiva ja ennalta ehkäisevä. (Vähäkangas, Niemelä & Noro. 2012, 12).

Oulussa kotihoidon asiakkaista suurin osa on yli 65-vuotiaita henkilöitä, joiden toimintakyky on alentunut siten, että he tarvitsevat tukea päivittäisissä toiminnoissaan. Asiakkaina on myös alle 65-vuotiaita henkilöitä sekä vammaisasiakkaita. Huomattava osa säännöllisen palvelun piirissä olevista asiakkaista käyttää sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa. Oulun kaupungin kotihoito on osa vanhuspalveluja, ja se on jaettu pohjoiseen ja eteläiseen alueeseen, jotka edelleen jakautuvat palveluyksiköihin. Alueiden esimiehenä toimii palvelupäällikkö ja palveluyksikköjen lähiesimiehenä palveluesimies. Palveluyksiköt koostuvat kolmesta tai neljästä kotihoidon tiimistä, jotka vastaavat tietyn maantieteellisen alueen kotihoidon palveluista. Tiimin henkilöstö koostuu sairaanhoitajasta/terveydenhoitajasta, lähi- ja perushoitajista, kodinhoitajasta, sekä kotiavustajasta.

Sitoutuminen, yhteinen näkemys ja yhdessä oppiminen ovat keskeisiä ominaisuuksia tiimityöskentelylle. Onnistuminen edellyttää yhteisvastuullisuutta tehtävien jaossa, halua kehittyä ja kehittää työtään. Organisaatiolta se edellyttää resursointia ohjaukseen ja koulutukseen. (Julkaisusarja A:13:2001, 48).

2.1 Ikääntyneiden asiakkaiden toimintakyvyn edistäminen kotihoidossa

Ikääntyneiden terveyden edistämisen kansalliset tavoitteet on määritelty Terveys 2015 kansanterveysohjelmassa. Alueelliset ja paikalliset linjaukset löytyvät kuntien hyvinvointistrategioista, talous- ja toimintasuunnitelmista tai vanhuspoliittisista strategioista. Ikääntyvän terveyden edistämisen haasteena ovat terveyden taustatekijöiden, toimintakyvyn ja koko elämäntilanteen laaja-alainen tunnistaminen ja arviointi. Terveyden edistämisen menetelmiä ikääntyvillä ovat tehokas ja oikea-aikainen hoito, niiden ennaltaehkäisy ja toimintakyvyn ylläpitäminen. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen. 2007, 31). Pietilä (2009) toteaa tutkimuksessaan, että arvoperustaan pohjautuva terveyden edistäminen edellyttää jatkuvaa eettisten periaatteiden tarkastelua ja pohdintaa. Ammatti-

henkilöstön päivittäiseen työhön sisältyy eettistä päätöksentekoa asiakkaiden kohtaamisessa, henkilöstön päivittäiseen työhön sisältyy eettistä päätöksentekoa asiakkaiden kohtaamisessa, työmenetelmissä ja toimintamalleissa. (Pietilä 2009, 5-6).

Rissasen (1999, 42) tutkimuksen mukaan ihmisten fyysinen toimintakyky heikkenee yli 75-vuotiailla miehillä enemmän kuin naisilla.. Raskaat taloustyöt ja liikkuminen ulkona ja sisälläkin vaikeutuvat yli 85-vuotiailla. 1980 ja 1990- luvulla tehdyissä tutkimuksissa ikääntyvien ihmisten toimintakyvyn taso oli pysynyt jokseenkin samanlaisena. Rissasen mukaan useiden tutkimusten mukaan ikääntyvien suomalaisten muisti on jonkin verran parempi kuin aiemmin eläneiden vastaavan ikäisten. Minäkäsitys on tullut myönteisemmäksi ja itsearvostus on tutkittavien keskuudessa myös parantunut. Yksinäisyyden kokemukset ovat yhä edelleen samansuuntaisia, ja yksinäisyys on lisääntynyt yksinasumisen myötä. Suurin osa iäkkäistä on sopeutunut elämään, mutta osa tuntee myös itsensä tarpeettomaksi. (Rissanen 1999, 38- 42).

Toimintakykyä ja elämänlaatua tukevassa kotihoidossa olennaista on asiakkaan voimavarojen tunnistaminen ja hyödyntäminen sekä yhdessä tekeminen asiakkaan kanssa. Ikäihmisten voimavarojen tunnistaminen vaatii kotihoidon työkäytäntöjen uudelleen organisointia. Keskeistä on työntekijöiden ja ikäihmisen välinen luottamuksellinen vuorovaikutukseen perustuva suhde. Tämä vaatii asiakkaaseen tutustumista ja hänen elämäntilanteensa tuntemista. Tärkeäksi nouseekin, että asiakkaalla on nimetty omahoitaja, jonka asiakas ja hänen läheisensä tietävät. Voimavaroja vahvistava työote edellyttää työntekijältä tiimitoiminnan ja monipuolisten verkostojen hyödyntämistä. (Heinola 2007, 42).

Toimintakykyä voidaan tukea voimavaralähtöisesti ottamalla käyttöön ja huomioida jokapäiväisessä toiminnassa asiakkaan jäljellä olevat kyvyt. Voimavaralähtöisen ja kuntouttavan toiminnan lähtökohtana on ikääntyvän yksilöllisyyden kunnioittaminen. Toisaalta tarvitaan ns. tunnetietoa tunnistamaan ja havaitsemaan niitä tunteita, joita asiakkaalla on. Asiakkaiden toimintakyvyn tukemisessa kiinnitetään huomiota siihen, miten jokapäiväisessä elämässä ja eri hoitotilanteissa toimitaan eli annetaanko asiakkaiden tehdä itse niitä asioita mistä he selviytyvät ja millaisia keinoja löydetään vaativissakin hoitotilanteissa.(Heimonen & Voutilainen 2006, 55).

Kotihoitoon tarvitaan uudenlainen toimintatapa, jossa ikäihmisiä tuetaan selviytymään kotona pitämällä yllä elämänlaatua ja vahvistamalla jäljellä olevia voimavaroja. Tavoitetta tukevat kotihoidon palvelujen koordinointi asiakaskohtaisiksi kokonaisuuksiksi. Keinoina ovat integroidut

organisaatiot, verkostot, sopimuskäytännöt ja koordinoivat työntekijät sekä moni ammatillinen kuntouttava ja ennakoiva työote. Myös hoito- ja palvelusuunnitelmilla ja teknologisilla sovelluksilla voidaan parantaa palveluja. (Heimonen & Voutilainen. 2006, 56 - 58).

Eri työyhteisöissä on käytössä runsaasti erilaisia manuaalisia että atk- ohjelmistoon perustuvia mittareita ja mittaristoja ikäihmisten toimintakyvyn arviointiin sekä palvelutarpeen määrittämiseen. Mittareiden avulla on helpompi tunnistaa asiakkaiden yksilölliset voimavarat ja tuen tarve. Voimavarojen tunnistaminen edistää ikääntyneen hyvinvointia ja terveyden edistämistä. (Lyyra ym. 2007, 6). Mittaristot kattavat eri laatualueita ja niiden avulla seurataan asiakkaiden edistymistä paremman elämän saavuttamiseksi. Mittaristojen luotettavuus on todettu hyväksi oikein käytettyinä useissa tutkimuksissa. (Peipponen 2003, 133).

2.1.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Hoito- ja palvelusuunnitelma on työväline, joka ohjaa hoidon ja palvelun tehokasta kohdentamista sekä tavoitteellista toteuttamista. Suunnitelma on aina kirjallinen ja laaditaan moni ammatillisessa työryhmässä yhteistyössä asiakkaan ja/tai omaisten kanssa. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista ohjaavat useat lait, ja sen on sisällettävä muun muassa selkeät tavoitteet hoidolle ja palveluille asiakkaan hyvinvoinnin ja toimintakyvyn lisäämiseksi ja ylläpitämiseksi. Perinteisen kliinisen ja toiminnallisen näkökulman lisäksi tulee huomioida asiakkaan emotionaalinen, kognitiivinen ja psyykkinen tilanne, asuinolot ja asuinympäristö sekä osallistuminen ja taloudelliset resurssit. (Voutilainen, Vaarama, Eloniemi- Sulkava & Finne- Soveri 2002, 91–94).

Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä, ikäihmisten kotona asumista edistävää työtettä sekä palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämistä kattavasti koko palvelujärjestelmässä. Asiakkaan tarpeiden tai käytettävissä olevien voimavarojen muuttuessa suunnitelmaa tarkistetaan ja sitä muutetaan yhteistyössä asiakkaan kanssa. Siten hoidon ja palvelun suunnitteluvaiheen sekä kirjallisen palvelusuunnitelman tavoite on luoda asiakkaalle saumaton, joustava, yksilöllinen ja yksilöllisiin tarpeisiin suunniteltu palvelukokonaisuus, jossa otetaan huomioon olemassa olevat voimavarat. (Päivärinta & Haverinen 2001, 5).

Asiakas on palveluja ja hoitoa tuottavissa yhteisöissä aina olennaisin oman mielipiteensä ilmaisevana työntekijän yhteistyökumppanina, oman elämänsä asiantuntijana. Kodissaan asuva, palve-

luja tarvitseva ihminen kuvaa hoito- ja palvelusuunnitelmassa omia tiedon, tuen, palvelujen ja hoidon tarpeitaan kaikille suunnitelman laatimiseen ja toteuttamiseen osallistuville samalla kertaa. Hänelle muodostuu kuva omista mahdollisuuksistaan tehdä valintoja ja vaikuttaa saamaansa hoitoon ja palveluihin sekä niiden toteutumisen jatkuvaan arviointiin. Kun suunnitelma tehdään yhteistyössä, voidaan ehkäistä väärinymmärrysten tai erilaisten tulkintojen syntymistä asiakkaan, hänen läheistensä ja työntekijöiden välillä. (Haverinen & Päivärinta 2002, 19).

Laadittaessa palvelusuunnitelmaa tulisi tavoitteena olla kunnan ja asiakkaan yhteinen näkemys asiakkaan toimintakyvystä ja tarvittavista palveluista. Yhteisymmärryksen löytäminen ei ole kuitenkaan aina käytännössä helppoa. Näkemuseroja voi syntyä esimerkiksi siitä, mikä on kussakin tapauksessa sopivin palvelumuoto tai kuinka runsaasti asiakas tarvitsee henkilökohtaista apua. (Haverinen ym. 2002, 19).

Asiakkaan ohjaus, palvelut, tuki tai tarvittaessa hoiva ja hoito suunnitellaan ja toteutetaan ensisijaisesti asiakasta tyydyttävällä tavalla. Suunniteltujen toimenpiteiden ja palvelujen sisältöä on yhdessä työntekijän kanssa pohdittu, asetettu tärkeysjärjestykseen ja kohdennettu. Valinnat on tehty keskustellen ja sovitellen sekä ottaen huomioon työyhteisössä hyväksytyt ja työskentelyä ohjaavat arvot ja käytössä olevat voimavarat. Sovitut ratkaisut ovat kaikkien osapuolten tiedossa, ja ne kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Myös mahdolliset erimielisyydet sekä ehdotukset ja yritykset niiden ratkaisuksi kirjataan. (Haverinen & Päivärinta 2002, 19).

Oulun kotihoidossa hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen tukena ja pohjana käytetään asiakkaan RAI- HC- tietojärjestelmästä saatua tietoa. (RAI- vertailukehittäminen koti- ja laitoshoidossa 2008, 5-6). Oulun kotihoidossa asiakkaan kanssa yhteistyössä toteutuva hoitotyö perustuu kirjatun hoito- ja palvelusuunnitelmaan, jonka toteutumista arvioidaan vähintään puolivuositain tai asiakkaan toimintakyvyn ja tilanteen muuttuessa. Arviointi kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelman arviointilehdelle. Säännöllistä hoitotyön kirjaamista tehdään vähintään kerran viikossa kotihoidon toteutumalehdelle (khtots). Omahoitajan tehtäviin kuuluu asiakkaan RAI- HC- tietojärjestelmään arvioinnin tekeminen sekä hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen yhteistyössä asiakkaan kanssa. (Kotihoidon laatukriteerit sopimusohjauksessa, 2009).

Oulun kotihoidossa on perustettu RAI- avainosaajaverkosto henkilöstön tueksi arvioinnin hyödyntämisen osaamiseen käytännön työssä. RAI- avainosaajille pidetään säännöllisesti yhteistyö tapaamisia, joissa he saavat uusimmat ja tuoreimmat tiedot RAI: n ja RAI- HC- tietojärjestelmään liittyvistä asioista. Kaikki tieto heidän tulee jakavaa omissa yksiköissään henkilökunnan ajan ta-

salla pitämiseksi. Lisäksi kaikkien esimiesten- ja naisten tulee tuntea RAI-HC- tietojärjestelmä ja olla henkilökunnan tukena arviointien ja hoito- ja palvelusuunnitelmien teossa.

2.1.2 Palveluohjaus prosessi Oulun kotihoidossa

Palveluohjaus on asiakaslähtöinen ja asiakkaan etuja korostava työtapana. Se on asiakastyön menetelmä (case management) ja palveluiden yhteensovittamista organisaatiossa (service coordination). Palveluohjauksella kootaan palvelut asiakkaan tueksi ja lievennetään palvelujärjestelmän hajanaisuuden haittoja. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013: 11, 67).

Palveluohjaus voidaan määritellä hyvin eri tavoin asiayhteydestä, näkökulmasta tai asiakasryhmästä riippuen. Yleisesti voidaan kuitenkin todeta, että palveluohjaus on samanaikaisesti sekä asiakastyön menetelmä että palveluiden yhteensovittamista. Palveluohjauksella tarkoitetaan asiakaslähtöistä ja asiakkaan etua korostavaa työtapaa, jossa keskiössä ovat asiakkaan voimavarat sekä asiakkaan ja työntekijän välille syntyvä luottamussuhde (Hänninen 2007, 11). Palveluhallinnollisesta näkökulmasta katsottuna palveluohjaus on taloudellista ja tehokasta toimintaa (Hyttinen 2001, 11). Siinä asiakkaan tarvitsemat palvelut koordinoitetaan tavoitteelliseksi kokonaisuudeksi ja palveluohjaaja toimii asiakkaan apuna palveluja järjestettäessä. (Hyttinen 2003, 86).

Kun asiakkaan tilanteeseen on perehdytty riittävän hyvin, tulee ilmi ne asiat, joihin tulee puuttua. Palveluohjaajan tehtävä on selvittää asiakkaalle sosiaali- ja terveyspalveluita sekä mahdollisia etuisuuksia joihin hänellä olisi oikeus. Näin asiakkaalla on paremmat edellytykset valita itselleen sopivia palveluita ja tuen lähteitä. Päättävänä on saada yhdessä aikaan tarkoituksenmukaisin palvelupaketti asiakkaan tilanteeseen, joka tukee itsenäistä selviytymistä, eikä muuta häntä passiiviseksi palveluiden kohteeksi. (Ala-Nikkola & Valokivi 1997, 26; Pietiläinen & Seppälä 2003, 50).

Oulun kotihoidossa uusien asiakkaiden palvelutarpeenarviointi tehdään palveluohjausyksiköstä, jonka henkilökunta arvioi asiakkaan palveluiden tarpeen RAI- Screener Oulu- järjestelmän avulla. RAI- Screener Oulu- järjestelmässä on kognitio- mittari, muisti, päätöksentekokyky (CPS), päivittäiset toiminnot (ADLH), välinetoiminnot (IADL), masennus (DRS), painoindeksi (BMI), kipu (Pain), palvelutarve (MAPLe_5 ja MAPLe_15), terveydentilan vakaus (CHESS) ja Self Reliance (SRI) asiakkaan itsenäisyyttä kuvaava mittari. Arviointi antaa tietoa asiakkaan voimavaroista ja näiden pohjalta palvelutarpeen arvioija päättää palveluun pääsyn, kriteerit huomioiden ja mistä

palvelut tuotetaan. (RAI- järjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä 2008; RAI- järjestelmät 2009). Kotihoidon palveluohjausprosessi on kuvattu liitteessä 1.

Mikäli asiakas tulee säännöllisen kotihoidon palvelujen piiriin, omahoitaja tekee RAI- HC- arvioinnin yhdessä asiakkaan kanssa 2-viikon sisällä asiakkaaksi tulosta ja arvioinnista saatuihin mittaritietoihin perustuen laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma kuukauden sisällä. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan RAI-HC- tietojärjestelmä hoitosuunnitelma moduuliin. Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja pyritään yhteisymmärryksessä asettamaan realistiset tavoitteet ja toteutuskeinot parhaan palvelun saavuttamiseksi. Asiakkaan arvioinnissa ja hoito- ja palvelusuunnitelman teossa omahoitajan rooli korostuu merkittävästi.

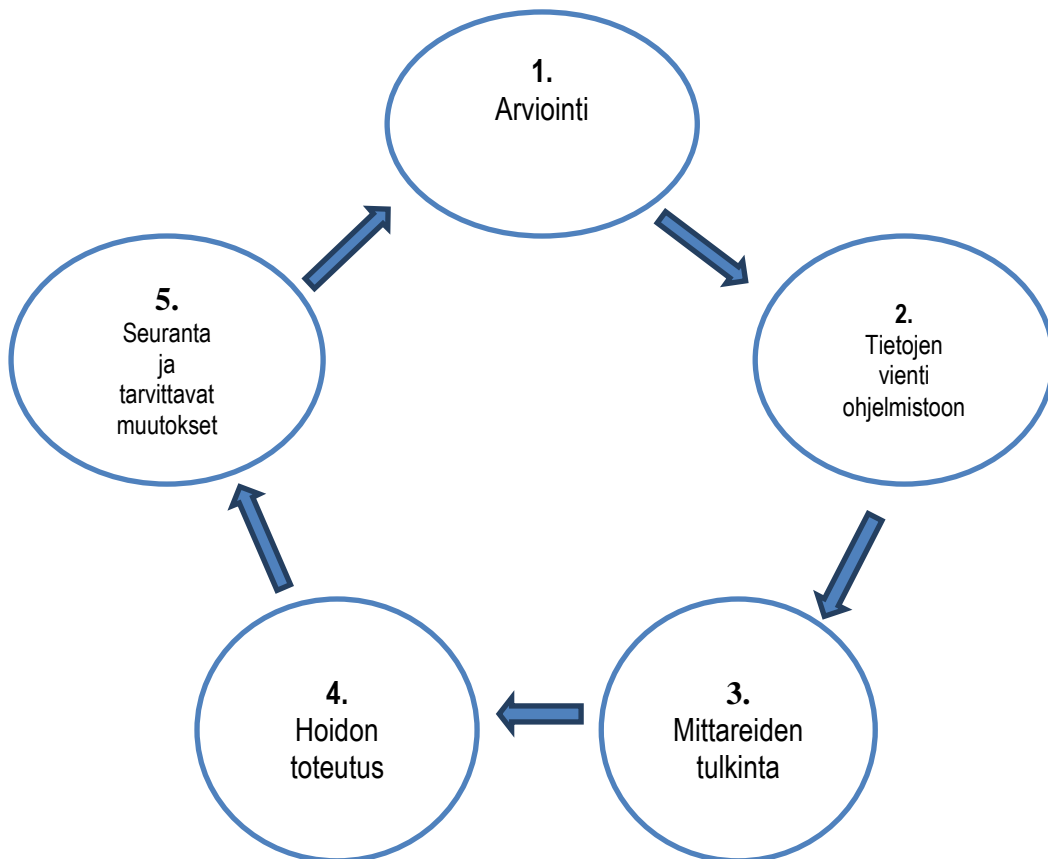
2.2 RAI- HC tietojärjestelmä

Resident Assessment Instrument (RAI) on vanhustenhuoltoon kehitetty laaja, luotettava ja asiakaspohjainen arviointi- ja seurantajärjestelmä. RAI: n avulla voidaan systemaattisesti seurata hoidon laatua, vaikuttavuutta ja kustannuksia. RAI kehitettiin alun perin Yhdysvalloissa. Nykyään järjestelmää käytetään kansainvälisesti yli 20 maassa. Kotihoidon ja laitoshoidon RAI: t poikkeavat kysymyksiltään toisistaan, vaikka molemmilla mitataan asiakkaan toimintakykyä. Kotihoidon RAI tunnetaan RAI-HC tietojärjestelmänä. HC tulee sanoista Home Care. (Chydenius-instituutti, loppuraportti, 2001).

RAI: n käyttö hoitotyössä on tutkittuun tietoon perustuva prosessi, jossa asiakkaan hoidon tarve arvioidaan systemaattisesti. Asiakkaan ongelmat ja vahvuudet tunnistetaan ja hänen hoitonsa suunnitellaan, toteutetaan sekä arvioidaan. RAI: n tietopohja (Minimum Data Set) muodostuu yli 300 osiosta, jotka kattavat pitkäaikaishoidon tärkeimmät osa-alueet kuten fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky, näkö, kommunikaatio, mieliala, psykososiaalinen hyvinvointi, ihon kunto, terveydentila, lääkitys jne. Kysymysten pohjalta on rakennettu useita mittareita jokaiseen osa-alueeseen hoidon suunnittelun ja hallinnan pohjaksi. (Chydenius-instituutti, loppuraportti 2001).

Ohjelmistokokonaisuus koostuu perusohjelmistosta ja siihen liitettävissä olevasta laatumoduulista sekä hoitosuunnitelmamoduulista. RAI- arviointitiedot tallennetaan suoraan RAI- HC – tietojärjestelmään, jolloin asiakkaan vointi ja toimintakyky kirjautuvat välittömästi hoito- ja palvelusuunnitelmaa palvelevaksi palautetiedoksi. Arvioinnin apuna toimii ohjelmistoon integroitu RAI- käsikirja,

josta saa helposti lisätietoa asiakkaan tarpeisiin ja toimintakykyyn ja voimavaroihin liittyviin kysymyksiin. RAI mahdollistaa monipuolisen palvelutarpeen arvioinnin. Järjestelmällinen arviointi samoin kysymysten ja vastaus- periaattein, auttaa asiakkaiden yhdenvertaisen kohtelun tavoitteiden saavuttamisessa. RAI- prosessia voisi kuvailla seuraavan (kuvio1) laatuympyrän avulla.



KUVIO 1. RAI- prosessi (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2013).

2.2.1 RAI-HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelma

Asiakkaan RAI -arviointi on vuorovaikutuksellinen prosessi asiakkaan, omahoitajan, omaisten ja läheisten, lääkärin sekä muiden erityistyöntekijöiden välillä. Hoitoprosessi suunnitellaan asiakkaan näkökulmasta. RAI arvioinnista saatu tieto yhdessä muun tiedon kanssa kertoo hoidon ja palvelujen tarpeesta sekä luo pohjan hoidon ja palvelujen suunnittelulle ja arvioinnille. Näiden perustana on, että asiakas nähdään aktiivisena, omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun aktiivisesti osallistuvana henkilönä, jolla on itsemääräämisoikeus ja jota arvostetaan tasavertaisena. Osalli-

suuden tavoitteena on muuttaa palvelut vastaamaan paremmin asiakkaan tarpeita ja lisätä asiakkaan elämän hallintaa. (Ripsaluoma 2007, 57).

Nykyisin käytössä oleva RAI -arviointijärjestelmä on suunniteltu asiakasta palvelemaan. Asiakaiden hoidon arviointi on tärkeä prosessi, johon tarvitaan tarkoituksenmukaiset arviointivälineet tieteellisen tiedon tuottamiseksi. Henkilökunta voi kehittää omaa työtään ja seurata sen vaikuttavuutta asiakaspohjaiseen tietoon perustuen. Tieto mahdollistaa osaltaan asiakaslähtöisyyden toteutumisen. RAI- arviointijärjestelmä tuo esille hoidon laadun ongelmia, joihin voidaan vaikuttaa erilaisilla kehittämishankkeilla ja työpaikkakoulutuksilla.

RAI- HC- tietojärjestelmän käyttöön tulee perehtyä, jotta arvioinneista tulee luotettavia ja arviointitietoja voidaan hyödyntää asiakkaiden palveluissa. RAI- HC- tietojärjestelmä edistää kirjaamisen tasoa asiakaslähtöisiin ja tavoitteellisiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin. RAI- HC- tietojärjestelmän oppiminen tapahtuu prosessiluonteisesti. RAI- HC- tietojärjestelmän hallinta mahdollistaa RAI- arviointimittareiden ja tulosten hyödyntämisen käytännön työssä. Tavoitteena on taata asiakkaille paras mahdollinen palvelu. (Noro ym. 2005, 35).

RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelma perustuu hoidon tarpeen arviointiin ja saatuihin mittaritietoihin. RAI-HC- tietojärjestelmä sisältää seitsemän päämittaria:

- Kognitiota mittaa Cognitive Performance Scale **CPS** -mittari, jonka arvo vaihtelee 0:n ja 6:n välillä. Se kuvaa tajunnantasoja, lähimuistamista, päätöksentekokykyä, ymmärretyksi tulemista, ja syömisen itsenäisyyden astetta. Arvo 0 tarkoittaa itsenäistä kognition tasoa ja arvo 6 erittäin vaikeaa kognition heikentymistä. (Morris, Murphy & Nonemaker. 1995, 298).

- Fyysistä suoriutumista mittaa hierarkkinen **ADL** -mittari (0–6), joka muodostuu neljästä muuttujasta: syöminen, hygienian hoito, wc käynnit ja liikkuminen. ADL arvo 0 kuvaa edellä mainituista fyysisen toimintakyvyn osa-alueista itsenäisesti suoriutuvaa asiakasta ja arvo 6 täysin autettava. (Fries, Simon, Morris, Flodstrom & Bookstein 2001, 171).

- Masennusmittari Depression Rating Scale **DRS** on seitsemästä masennuksen oireesta muodostuva summamittari, jonka arvot vaihtelevat 0:n ja 14:n välillä. Masennusriski on olemassa, jos asiakkaan mittariarvo on kolme tai enemmän. (Burrows, A., Morris, J., Simon, S., Hirdes, J & Phillips, C. 2000, 167).

- Kipumittari **PAIN** (0–3) ilmaisee kivun tiheyttä ja voimakkuutta Arvo 0 ilmaisee kivuttomuutta ja arvo 3 päivittäistä kovaa kipua. (Fries ym. 2001, 173).

- Capacity scale **IADL** on kodinhoidollisista tai kodin ulkopuolisista tehtävistä suoriutumisen mittari. Välinetoimintoja ovat esim. talouden hoito, aterian valmistaminen ja ostoksilla käyminen, puhelimen käyttö sekä lääkkeiden ostopaikoista suoriutuminen. (Fries ym. 2001, 176).

-**REHABPOT**- mittarilla arvioidaan kuntoutumisen mahdollisuus.(RAI- vertailukehittäminen koti- ja laitoshoidossa. 2008. Perehdytysopas).

- **BMI**- mittarilla kuvataan asiakkaan ruokavalio, erityisruokavalio, allergia, päivän ateriarytmitys. Lisäksi RAI- HC- tietojärjestelmässä on monia muita mittareita, joita valitaan asiakkaan toimintakyvyn ja voimavaroja tukevan arvioinnin mukaan. (RAI- vertailukehittäminen koti- ja laitoshoidossa. 2008. Perehdytysopas).

2003 tutkittiin eräällä akuutilla osastolla RAI- arviointijärjestelmää niin, että terapeutit, hoitajat, sosiaalityöntekijät ja psykologit käyttivät sitä työssään. Johtopäätöksenä todettiin, että RAI on työkaluna tehokas tapa parantaa asiakkaan hoitotyön laatua. Asiakkaat saivat ammattitaitoista ja laadukasta hoitoa. (Musick, McDowell, Clark & Salcido 2003, 395).

Tutkimusten mukaan RAI- mittarien käyttö hoidon suunnittelussa ohjaavat toimintakykyä edistävään suuntaan. (Niemi 2007, 10- 11). Samoin omahoitajan rooli asiakkaansa hoidon asiantuntijana ja yhteyshenkilönä korostuu. RAI- arviointien tekeminen ja niihin paneutuminen auttavat omahoitajaa hahmottamaan paremmin oman asiakkaansa kokonaishoitoa. Näin RAI- tietojärjestelmän käyttö tukee omahoitajuutta. (Ristolainen 2007, 15- 16).

2.2.2 Rakenteellinen kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan

Hoito- ja palvelusuunnitelma kuvaa asiakkaiden hoitotyön prosessia ja toimii viestinnän työkaluna sekä turvaa asiakkaiden hoidon jatkuvuuden. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen kehittää kriittistä ajattelua ja päätöksenteon taitoja. On havaittu, että kiire vaikuttaa kirjaamisen laatuun, mutta on tärkeää ymmärtää kirjaamisen tärkeys asiakkaan hoidon jatkuvuuden, laadun ja vaikuttavuuden arvioinnin näkökulmista. (Hye Jin Park 2010, 30, 116).

Sähköinen kirjaaminen mahdollistaa hoitotyön suunnitelman jäsentämisen ja sen tiedon hyödyntämisen eri yhteyksissä. Hoitotyön suunnitelman tietoja voidaan hyödyntää päivittäisessä työssä asiakkaan hoidossa. Sähköisen kirjaamisen esteitä ovat hoitohenkilökunnan heikot atk-taidot, vaikeakäyttöiset välineet ja sähköisen tietojärjestelmän vanhentuneet ohjelmat. Sähköinen kirjaaminen edellyttää hoitohenkilökunnalta laajempaa oppimisprosessia, eikä pelkästään tietojärjestelmän teknistä hallintaa (Hallila 2005, 51). Tutkimuksen mukaan pidemmän ammatillisen koulutuksen saanut hoitohenkilöstö omaa paremmat tiedonhallintataidot. Tieto- ja viestintätekniikan osaamisella on merkitystä palvelun laadulle ja asiakkaiden saamille palveluille. (Saranto & Tantt 2006, 32–33).

Rakenteellinen kirjaaminen mahdollistaa hoidon ja hoitoketjujen sisältöjen arvioimisen. Rakenteellisen kirjaamisen avulla voidaan kehittää kirjaamisen laatua, josta hyötyvät asiakkaat, eri organisaatiot ja koko palvelujärjestelmä. Asiakastietojen kirjaaminen yhtenäinen malli edistää tietojen hakemista ja niiden käytettävyyttä koko asiakkaan palveluketjun ajan. Lähtökohtana kirjaamiseen on, että se on asiakaslähtöistä ja tavoite on saada asiakkaan näkemys ja kokemus esille sekä siten palvelun sisältö monipuolisesti kirjatuksi. Rakenteelliseen kirjaamiseen siirtyminen edellyttää tiedon ryhmittelyä ja luokittelua. Yhtenäiset käsitteet on määritelty ja luokitukset kehitetty. Kirjaamisen sisältö monipuolistuu, jos se tapahtuu yhteistyössä asiakkaan kanssa, eikä vain hoitajan tekemänä. (Kärkkäinen 2007, 89- 91).

Rakenteellisen kirjaamisen mallin komponentit toimivat asiakastietojärjestelmissä hakusanojen lailla ja mahdollistavat niiden käytön myös moni ammatillisten tietojen haussa ja päätöksenteossa. (Saranto & Tantt 2006, 13). RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelmassa voidaan käyttää rakenteellisen kirjaamisen periaatteita soveltaen. Kirjaamisen ydintiedot muodostuvat hoidon tavoitteista ja toiminnoista, sekä keinoista, joiden avulla asetettuihin tavoitteisiin päästään.

Kirjaamisessa voidaan kannustaa luovuuteen, vaikka virallisen asiakaspaperi tulee olla asiatyylillä kirjoitettu. Kaikkien ei kuitenkaan tarvitse kirjoittaa samalla tyylillä. Hoitotyön auttamismenetelmiä voidaan käyttää luovasti, asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin sopivaksi. Stereotyyppinen kirjaaminen antaa kuvan standardoidusta hoidosta. (Hallila, 2005, 23). Kotihoidon asiakkaat ovat yleensä pitkäaikaisia asiakkaita ja tämä tuo erityispiirteitä kirjaamiseen. Hoitotyön suunnitelman laatimisessa painottuu jäljellä olevien terveiden osa-alueiden ylläpitäminen ja edistäminen päivittäisessä hoidossa. Hoitotyön kirjaamisen muoto ja painopiste määräytyy pitkälti ympäristöstä missä palveluja

toteutetaan. On selvää, että kirjaaminen on erilaista päivystyksessä, kuin kotihoidossa. Kirjaamisen tulee olla olosuhteiden kannalta loogista ja selkeää sekä keskittyä asiakkaan hoidon etene-
misen kannalta oleellisten asioiden esiintuomiseen. (Saranto & Tanttu 2006, 42- 47).

Kirjaamisen toimintaa ohjaavat kokonaisvaltaiset eettiset periaatteet, joita hoitajan kuuluu nou-
dattaa toteuttaessaan hoitotyön kirjaamista. Kirjaamisen tulee näkyä humanistisena kokonaisnä-
kemyksenä ihmisestä, asiakkaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena. Hyvin
toteutettu kirjaaminen turvaa myös hoitajan toimintaa juridisesti. Hoitotyön kirjaamista tarvitaan
myös hoidon tulosten ja vaikutuksien arviointiin. Kirjattu, yhtenäinen tieto voidaan välittää saman-
laisena esimerkiksi asiakkaan jatkohoitopaikkaan. (Holma, Outinen, Idänpää- Heikkilä & Sainio
2002, 57).

2.2.3 Lähijohtaminen RAI- HC tietojärjestelmän avulla

Johtaminen nykypäivän taloudellisessa tilanteessa ja toimintaympäristöissä on vaativaa. Toimin-
taa on kehitettävä pitkäjänteisesti samaan aikaan kun ympäristössä tapahtuu muutoksia, joihin on
reagoitava nopeasti. Asiakkaat on huomioitava yksilöllisesti ja yksilöinä samalla kun tietyt kriteerit
ja periaatteet koskevat koko palvelujärjestelmää. Esimiehen- ja naisen arvomaailmaan ei kuulu
joko/tai mustavalkoajattelu, vaan sekä/että. Heidän tulee antaa tilaa monenlaisille asioille, ilmiöille
ja ihmisille. (Jabe 2006, 20).

Henkilökunnan työ hyvinvointi ilmenee sekä vanhustyön laadussa että muutoksiin sopeutumises-
sa. Hyvinvoinnin yllä pitämisessä ja edistämässä lähiesimiehellä on tärkeä rooli. Hän tarvitsee
vanhusalan- ja johtamisosaamista sekä arvojohtamisosaamista. Lähiesimiehen läsnä oleminen,
osaamisen johtaminen, työyhteisön tiedonkulun kehittäminen ovat avaintekijöitä laadukkaaseen
johtamiseen. Henkilökunnan vaikutusmahdollisuudet työnsä kehittämiseen luovat työhön sitoutu-
mista. (Oulun kaupungin ikääntymispoliittiset linjaukset 2010- 2020, 33).

Nykypäivän organisaatiot nähdään jatkuvasti muuttuvina ilmiöinä, joiden elämää kuvaa tilapäi-
syys ja nopealiikkeisyys (Juuti & Vuorela 2002, 9). Tämä luo organisaatioiden johtamiselle omat
haasteensa. Muutokset vaativat johdolta jatkuvaa päätöksentekoa ja tulevaisuuden arviointia,
eikä pelkästään yksittäisten ongelmien ratkaisua. Johtamisella tarkoitetaan laajojen ja monimut-
kaisten kokonaisuuksien hallintaa. (Jalava & Matilainen 2010, 60; Sydänmaalakka 2007, 225,
228- 229). Järvisen (2005, 13- 14) mukaan työelämän paineet ovat lisääntyneet kasvavien tulos-

ja osaamisvaatimusten myötä. Tämä vaatii paitsi ihmisiltä kykyä sopeutua jatkuvaan muutokseen ja sen tuottamaan epävarmuuteen, myös johtamiselta vakauden ja suunnan antamista hyvien puitteiden luomisella ja ylläpitämisellä.

Työpaikan kaiken toiminnan lähtökohtana on perustehtävä, joka määrittelee mitä varten kyseinen työpaikka on olemassa, mitä siellä pitää tehdä ja aikaansaada. Työpaikan jokaisella ryhmällä, tiimillä ja projektilla on oma erityinen perustehtävä, jota ne ovat toteuttamassa. Lähiesimiehen ja johdon tärkein tehtävä on huolehtia jatkuvasti siitä, että ryhmät tietävät perustehtävänsä ja työskentelevät sen toteuttamiseksi. Työyksikön ja kaikkien siellä työskentelevien on pystyttävä vastaamaan teknisen kehityksen ja asiakkaiden muuttuvien tarpeiden luomiin odotuksiin. (Järvinen 2006 27- 27).

Johtajien ja lähiesimiesten tehtävänä on organisoida ja suunnitella organisaation toimintaa määrittelemällä sen tavoitteet, jakamalla tehtävät ja vastuut. Toiminnan aikaansaamiseksi johto myös huolehtii, että tehtävät tulevat organisaatiossa suoritetuiksi. (Honkanen 2006, 60- 61). Johdon on myös varmistuttava, että organisaatiolla on tulevaisuuden suunta, hankittava oikeanlaisten resurssien yhdistelmä sekä luotava hallintamalli, jonka mukaan organisaatiossa toimitaan. Johtamiseen voivat osallistua johtajan lisäksi myös valitut henkilöt tai johtamiseen mukaan on voitu ottaa jopa koko henkilöstö. (Jalava & Matilainen 2010, 60).

Vähäkangas (2010) on tutkinut johtamisen vaikutusta hoitotyössä. Hänen mukaan johtamisjärjestelmän alimmalla tasolla oleva esimies toimii ammatillisen toiminnan johtajana. Hänen vastuullaan on työn tarkoituksenmukainen organisointi, työkäytäntöjen ja toiminnan kehittäminen sekä henkilöstöjohtamiseen liittyvät asiat. Esimieheltä edellytetään johtamisosaamisen lisäksi ammatillista yhteistyöosaamista sekä hoitoon ja palveluun liittyvää erityisosaamista. Esimies on keskeisessä asemassa myös niissä palveluissa, joiden tarkoituksena on vastata asiakkaiden hoidon tarpeisiin ja parantaa alan vetovoimaa. (Vähäkangas 2010, 56).

Jatkuva osaamisen kehittäminen on tärkeää, jotta organisaatio kykenee suoriutumaan tehtävis-tään. Osaamisen johtaminen lähtee organisaation vision, strategian ja tavoitteiden ymmärrettäväksi tekemisellä työntekijöille. Edellytyksenä osaamisen johtamiselle voidaan pitää osaamistarpeiden selkeää määrittelyä organisaation strategiassa. (Sydänmaalakka 2007, 131 - 134.) Koira-mäen (2009, 61) mukaan osaamisen johtamisella on vaikutusta työ hyvinvointiin.. Osaamisen johtamista pidetään silloin vetovoimaisuuden lähteenä ja työssä pysymisen edellytyksenä. Viita-

lan (2004, 189) tutkimuksessa puolestaan hyvän työilmapiirin luominen on yksi keskeinen osaamisen johtamisen osa-alue.

Johtaminen edellyttää esimiehiltä kokonaisnäkemyistä koko palveluyksiköstä ja sen toiminnasta sekä omasta vastuualueestaan. Moninaisuuksien johtaminen on osa mielekästä ja tuloksellista johtamista. (Wiskari 2009, 18). Yhteisen tavoitteen löytäminen ja määrätietoinen samaan suuntaan vetävä ponnistelu tavoitteiden saavuttamiseksi on haaste moni ammatillisessa työyhteisössä. Monimuotoisuus kannustaa ihmisiä ideoimaan ja tuomaan ajatuksensa rohkeasti esiin. (Wiskari 2009, 178). Kotihoidon johtamisessa tulee huolehtia valtakunnallisten vanhuspoliittisten tavoitteiden toteuttamisesta kuitenkin paikalliset olosuhteet ja kotihoidon erilaiset tuottajat huomioon ottaen. Kotihoidon sisällön tulee olla kattava ja monipuolinen sekä kunkin asiakkaan tarpeet huomioituna. (Oulun kaupungin ikääntymispoliittiset linjaukset 2010- 2020,raportti).

Hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisen kannalta työyhteisön esimiestyössä ja johtamisessa on tärkeää seurata, että työyhteisö toimii asiakaslähtöisesti asiakkaan kanssa yhteistyössä ja yhteisymmärryksessä. Hoito- ja palvelusuunnitelman toteutumisen arviointi on jatkuvaa toimintaa ja osa työntekijän työtä. Suunnitelma tarkistetaan sovituin, säännöllisin väliajoin, jolloin kirjataan väliarviointi ja tarvittaessa suunnitelmaa muutetaan. Kunkin asiakkaan suunnitelman laatimisesta, sen arvioinnista ja käytännön muuttamisesta huolehtii omahoitaja ja lähiesimiehen tehtävänä on varmistaa arjen palvelujen ja kuntouttavan työotteen toimiminen joustavasti ja asiakaslähtöisesti. (Haverinen & Päivärinta, 19).

Esimieheltä vaaditaan systemaattista ja tavoitteellista työtä, joka edellyttää RAI- osaamista, asiakkaiden ja henkilöstön tuntemusta, sekä henkilöstön ja oman osaamisen tason tiedostamista. Esimiehen tulee olla lähellä käytäntöä, hänen on kyettävä ohjaamaan ja opettamaan henkilöstöä. Esimieheltä vaaditaan innostusta ja panostusta organisointiin, jotta koko henkilöstöllä on työaika toteuttaa suunnitellut asiat aikarajojen puitteissa. (Vähäkangas, ym.2012, 52- 53). Esimiehet ja johtajat voivat käyttää RAI: sta saatavia tunnuslukuja resurssien ja voimavarojen asianmukaiseen kohdentamiseen. He tarvitsevat tietoa tuloksista eli miten asiakkaan palvelulle asetetut tavoitteet on saavutettu annetuilla voimavaroilla. Kunnallisten päättäjien kanssa resursseista keskusteltaessa nämä tiedot ovat olennaisia. (Noro ym. 2005, 32–33). RAI- vertailukehittämisen avulla henkilöstötietojen ja kustannusten vertaileminen on mahdollista palvelumuotojen välillä. Palveluntuottajan tavoitteena on tuottaa mahdollisimman laadukkaat palvelut, mutta kohtuullisin kustannuksin. Erilaisia palveluja tuottavien on tästä syystä hyvin tärkeää tietää tuottamiensa palveluiden yksik-

kökustannukset ja ennen kaikkea seurata, millaista palvelun laatua kyseisillä kustannuksilla saadaan aikaan. Vuosittain kerättävien ikäihmisten pitkäaikaishoidon kustannustietojen perusteella muodostetuista palautteista RAI: ssa mukana olevat organisaatiot voivat verrata yksiköidensä tuottavuutta, kustannusrakennetta sekä palveluiden laatua niin organisaation sisäisesti kuin valtakunnallisiin keskiarvoihin. Kustannusten ja laadun yhtäaikainen, laaja-alainen ja systemaattinen seuranta on hallinnon välttämätön tehtävä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013, julkaisu).

RAI: n perus- ja laatumoduulit ovat tärkeitä johtamisen apuvälineitä. Laatumoduulit kuvaava asiakkaisiin tai hoitokäytäntöihin liittyviä kielteisiä tiloja kuten kaatuilua. Arvo kertoo suhteellisen osuuden prosentteina niistä asiakkaista, joilla kyseinen kielteiseksi katsottu tila esiintyy joko kaikista yksikön/osaston asiakkaista tai erikseen määritellyistä asiakkaista, lisäksi ne kuvaavat hoitoprosesseja ja niiden tuloksia. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013, julkaisu). Laadun indikaattorien avulla arvioidaan hoidon laatua, muiden erityismittareiden avulla seurataan hoidon kohdentumista, vaatavuusastetta, asiakkaiden toimintakyvyssä tapahtuvia muutoksia, asiakasrakennetta ja toiminnan tuottavuutta ja tehokkuutta. (Oinas 2010). Hoitoprosessien tuloksia voidaan käyttää toiminnan ohjaamiseen lyhyellä aikavälillä, suunnitteluun pitkällä aikavälillä sekä tunnistaa kehittämistä vaativat asiat. Näin johdettava organisaatio saadaan hallintaan ja toiminnan ohjaaminen mahdollistuu. RAI- HC- tietojärjestelmän avulla voidaan hallita monimutkaisia kokonaisuuksia tiivistämällä tulokset tunnuslukujen muotoon ja tuottamaan päätöksentekoa tukevaa informaatiota. (Kujansivu, Lönnqvist, Jääskeläinen & Sillanpää 2007, 159 – 161)

RAI- HC tietojärjestelmästä saadaan tieto, miten asiakkaan palvelulle asetetut tavoitteet on saavutettu. Tulosten avulla voidaan henkilökuntaa motivoida ja sitouttaa oman asiakkaan palvelujen tuottamiseen laadukkaasti. RAI- HC- tietojärjestelmän käyttötarkoituksena on tarkistaa suunnitellut asiat ja toteutuneet ne käytännössä. Mittareiden avulla voidaan myös konkretisoida organisaation strategia toteuttavissa oleviksi tavoitteiksi. Strategia voidaan purkaa toimintasuunnitelmiksi ja työvaiheiksi ja niiden avulla osoittaa tavoitteita, joka ohjaa henkilökuntaa toteuttamaan strategiaa. RAI- HC- tietojärjestelmän avulla voidaan myös kyseenalaistaa olemassa olevia toimintatapoja sekä viestittää yksikön voimavaroista. (Kujansivu, Lönnqvist, Jääskeläinen & Sillanpää 2007, 159 – 162).

Esimiesten ja työntekijöiden on tärkeä oppia tuntemaan RAI- HC- tietojärjestelmä mahdollisimman hyvin, jotta se palvelee käytäntöä ja työn suunnittelua mahdollisimman tehokkaasti. RAI- HC- tietojärjestelmän osaaminen tarkoittaa, että pystyy soveltamaan RAI- arvioinnista saatua tie-

toa ja omia taitoja tarkoituksenmukaisesti oikeisiin asioihin ja oikeaan aikaan hyvän hoidon, toiminnan ja palvelujen takaamiseksi. RAI- HC- tietojärjestelmän osaamisessa yhdistyvät tietojen ja taitojen monipuolinen ja luova käyttö, kyky organisoida työtä ja työskennellä ryhmässä sekä muutoksen johtaminen. Sitoutuminen RAI-HC- tietojärjestelmän käyttöön lähtee esimiehistä ja ylemmästä johdosta. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013, julkaisu).

RAI -tietojärjestelmän avulla on mahdollista esittää tarkkoja, selkeitä tunnus- ja vertailulukuja. Vertailukehittäminen mahdollistaa henkilöstöresurssien tasavertaisen ja oikeudenmukaisen kohdentamisen. (kuvio 2) Mikäli hoitoyksiköiden välillä ilmenee epätasapainoa, voidaan silloin perustellusti tehdä yksikkökohtaisia henkilöstömitoitusmuutoksia. Henkilöstörakenteen ja osaamisen osalta on mahdollista tehdä kehittämissuunnitelmia sen mukaan, minkälainen yksikön asiakasrakenne on. Esimerkiksi jos se painottuu kognitiivisten toimintojen heikentymisen ja käytöshäiriöiden suuntaan, tätä osaamista on vahvistettava ikääntyvien hoiva- ja hoitotyössä toimintakykyä edistävä ja kuntoutumista tukeva työote on korostunut viime vuosina. (Ripsaluoma 2007, 17- 19).



KUVIO 2. RAI vertailukehittäminen (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, 2013).

3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TAVOITTEET

Kehittämisprojektissämme kehitämme RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelma osiota arjen työkaluksi asiakkaiden hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Ikääntyneiden kotihoidon arvioinnin, seurantajärjestelmän ja hoidon kirjaamisen projektin tulos ja laatutavoitteina on kehittää yhteistyössä RAI- Softin ja ikääntyneiden hoitotyön asiantuntijoiden kanssa kotihoidon arviointi ja seurantajärjestelmää luotettavaksi, asiakaslähtöiseksi ja helppokäyttöiseksi kaikille työntekijöille. Käyttämisen esteiden vähentäminen on yksi tavoitteistamme.

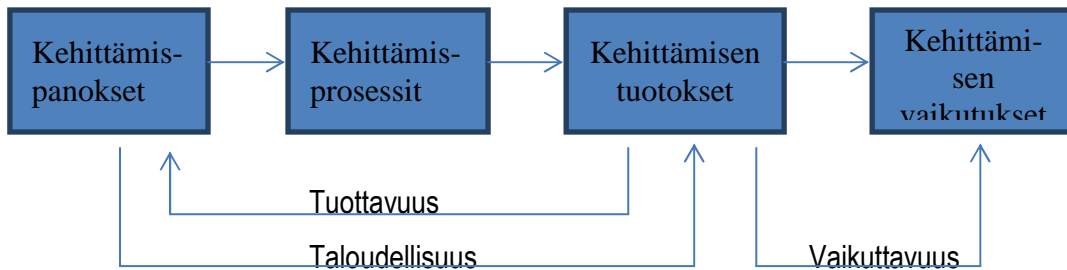
RAI- tietojärjestelmän käyttö on kaikkia kotihoidossa työssä olevia hoitajia koskeva asia. On tärkeää, että RAI: n käyttäminen lähtee työntekijöistä ja he kokevat sen olennaisesti työhönsä kuuluvaksi ja tuloksia tuovaksi työvälineeksi. RAI- tietojärjestelmä on tullut jäädäkseen ja siksi on merkityksellistä miten sen käyttö koetaan. Kun asenne RAI- HC- tietojärjestelmän käyttöä kohtaan on positiivinen, sen käyttäminen lisääntyy ja se otetaan työvälineeksi asiakkaiden hoitoon.

Muutosprosessissa on tärkeää ottaa huomioon organisaation yleisen tason haasteet ja strategiset linjaukset. Haasteita on mm. hoidon tason laadun määrittämien ja turvaaminen sekä hoitotyön vetovoimaisuuden lisääminen. Hoito- ja palvelusuunnitelman prosessia on tärkeä kuvata ja avata henkilökunnalle. Sen avulla voidaan jäsentää edistäviä toimenpiteitä, niiden sisältöä sekä määrittää tiimin jäsenten rooleja ja vastuita. (Vähäkangas, Niemelä & Noro, 2012 16).

Hyvin toimivassa ja innovatiivisessa ryhmässä edellytetään vuorovaikutusta ja ryhmän jäsenet uskaltavat esittää omia näkemyksiään. Ryhmällä tulee myös olla yhteiset tavoitteet, jotka tunnetaan, niitä pidetään saavutettavina ja niistä ollaan yksimielisiä. (Terveys ja sosiaaliministeriö, raportti 9/2011, 83). Henkilöstön asenteet, motivaatio ja innostus vaikuttavat toimivaan työyhteisöön. Näillä on merkitystä kehittämistyömme vastaanotossa ja uuden toimintatavan omaksumisessa.

Kehittämistehtävässämme kehitettävää lähestytään asiakastarpeen ja käyttäjän näkökulmasta sekä teknisten ongelmien ja niiden ratkaisujen näkökulmasta. Tavoitteemme on, että lopputuloksena syntyy parannettu RAI-HC- tietojärjestelmään hoito- ja palvelusuunnitelma moduuli, joka on kestävydeltään ja teknisiltä ominaisuuksiltaan toteutettavissa oleva ja käyttötarkoitukseen sopi-

va. Kehittämistyömme taustalla on tuloksellisuusajattelu, jossa huomioidaan panokset, prosessi, tuotokset ja vaikuttavuus.



KUVIO 3. Kehittämistyön tuloksellisuuden osa-alueet (Lumijärvi 2000).

Tavoitteenamme on myös RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelma mahdollistavan rakenteellisen kirjaamisen laatua hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Henkilökunnan tulee enemmän ottaa ohjaava ja koordinoiva rooli asiakkaan osallistumiseen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen ja systemaattisesti kirjata asiat. Myös yhteistyökumppaneiden osallisuus palvelujen tuottamiseen tulee näkyä hoito- ja palvelusuunnitelmassa.

Kehittämistehtävämme kohderyhmä on kotihoidon henkilökunta. Kaikkien kotihoidossa työskentelevien tulee osata laatia omalle asiakkaalle RAI- HC hoito- ja palvelusuunnitelma, RAI arvioinnissa saatuihin mittaritietoihin perustuen. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta hyötyvät kaikki yhteistyökumppanit, joilla on käytössä effica- tietojärjestelmä. Vaikutus on asiakkaiden hoidon jatkuvuuden ja laadun turvaamiseen.

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS

Pysyvien muutosten aikaansaaminen edellyttää kehittämisen moniulotteista kiinnittämistä työyhteisöön ja sen normaaleihin toimintoihin. Työelämän kehittämistehtävänä tehtävä opinnäytetyö on monitahoinen ja moniulotteinen kehitys- ja oppimisprosessi. (Linnossuo 2007, 42). Gustanssen; Wikman & Ekman (1996, 194- 195) tutkimuksen mukaan kehittämisen ja muutoksen aikaan saamisessa oleellista ei ole se, mitä pyritään muuttamaan vaan se, miten kehittäminen ja muutos toteutetaan. Tunnuspiirteitä on kehittämisen riittävä resursointi ja kiinnittäminen organisaation kaikkiin tasoihin ja tehtäviin, jolloin organisaatio sitoutuu kokonaisuutena muutokseen.

Kehittämistehtävämme toteutamme projektityönä. Projekti sana tulee latinan sanasta pro iacere, proiectus,” eteen heitetty. Nykysuomen sanakirjan mukaan projekti tarkoittaa ehdotusta ja suunnitelmaa sekä suunnitelman toteutusta. Vesterinen (2001) määrittelee tutkimuksessaan projektin olevan tavoitteellista, kertaluonteista, ajallisesti määriteltyä, organisoitua ja erikseen resursoitua työelämän ja koulutuksen yhteistoiminnallista kehittämistehtävää ja oppimisprojektia. (Vesterinen 2001, 14).

Projektin aloittamiseen liittyy projektin lähtökohtien määrittely ja projektin asettaminen. Projektin määrittely on asettajan tehtävä. Määrittelyssä on otettava huomioon yleiset kehittämistavoitteet sekä varmistettava tavoiteasettelun konkreettisuus, resurssien riittävyys ja johtoryhmän edustavuus ja asiantuntemus. Määrittely on jonkinlaista projektin esisuunnittelua. Sen tavoitteena on luoda projektin asettajalle näkemys projektista, sen tavoitteista, tuloksista sekä tehtävistä ja resurssitarpeista. On myös mietittävä, mitä hyötyä projektista uskotaan olevan. Perusteet voivat olla niin taloudelliset, työllistävät kuin toimintaa kehittävätkin. Lisäksi määritellään, millä projektille asetettu tulostavoite saavutetaan. Myös projektin lopputuloksesta aiheutuvat seurausvaikutukset pyritään määrittelemään, ja arvioimaan niiden taloudelliset ja toimintaa kehittävät hyödyt. (Töyli 1998, 46- 48).

Projektin lopputuloksena ei välttämättä tarvitse olla jokin konkreettinen tuote, vaan se voi myös olla ratkaisu johonkin ongelmaan. Projekti koostuu tehtäväkokonaisuudesta, jolla on alkamis- ja päättymisajankohtansa. Tätä kutsutaan elinkaareksi. Sen aikana projekti jakaantuu useaan eri vaiheeseen, jotka poikkeavat toisistaan. (Ruuska 1994, 7- 9).

Oppimisen kannalta projekti on havaitsemista, muistamista ja ajattelua. Se on tiedon kokonaisvaltaista prosessointia, vastaanottamista ja tulkintaa. Tarkoituksena on saada aikaan ihmisen tiedoissa, taidoissa, käsityksissä ja tunteissa muutoksia. Kun muutos kestää kauemmin kuin hetken, oppimista on tapahtunut. (Vesterinen 2001, 15). Projektin etenemisen seuraaminen ja siitä raportointi on jatkuvaa aina projektin loppuun saakka. Raporttien laatiminen on aikaa vievää ja se täytyy tehdä huolella. Siinä täytyy ilmetä kaikki tarvittava oleellinen tieto, eikä siinä saa olla mitään epärelevanttia informaatiota. (Pelin & Pelin 2003 68).

Kehittämistyö on systemaattista ja pitkäkestoista toimintatapojen eteenpäin viemistä. Se vaatii kehittämiseen vahvasti uskovia ja sitä toteuttavia ammattilaisia. Kehittämisessä lähdetään liikkeelle määrittelemällä nykyinen tilanne ja tavoitteet. Ensimmäisenä tavoitteena on rakentaa arvopohja jonka perustehtävän toteuttamista kehitetään. (Koivukoski & Palomäki 2009, 23- 24.) (Sannerma 2009, 276) tutki väitöskirjassaan kotihoitotyön kehittämistä. Hänen mukaansa yhteisen arvoperustan kehittäminen on välttämätön kehittämistyön lähtökohta ja onnistumisen edellytys toimivalle kehittämistyölle.

4.1 Kehittämisen lähtökohtia työyhteisössä

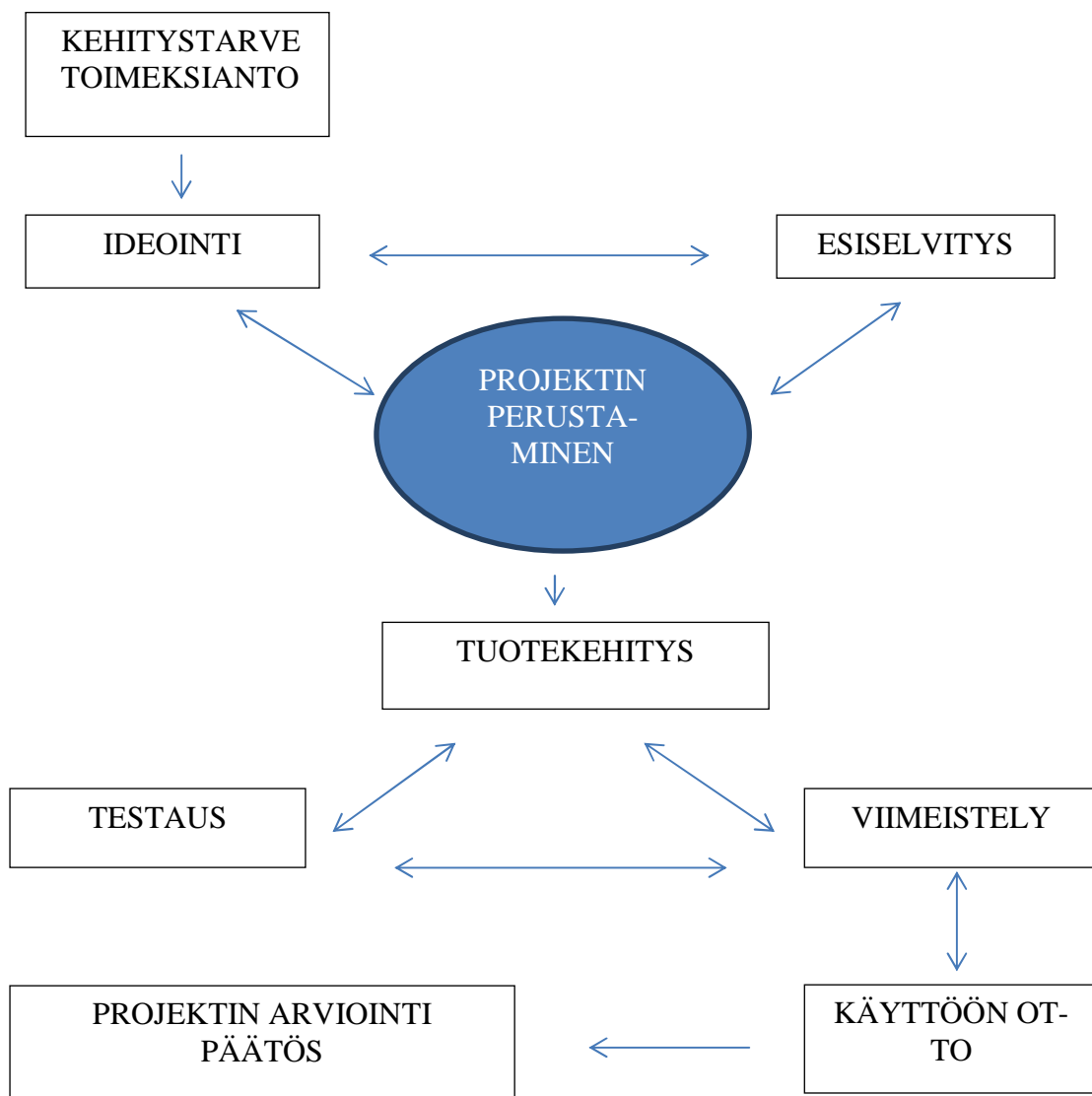
Kehittämistehtävä lähtee kehittämistarpeesta ja toimeksiannosta. Ideoinnin ja esiselvityksen jälkeen perustetaan projektiryhmä, joka vie kehittämistyötä eteenpäin (Liite 4). Projektiryhmän tukena on asiantuntijoita sekä työyhteisön jäseniä. Perusolettamuksena on, että käytettävissä on rajalliset kehittämisresurssit, millä kehittämistyö tulisi tuottaa. Tavoitteena on saavuttaa muutokset, vaikutukset ja uudet toimintatavat. Tavoitteiden asettelussa on oltava realistinen ja siksi tavoitteiden asettelussa arvioidaan ennakolta mahdollisuus saavuttaa ne. (Lumijärvi 2000, 58).

Kehittäminen on aina tulevaisuutteen suuntaavaa toimintaa. Kehittämistoiminta kiinnittyy tiettyihin arvolähtökohtiin, joista lähtien se pyrkii edistämään muutosta strategisen suunnittelun pohjalta. Kehittämisen tulee myös olla lähellä käytännön toimintaa, jotta siinä säilyy yhteys kokemuksellisuuteen ja hiljaiseen tietoon sekä arjen toimintaan. (Lumijärvi 2000, 68).

Kehittämistehtävämme tavoitteena oli kehittää toimintamalli RAI- HC- tietojärjestelmään hoito- ja palvelusuunnitelma osioon. Kotihoidon palvelujärjestelmän tunteminen auttoi meitä kohdistamaan kehittämistoimenpiteet ja määrittämään tarvittavat kehittämismenetelmät mahdollisimman tarkoituksenmukaiseksi. Asiakas vaikuttavuuden vahvistaminen, kustannusten aleneminen, prosessien

sujuvuuden lisääminen, palveluketjujen sujuvuuden lisääminen, henkilöstön osaaminen ja lähijoh-
tamisen vahvistaminen oli kehittämistyömme laatutavoitteina.

Henkilökunnan mukaan otto kehittämistyössämme oli alun alkaen selvää. Työyhteisön avoimeen
vuorovaikutuksen eteen täytyi tehdä töitä. Meidän oli luotava puitteet, jotka mahdollistivat keskus-
telun perustehtävästä ja työstä. Kuunteleminen edellytti todellista läsnäoloa ja kiinnostusta, mutta
myös neutraalia, tyhjää ja avointa mielenilaa. Henkilökunnan mielipiteillä oli suurimerkitys koko
kehittämistyömme tekemisessä.



KUVIO 4. Tuotekehitysprojektin päävaiheet

4.2 Kehittämistehtävän alkuideointi

Vuonna 2010 pilotoitiin Oulun kaupungin kotihoidossa alkuperäinen versio RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelman osiosta. Pilotointi toteutettiin kolmella kotihoidon alueella ja pilotointiin osallistui alueelta 2-3 henkilöä eri ammattiryhmistä. Ennen pilotointia henkilökunta oli antanut epävirallista palautetta ohjelman käytettävyydestä.

Tältä pohjalta päätettiin pilotoida hoito- ja palvelusuunnitelman osio ja saatujen arviointien ja kokemusten perusteella johto tekisi ratkaisun tietojärjestelmän käyttöön otosta tai kehitettäisiinkö toinen versio kotihoidossa olevien iäkkäiden asiakkaiden hoitotyöhön. Pilotoinnissa henkilökunta laati omille asiakkailleen hoito- ja palvelusuunnitelman sekä arvioi RAI- HC- tietojärjestelmän käytettävyyttä. Kaikki esiin nousseet asiat RAI- HC- tietojärjestelmän käytettävyydestä kirjattiin ylös. Kommentteja pilotoinnin jälkeen:

- *liian monimutkainen käyttää*
- *paljon liimaa leikkaa tekemistä*
- *aika menee näpertämiseen*
- *ei osaa, ei innosta kun on niin vaikea käyttää*
- *tuloste kamalaa luettavaa ja asiakkaalle pitäisi jättää*
- *ei ole teknisiä valmiuksia käyttää tällaista ohjelmaa*
- *ei tule mitään, hukkaan heitettyä aikaa*
- *ajantuhlausta, tämänkin ajan voisi käyttää asiakkaille, eikä nyhrätä tämmöistä*

Palautteet analysoimme touko- elokuussa 2011 ja analysoinnin yhteenvedon kävimme ne läpi vanhustyön johtajan kanssa. Palautteiden ja kokemusten perusteella johto päätti, ettei alkuperäistä RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelmaa moduulia oteta sellaisenaan käyttöön.

Syyskuussa 2011 vanhustyön johtaja esitti, että ottaisimme opiskelumme kehittämistehtäväksi RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämisen, palvelemaan paremmin asiakkaiden ja henkilökunnan tarpeita. Innostuimme asiasta, koska olihan se meidän työtämme koskeva ajankohtainen asia. Päätökseemme vaikutti myös meidän molempien vankka tietämys RAI- HC- tietojärjestelmästä ja entiseen RAI- HC- tietokärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittyvistä ongelmista kirjaamisen suhteen ja teknisesti.

Kehittämistehtävämme ideointi käynnistettiin matalan kynnyksen periaatteella, koska tämä vaihe tuotettiin oman työn ohella. Vanhustyön johtajan kanssa sovimme alkuvaiheessa, että RAI- softin ja asiantuntijoiden tapaamiset voimme tehdä työajalla, muuten kehittämistehtävämme tuotamme omalla ajallamme.

Kehittämistehtävän aloittamiseen vaikuttivat seuraavat asiat:

1. Asiakkaiden palvelut eivät olleet suunnitelmallisia
2. Palveluiden sisältö ja asiakkaiden osallistuminen ei tullut esille hoito- ja palvelusuunnitelmissa
3. Pienelle osalle asiakkaista oli yleensäkin laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma
4. Tehdyissä hoito- ja palvelusuunnitelmissa kirjaaminen oli puutteellista. Tavoitteita ei ollut.
5. RAI-HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelma oli irrallisena, omana ohjelmana.
6. Tietojen siirto effican puolelle vaati leikkaamista, liimaamista ja kopiointia
7. Tulostettava hoito- ja palvelusuunnitelma oli sekava

4.3 Kehittämistehtävän käynnistäminen

Kehittämistehtävässämme hyödynsimme aiemmin tekemäämme kirjallisuuskatsausta. Tutkimusten tuottamien tietojen kuvaamisella ikääntyneiden hoito- ja palvelusuunnitelmien vaikutuksista palveluihin auttoi meitä tehtävän käynnistämisessä. Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkija analysoi tutkimusmateria ja pyrkii asettamaan tutkimuksen historialliseen ja tieteenalan kontekstiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 111 -112).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus oli tehokas lähestymistapa kerätä kehitettävästä ilmiöstä aiempaa tutkittua tietoa ja arvioida niiden johdonmukaisuutta. Kirjallisuuskatsauksen tehtävä on nostaa esiin eri näkökulmia aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista sekä kertoa kuinka meneillään oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on valikoida lukijalle valmiiksi aiheesta tärkeimmät tutkimustulokset. Kirjallisuus-katsauksen tulee keskittyä tutkimusongelman kannalta olennaiseen kirjallisuuteen, aikakauslehtiartikkeleihin, tutkimuslauseisiin sekä muihin keskeisiin julkaisuihin. (Hirsjärvi, ym. 2004, 112 -113).

Alkuvaiheessa mietimme minkälaisen asiantuntija ryhmän tarvitsemme kehittämistyömme tekemisen tueksi. Asiantuntijoiden tulisi koostua RAI- HC- tietojärjestelmän tuntevista henkilöistä se-

kä RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunitelman tuntevista henkilöistä. Teknisistä ratkaisuista asiantuntijuus tuli RAI-soffilta. Projektisuunnitelman teon aloitimme välittömästi kehittämistehtävämme aiheen varmistuttua.

Suunnitelmassa laadimme aikataulutuksen kehittämistyömme tekemiselle, joka ohjasi meitä ajallisesti.

Työvaihe	Muoto	Aikataulu
Kehittämisasiheen valinta	Keskustelu johtoportaan kanssa	4/2011
Vanhan RAI-HC pilotointi, analysointi	Analysointi, kehittämistehtävän tarpeen määrittely	5-7/2012
K.tehtävän tarkentuminen	Keskustelu johtoportaan kanssa	9/2011
Rai-Softin edust. tapaam.	Palaveri	9/2011
Asiantuntija ryhmän tapaam.	Palaveri	Tapaaminen 1/kk
Suunnitteluvaihe Rai-Soft edustajan kanssa	Suunnittelu kokous	Tapaaminen 1/kk ja etättyötä
Uusi RAI-HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelma valmis	Esittelemine johtoportaalalle	3/2012
Uuden RAI- HC pilotointi, ryhmien koulutus	Henkilökunnan koulutus	5/2012
RAI-HC: n pilotointi ryhmissä	Ohjaus, opetus, motivointi, kannustus	5/2012
RAI-HC tietojärjestelmän käytettävyyden palautteiden analysointi	Analysointi	9/2012
RAI-HC tietojen palautteiden läpikäyminen johdon ja RAI-Soft edustajan kanssa	Palaveri	11/2012
Kehittämistyön raportointi		5/2013
Projektin päättäminen		5/2013

TAULUKKO 1. Kehittämistehtävän aikataulutus

Aikaisemman hoito- ja palvelusuunnitelman analysoinnissa nousseita asioita vertasimme kirjallisuuteen ja aiempaan tutkimustietoon. Tuloksia hyväksikäyttäen teimme toimintaehdotukset RAI-HC-tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelmamoduulin rakenteesta. Alustavia toimintaehdotuksia arvioitiin kotihoidon henkilökunnan kanssa käydyissä ryhmäkeskusteluissa. Ryhmäkeskusteluista saadun aineiston analysoinnin jälkeen kehitimme edelleen toimintaehdotuksia RAI-HC-tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelman sisällöstä ja rakenteesta.

Kehittämispöytätyössä yksittäisen työntekijän, työyhteisön työprosessit kytkettiin yhteen. Tarkoituksena ei ollut tuottaa ulkopäin valmiita ratkaisuja, vaan kehittää ja muokata välineitä uuden toimintamallin suunnitteluun. Tarkoituksena oli auttaa työntekijöitä havaitsemaan ja ymmärtämään työprosessinsa kokonaisuutena ja oppimaan uusia ajattelumalleja ja välineitä, joilla voidaan vaihtaa iäkkään asiakkaan palvelun kehittämiseen myös tulevaisuudessa.

4.4 Kehittämistehtävän projektiryhmän perustaminen

Projektiryhmän muodosti Hiltunen Leila ja Saarela Sirpa. Ohjausryhmän muodostivat Pirkko Sandelin ja Elina Korkeakoski Oulun seudun ammattikorkeakoulusta. Teknisten ratkaisujen asiantuntijana oli RAI-Softilta Miikka Puumala. Asiantuntija apuna olivat Rita Oinas, Päivi Sydänmaa, Katriina Niemelä ja Piia Vähäkangas. Lisäksi tässä prosessissa koko kotihoidon henkilöstön kokemuksia, näkemyksiä ja mielipiteitä kuunneltiin ja otettiin huomioon.

Yhteistyöneuvottelu pidettiin RAI-Softin kanssa välittömästi projektiryhmän perustamisen jälkeen. Projektisopimus allekirjoitettiin vanhustyöjohtaja Rita Oinaan ja projektiryhmän kesken sekä toimitettiin Oulun seudun ammattikorkeakoululle. Projektiryhmä piti päiväkirjaa koko projektin ajan aikataulujen, tapaamisten ja tavoitteiden tarkastelujen suhteen. Väliarviointia ja raportointia annettiin koko kehittämissuorituksen ajan.

4.4.1 Palaverit johdon, asiantuntijoiden ja RAI-softin kanssa

Kehittämissuoritamme tavoitteita tarkastelimme vanhustyöjohtaja Rita Oinaan kanssa 4.4.2011. RAI-HC-tietojärjestelmän kestävyyttä ja tavoitteita tarkistettiin työntekijän, asiakkaan ja johtamisen näkökulmasta. Työntekijän kannalta oleellista on ohjelmiston helppokäyttöisyys, jonka on tarkoitus toimia työvälineenä palveluja annettaessa. Palvelun saajaa hoito- ja palvelusuunnitelma auttaa hyödyntämään omien voimavarojen tunnistamisessa, yhdessä omahoitajan kanssa asetet-

tujen tavoitteiden mukaisesti. Johtamisen näkökulmasta oleellista puolestaan on RAI- HC- tietojärjestelmän mittareilla saatujen tietojen hyödyntäminen palveluketjussa sekä tuotteen pitkäkestoinen elinkaari. Toisen palaverin pidimme vanhustyön johtajan kanssa 15.9.2011, jolloin kehittämistehtävän reunaehdot tarkennettiin ja lupasopimus allekirjoitettiin.

Hoito- ja palvelusuunnitelman ensimmäinen suunnittelupalaveri pidettiin 15.9.2011, jossa meidän lisäksi oli asiantuntija apuna Katriina Niemelä. Palaverissa suunniteltiin alustava runko RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Palaverissa käytiin läpi vanhan RAI- HC- tietojärjestelmän hyvät ja huonot puolet, joka toimi pohjana uuden suunnittelussa. Palaverin jälkeen projektiryhmä jatkoi asian työstämistä eteenpäin.

5.10.2011 ja 12.10.2011 pidettiin asiantuntijan kanssa uudet palaverit. Palaverissa esiteltiin suunnitelmaa ja asiantuntija antoi oman kannanottonsa jatkotyöstämisen osalta. Jatkotyöstäminen aloitettiin välittömästi ja henkilökunnan mielipiteitä kyseltiin, joista oli suuri apu työn etenemiselle.

EU- rahoitteinen Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtamis- hanke käynnistyi vuonna 2009 Oulun ja Kokkolan kaupunkien, sekä Kokkolan yliopistokeskus Chydeniuksen yhteistyönä. Kyseessä oli ylimatekunnallinen hanke, jonka vastuuorganisaationa toimi Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. THL tuotti hankkeessa tarvittavat RAI- tutkimustietokantaan perustuvat tiedot ja analyysit. Oulun kotihoidossa hankkeeseen osallistui Myllyoja – Laanilan kotihoidon yksikkö.

Hankkeessa toteutettiin 3 erillistä interventiota hoito- ja palveluketjun eri tasoilla. Kotihoidon interventio oli; muistisairaana ikäihmisen kuntoutumista edistävät toimintamallit *kotihoidossa*. Hankkeessa kehitettiin kuntoutumista edistävä toimintamalli ikääntyneiden hoitoon ja kotihoidossa muistisairaana asiakkaan hoidossa nousi keskeiseksi kognition heikentymisen syyn selvittäminen, sen kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan, sekä kognition heikentymisen huomioiminen kuntoutumista edistävän harjoitteluohjelman laadinnassa. (THL raportti 48/2012).

Projektiryhmäläisinä osallistuimme 6.10.2011 ja 18.10.2011 Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtamishankkeen koulutuspäiviin. Näiltä päiviltä saimme lisäevästyksi siihen, miten rakenteellinen kirjaaminen vaikuttaa asiakkaan hoidon tavoitteiden asettelussa, suunnittelussa ja arvioinnissa. Tämä myös vahvisti käsitystämme tiettyjen mittarien lukitsemisesta, eli tiettyihin asioihin on kantaa otettava asiakkaan hoitoa suunniteltaessa.

Kävimme myös tiedolla tutustumassa siellä työn alla olevaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja hoitokertomukseen. Heidän suunnitelma oli suunnattu lähinnä sairaala maailmaan, eikä näin palvelut kotihoidossa olevia asiakkaita parhaalla mahdollisella tavalla. Kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmassa keskeisessä roolissa on asiakkaan omat voimavarat ja toimintakyky. Tutustumiskäynnillä evästystä saimme kuitenkin rakenteelliseen kirjaamiseen ja sen tuomiin hyötyihin.

RAI- softin kanssa pidimme ensimmäisen yhteisen palaverin 14.11.2011. RAI- softin edustajana oli Miikka Puumala. Tässä palaverissa sovimme yhteistyökuvioista ja tapaamisista. RAI- softin edustaja kertoi heidän intressinsä tulla mukaan teknisestä osaamisen suhteen ja RAI- HC- tietojärjestelmän osaamisen suhteen. Neuvottelimme myös valmiin tuotteen käyttöön otosta ja käyttöön oton aikana tapahtuvista muutoksista/ korjauksista, jotka toteuttaa RAI- soft. Tekijänoikeudet säilyy RAI- softilla ja he voivat markkinoida hoito- ja palvelusuunnitelmaa jatkossa eteenpäin. Sovimme myös, että RAI- soft kouluttaa koko Oulun kaupungin kotihoidon henkilökunnan kiitoksena projektiryhmän heille tekemästä suunnittelutyöstä.

7.12.2011 pidimme palaverin, jossa oli mukana RAI- softilta Miikka Puumala ja Johan Jansson, asiantuntijat Katriina Niemelä ja Piia Vähäkangas sekä projektiryhmäläiset. Tässä palaverissa esittelimme kehittämissuunnitelmat RAI- HC tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelma moduuliin. Keskusteltavat asiat olivat hoitosuunnitelman runko ja sisältö, hoitosuunnitelman integraatio sekä projektin aikataulus. Hoitosuunnitelman sisältö käytiin läpi lomake lomakkeelta. Kaikki kommentit kirjattiin muistiin tarkasti. RAI- soft sekä projektiryhmä jatkaa hoito- ja palvelusuunnitelman sisällön kehittämistä. RAI- softin ja projektiryhmän välillä oli jatkuva yhteydenpito sähköpostin ja puhelimen avulla. Etätyöskentelyn avulla hoito- ja palvelusuunnitelman teko edistyi aikataulun mukaisesti.

16.12.2011 projektiryhmä esitteli kehittämistehtävän vanhustyön johdolle Rita Oinaalle ja Päivi Sydänmaalle. Mukana oli myös asiantuntijana Katriina Niemelä. Johdolta saimme evästystä jatkotyöskentelyyn sekä arvokkaita mielipiteitä ja kannanottoja, jotka auttoivat meitä eteenpäin. Yksi merkittävä asia oli piirtää prosessi kaavio, jossa kuvataan asiakkaan polku, kun hän tai hänestä otetaan yhteyttä palvelujen saamiseksi. Tämä prosessikaavio selventää henkilökunnalle, missä vaiheessa ja kuka tekee asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman. Prosessikaavio toimii myös uuden työntekijän perehdytyksen oppaana. 3.1.2012 esittelimme kehittämistehtävän kotihoidon yhdyshenkilöille ja palveluesimiehille ja pyysimme kommentteja, korjausehdotuksia, jotka vielä tässä vaiheessa olisi mahdollista toteuttaa.

5.3.2012 aloitimme prosessin piirtämisen ja vaiheiden kuvauksen. Prosessissa käydään askel askeleelta läpi asiakkaan polku, kun hän tai hänestä tulee palvelupyyntö. (LIITE 1.) Prosessin alle on tehty vaiheiden kuvaus, johon on kuvattu kunkin toiminnan tarkemmat tiedot. Prosessin piirtäminen ja vaiheiden kuvaus auttaa selventämään missä vaiheessa ja kenen vastuulla on hoito- ja palvelusuunnitelman teko ja missä aikataulussa.

4.4.2 Hoito- ja palvelusuunnitelman uusi versio

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjaaminen perustuu asiakkaan tilan ja voinnin kartoitukseen. sekä asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen keskeisten toimintakykyä heikentävien tekijöiden määrittelyyn. Kirjaaminen ohjaa toiminnassamme asiakkaalle antamamme hoidon ja palvelun tehokasta kohdentumista ja tavoitteellisen toiminnan toteutumista. Ajantasainen ja asiakkaan tarpeisiin perustuva hoito- ja palvelusuunnitelma turvaa asiakkaalle yhtenäisen hoidon ja palvelun työntekijän vaihtuessa. Lisäksi hoito- ja palvelusuunnitelma toimii tehokkaana kanavana tiedon kulusa työntekijöiden ja eri hoitolaitosten välillä.

Myllyoja- Laanilan kotihoidossa käynnissä olleen Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtamis- hankkeen kautta oivalsimme, että on järkevää lukita tietyt mittarit hoitosuunnitelmassa ja näin saadaan määriteltyä ns. minimikirjaamisen tasoa hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Hankkeen alussa tehtyihin asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien lähtötilanne analyysien kautta tuli esille, ettei asiakkaiden kognition heikkenemisen vaje tule riittävän kattavasti esille hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Minimikirjaamisen taso hoito- ja palvelusuunnitelmassa määriteltiin lukitsemalla seuraavat mittarit, jotka mahdollisimman laajasti kuvaavat asiakkaan selviytymistä arjessa.

CPS, jolla kuvataan asiakkaan muistia, päätöksenteko kykyä, kyky ymmärtää ja tulla ymmärretyksi sekä käytösoireet mm vaeltelu, uhkaava kielenkäyttö.

IADL, välilliset toiminnot mm ruuan valmistus, aloitekyvyttömyys, puhelimella soittaminen ja vastaaminen, lääkkeiden otto.

ADL, liikkuminen sisällä ja ulkona, Wc käynnit, virtsankarkailu, henkilökohtainen hygienian hoito, pukeminen ylä- ja alavartalo, syöminen.

DRS, sosiaalinen verkosto, terveyteen liittyvät toistuvat valitukset.

PAIN, kivut, kivun sijainti, kipulääkitys ja sen teho.

BMI, ruokatottumukset, ali- ylipaino uhka, painokontrollit

REHAPOT, kuntoutumisen mahdollisuus.

Aiemmassa alkuperäisessä RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelma osiossa ei ollut info- välilehteä. Halusimme ensimmäiseksi info- välilehden, johon siirtyy automaattisesti RAI- HC- tietojärjestelmän arvioinnista asiakkaan diagnoosit ja sen hetkinen lääkitys näkyviin. Tästä on etua hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä ja tavoitteiden asettelussa (Liite 2).

Seuraavana on tulo/ nykytilanne välilehti. Tulo tilanne näkyy, kun asiakas on uusi, eikä hänellä ole aiempaa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Entisistä asiakkaista tulee näkyviin nykytilanne välilehti. Tähän lehdelle kirjoitetaan lyhyesti asiakkaan toimintakyvystä, asumisesta, kotihoidon käyntimäärät. Lehden on tarkoitus antaa kuvaus, millaisen asiakas on kyseessä, varsinkin kun uusi työntekijä menee ensikertaa asiakkaan luokse. Lisäksi tähän tulee kirjata asiakkaan hoidon pää-tavoite ja millä aikavälillä sen toteutumista tarkistetaan (Liite 3).

Hoidon tarvelehdellä näkyy RAI arvioinnissa tulleet mittaritulokset. Näitä tuloksia tarkastellaan mittari mittarilta ja huomioidaan asiakkaan toimintakyky vajavuudet. Mittaristo antaa suoraan tavoitteita asiakkaan hoidon suhteen, kun omahoitaja tuntee asiakkaan ja on yhdessä hänen kansa keskustellut realistisista, saavutettavissa olevista tavoitteista asiakkaan toimintakyvyn parantamiseksi tai ylläpitämiseksi (Liite 4).

Seuraava välilehti on tavoitteet ja suunnitellut toiminnot. Lomake on jaettu kolmeen lokeroon: hoidon tarve, hoidon tavoite ja suunnitellut toiminnot. Hoidon tarpeeseen siirtyy automaattisesti RAI arvioinnin puolelta asiakkaasta saadut mittaritiedot kaikista lukituista mittareista. Lisäksi tähän kenttään siirtyy RAI- arvioinnin puolelta käytetyt lisätietomerkinnot, joilla on perusteltu kysymyksen annettu vastaus. Jos RAI- arvioinnin puolella on täytetty lisätietomerkinnot perusteellisesti, antaa se jo tarve kenttään valmiin tiedon asiakkaan toimintakyvystä. Tavoite lokeroon johdetaan asiakkaan realistinen tavoite, kunkin mittaritiedon kohdalta ja toiminnot lokeroon millä toiminnoilla asetettuihin tavoitteisiin päästään. Näihin kohtiin ei vielä eritellä pikkutarkasti eri toimintoja, vaan suuremmalla kokonaisuudella. Kun tavoitteet on asetettu seuraa ne jatkossa kaikkien välilehtien yläreunassa, muistuttamassa ja ohjaamassa mihin pyritään (Liite 5).

Täysin uutena lehtenä tulee hoidon päiväsuunnitelma. Lomake on jaettu aamu, päivä, ilta yö ja muut toiminnot lokeroihin. Näihin kuvataan asiakkaan saama apu eri vuorokauden aikana, huomioiden kuntouttava työote, asiakkaan omat voimavarat ja toimintakyky, sekä asetetut tavoitteet. Muut toiminnot lokeroon kuvataan omaisten antama apu, kauppa-apu, päivätoiminnassa käynnit jne. Eli toiminnot, jotka ei tapahdu päivittäin (Liite 6).

Hoidon toteutus lehti on RAI- softin kehittämä, jota Oulun kaupungin kotihoito ei käytä. Lehti on tarkoitettu päivittäisten raporttien kirjoittamiseen. RAI- soft halusi kuitenkin, että lehteä ei poisteta jos muut yhteistyökumppanit ottavat sen käyttöön (Liite 7).

Hoidon arviointi lehdellä tehdään arvio tavoitteiden saavuttamisesta aina ennen seuraavan hoito- ja palvelusuunnitelman tekoa, uuden RAI arvioinnin teon jälkeen. Lehdeltä on mahdollisuus nähdä edellisen ja uuden arvioinnin tulokset. Missä määrin tavoitteet on saavutettu ja mihin suuntaan asiakkaan toimintakyky on mennyt edellisestä arvioinnista. Arviointi täytyy tehdä aina ennen seuraavan hoitosuunnitelman tekoa (RAI arviointia,) koska jälkeinpäin sitä ei enää pääse tekemään (Liite 8). Hoito- ja palvelusuunnitelma on tulostettavissa kokonaisuudessaan asiakkaalle tai jokaisen lehden voi tulostaa erikseen (Liite 9).

4.4.3 Hoito- ja palvelusuunnitelman käyttöönotto ja henkilökunnan koulutus

Hoito ja palvelusuunnitelma oli meidän ja RAI- softin puolesta valmis huhtikuussa 2012 otettavaksi käytäntöön kokeiluversiona. Versio päivitettiin Oulun tietokantaan toukokuussa 2012 ja pysyimme tekemään hoito- ja palvelusuunnitelmalle esimerkki asiakkaan, jonka avulla pilottiin osallistuvien yksiköiden henkilökunta koulutettiin. Ennen henkilökunnan koulutusta laadittiin kirjallinen ohje hoito- ja palvelusuunnitelmasta ja sen käytöstä. Ohjeessa edettiin lomake lomakkeelta ja havainnollisesti esitettiin mitä asioita kyseiseen lomakkeeseen on tarkoitus kirjata ja mitä asioita tulee lomakkeella olla. Varsinaista kirjaamista ei korostettu, vaan teknistä käyttöä edetä loogisesti parhaan mahdollisen hoito- ja palvelusuunnitelman saamiseksi asiakkaalle.

Kouluttaminen tapahtui pienryhmissä malliesimerkin avulla. Henkilökunta näki tällöin ensimmäisen kerran uuden hoito- ja palvelusuunnitelma osion valmiina. Koulutuksen aikana pidettiin kirjaa kannanotoista, kommenteista ja parannus ehdotuksista. Nämä olivat meille arvokasta tietoa, koska vielä oli mahdollisuus keskustella RAI- softin kanssa korjauksista. Koulutuksen jälkeen henkilökunnan reaktiot olivat positiivisia ja odottavia, että pääsevät itse kokeilemaan ja tekemään asiakkailleen RAI-HC -tietojärjestelmään hoito- ja palvelusuunnitelmia. Ohjelman käytettävyys koettiin helpoksi. Tukea, opastusta ja vierellä tekemistä projektiryhmäläiset ovat antaneet koko ajan pilottiryhmille. Opastusta on annettu ryhmä ja yksilöopetuksena, malliesimerkki asiakkaan avulla oikeaan RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelma osioon.

4.4.4 Pilotoinnin yhteenveto ja tulostenarviointi

Pilotti- ryhmiltä tuli pääsääntöisesti positiivista palautetta uudesta hoito- ja palvelusuunnitelma osiosta. Käyttäminen koettiin aiempaan versioon nähden huomattavasti helpommaksi ja eteneminen oli loogista. Palautteita pilottiin osallistuneilta;

- *ihanaa ei enää liimata ja leikata*
- *minäkin jopa osaan käyttää tätä*
- *tuntuu järkevältä käyttää*
- *kirjalliset ohjeet hyvät tarvitsee tehdessä näin ensimmäistä kertaa*
- *voisiko vielä yksinkertaistaa ohjelmaa*
- *hyvä kun arvioinnin puolelta siirtyy sinne kirjoitetut asiat, melkein jo puoleksi tehty hoito. ja palvelusuunnitelma*

Yhteenveto tulokset kävimme RAI- softin kanssa läpi ja pieniä korjausehdotuksia tehtiin, kuten esim. paperitulosteen fonttikoko. Fontti oli niin pienellä, etteivät kotihoidon asiakkaat nähneet sitä lukea. Asiakkaat olivat tyytyväisiä saadessaan paperisen hoito- ja palvelusuunnitelman kotiin, mutta olivat ymmällään tekstin pienuudesta kun sitä ei nähnyt lukea. Kenellekään meistä moinen ei ollut juolahtanut mieleenkään. Tulosteen fontti koon muutoksen RAI- soft huomioi seuraavassa version päivityksessä. Tämän jälkeen hoito- ja palvelusuunnitelman todettiin olevan valmis tuotantoon otettavaksi.

4.5 Kehittämistyön käyttöönottovaihe

RAI- Soft järjesti koko Oulun kotihoidon henkilökunnan koulutukset elo-syyskuussa 2012. Tämän jälkeen välittömästi aloitettiin säännöllisen kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien tekeminen RAI-HC hoitosuunnitelmamoduuliin. Siirtymä aikaa annettiin marraskuun 2012 loppuun. Aikataulu sopi hyvin, sillä samaan aikaisesti aloitettiin Myllyoja- Laanilan kotihoidossa pilotoidun Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtamis- hankkeen jalkauttaminen kaikkiin muihin kotihoidon yksiköihin.

Uuteen Ouluun liittyi vuonna 2013 ympäristökuntia: Haukipudas, Kiiminki, Yli- Il ja Oulunsalo. Liitoskunnat eivät olleet alun alkaen mukana RAI- HC hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämisessä. Liitoskuntien kotihoidon henkilökunnalle RAI-HC hoitosuunnitelmamoduuli koulutuksen antoi pro-

jektiryhmä. Koulutus tapahtui niin kuin aiemminkin pienryhmissä malliesimerkin avulla. Koulutusta annettiin 5x 2 tuntia. Liitoskunnan kotihoidon työntekijät aloittivat RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelmien teon välittömästi koulutuksen saatuaan.

Koulutusta on annettu, mutta hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisen oppii vain tekemällä ja harjoittelemalla. Omahoitajan rooli nouseekin tärkeäksi, koska hän tuntee asiakkaansa ja pystyy luomaan realistiset tavoitteet asiakkaan arkeen. Tekniseltä ratkaisultaan RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa tekijää lomake lomakkeelta loogisessa järjestyksessä. Jokaisella on oikeus ja velvollisuus osaamisen kehittämiseen. Työntekijällä on vastuu oppimisesta sekä osaamisensa ylläpitämisestä ja kehittämisestä, työnantajalla on vastuu luoda mahdollisuudet ammatilliseen osaamiseen ja ylläpitämiseen.

5 KEHITTÄMISPROSESSIN ARVIONTI

Kehittämistyömme perustuu työssä ja työyhteisössä tunnistettuihin tarpeisiin ja haasteisiin. Kehittämistehtävämme oli työtoiminnan kehittämistä visioiden saavuttamiseksi. Kehittämisidea ja siihen liittyvä työ edellyttää johdon hyväksynnän, sitoutumista ja tuen antamista. Työyhteisölähtöinen kehittäminen edellyttää koko henkilöstöltä halua, osallistumista ja sitoutumista. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2004, 13).

Työyhteisölähtöisen kehittämisen lähtökohtana on, että työyhteisön jäsenten ääni tulee kuulluksi. Työn organisoimisen kysymykset tulisi nähdä yhteisöllisenä ja perustehtävään peilattuna. (Seppänen-Järvelä ym. 2004, 24). Kehittämistyö sisältää aina idean siitä, että osallisten on opittava jotakin uutta, näin ollen se toimii oppimisen areenana. Hyvä kehittämistyön prosessi voidaan kuvata kokemuksellisen oppimisen periaatteiden avulla, jolloin oppiminen nähdään tiedon luomisen yhteistoiminnallisena prosessina. (Seppänen-Järvelä ym. 2004, 35). Työyhteisön motiivina lähteä mukaan oli toive siitä, että kehittäminen olisi osa arkityötä. Osalla henkilöstöstä oli taustalla ”kammo” ja väsymys, taas muutoksia. Tässä kehittämistehtävässä oli alusta alkaen selvää, että kotihoidon henkilöstö on olennainen osa kehittämistyötämme. Heidän mielipiteillä ja kokemuksellisella tiedolla oli suuri merkitys hankkeen onnistumisen kannalta.

Kehittämistyömme alussa selvitimme RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelman lähtötilanteen ollaksemme tietoisia, mihin asioihin on erityisesti kiinnitettävä huomioita. Kehittämistoimi vaatii aina resursseja aineellista ja henkilöresursseja. Tässä kehittämistehtävässä RAI- HC- tietojärjestelmän omistava RAI- Softin asiantuntijat vastasivat RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelman teknisistä ratkaisuista. Asiantuntija apua saimme omasta organisaatiosta.

Suunnitteluvaiheessa laadittu aikataulutusta ohjaa työn etenemistä. Kun kehittämistyössä on yhteistyökumppani, niin kuin meidän työssämme oli, aikataulussa pysymisen merkitys kasvaa ja siinä on halu pysyä. Aikataulun muuttuessa on pohdittava voidaanko asetetut tavoitteet saavuttaa. Mikäli kehittämistyön eteneminen on aiottua hitaampaa, on asetettuja tavoitteita mahdollisesti muutettava. Yhteistyö tapaamisten sovitteissa oli haastetta, mutta RAI- softin, asiantuntijoiden ja meidän välillä oli joutavuutta ja aina saatiin kokoontumisaika järjestettyä, niin että kaikki osapuolet pääsivät paikalle.

Kehittämistyön käynnistyessä on vaikea nähdä sen kaikkia vaikutuksia, mutta ne konkretisoituvat kehittämistehtävän edetessä. Ensimmäiset vaikutukset voivat olla pieniä vihjeitä hankkeen suunnasta ja onnistumisesta. Jatkotyöskentelyn kannalta on oleellista havaita, että vaikutukset ovat odotettuja tai ennakoituja eli niitä, joita on ajateltu saatavan tavoitteiden toteutumisen myötä. Mikäli vaikutuksia ei ole nähtävissä on pohdittava sitä, onko kehittämistyössä tehty kaikki tarvittava ja onko se tehty oikein. Tämä prosessi tapahtuu vuorovaikutuksessa toimijoiden kanssa.

Ajallisesti kehittämistyön suunnittelu, kehittäminen tavoitteiden mukaisesti ja arviointi vie paljon aikaa. Meidän kohdalla tekeminen oli haasteellista ajansuhteen, koska olimme molemmat kokopäivä työssä. Tiedyt osiot pystyimme tekemään työaikana mm palaverit johdon, RAI- sortin ja asiantuntijoiden kanssa sekä henkilökunnan kouluttamiset. Muuten kaikki tekeminen kehittämistyön suhteen on tehty omalla ajalla. Voimmekin todeta, että vapaa-ajan ongelmia ei viimeisen parivuoden aikana ole ollut. Kehittämistehtävään käytettiin aikaa palavereihin, vaiheiden kuvaukseen ja prosessin piirtämiseen ja henkilökunnan kouluttamiseen noin 45 tuntia. Loppuraportin kirjoittamista ei tässä tuntimäärässä ole mukana, eikä myöskään pilotointi analyysien purku.

Kehittämistehtävä oli haasteellinen, mutta mielekäs tehdä, koska konkreettinen tulos oli nähtävillä. Lisäksi kehittämistehtävä tuli työelämän ja organisaation todelliseen tarpeeseen ja oli hyvin ajankohtainen asia. Kehittämistyö kohdistui senhetkiseen todelliseen tarpeeseen ja siitä hyötyvät työyhteisö, organisaatio, asiakkaat ja heidän omaisensa. Kehittämistyössämme on nimenomaan lähdetty työntekijä, asiakkaan ja johdon näkökulmista kehittämään RAI- HC hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Tässä kehittämistyössämme hyödynnettiin osallistujien kokemuksia ja oman työn asiantuntijuutta.

Onnistumisen vastuu muutoksessa on työyhteisöllä itsellään, koska kehittämistyöntekijät ovat tasavertaisia osallistujia. Kehittämistyötä voidaan pitää onnistuneena, jos prosessin aikana on tapahtunut jokin muutos ajattelussa ja toiminnassa. Muutosta kotihoidon työntekijöiden ajattelussa ja toiminnassa on tapahtunut, toisilla enemmän, toisilla vähemmän. Väittäisimme, että kaikilla on tapahtunut jonkin asteista muutosta hoito- ja palvelusuunnitelmaa kohtaan.

Kehittämistyön tuloksena ei synny lopullista toimintamallia, vaan RAI- HC- tietojärjestelmän kehittäminen jatkuu tulevaisuudessakin. Kuitenkin tällä kehittämistyöllä oli päättymisajankohta, jonka määrittelimme päättyväksi huhtikuussa 2012, jolloin uusi versio ajettiin Oulun tietokantaan. Uusia ideoita paremmasta, käytettävyydestä viestitetään RAI- softille aina kun ideoita syntyy ja he ar-

voivat mitä muutoksia voidaan ohjelmisto päivitykseen laittaa korjattavaksi. RAI- soft hallinnoi ohjelmaa jatkossa, mutta yhteistyön tekeminen jatkuu.

5.1 Kehittämistyön arviointia

Kehitettäessä teknisiä tuotteita ja palveluja, otamme samalla kantaa siihen, millaista tulevaisuuden maailmaa rakennamme itsellemme ja muille. Kulttuurimme pohja on ihmisyyden vaalimisessa ja ihmisen luovien kykyjen toteuttamisessa. Tekniikka voi antaa välineitä ihmisyyden toteuttamiselle, mutta tehokkaat välineet ilman selkeitä päämääriä voivat tuottaa negatiivisia vaikutuksia ihmisen hyvän toteuttamisen sijasta. Tästä syystä teknologian kehittämiseen ja soveltamiseen liittyvissä ratkaisuisissa on kyse ihmisten perustavista oikeuksista, yhteiskunnan mahdollisuuksista ja koko ihmiskunnan tulevaisuudesta. (Leikas 2008, 65).

Hyvin suunniteltu ja toteutettu arviointi on kehittämistyön ja erityisesti projektien arvokas apuväline. Jatkuva arviointi kannattaa yleensä toteuttaa omasta toimesta itse arviointina. Jos projektiorganisaatiossa on arvioija, joka kokoaa ja analysoi arviointitietoa, voidaan puhua sisäisestä arvioinnista. Parhaimmillaan arviointi on ohjaustyökalu, joka parantaa, tehostaa ja helpottaa kehittämistyön läpiviemistä. Jatkuva arviointi jäsentää työtä ja auttaa korjaamaan suuntaa., Pidimme projektiarviointipäiväkirjaa, jonka reflektioimme systemaattisesti. Se auttoi meitä itseään ymmärtämään paremmin prosessin sisältöä ja sen syy-seuraussuhteita. Arviointitietoja pyrimme hyödyntämään tehokkaasti ja hiljainen tieto muuttui koko organisaation yhteiseksi pääomaksi.

Vaikka arviointityökalut olisivat hyviä, niitä käytettäisiin systemaattisesti ja arviointi antaisi relevanttia, tarkoituksenmukaista tietoa kehittämistyön suunnista, se ei vielä paljon hyödytä kehittämistyötä, jos arviointitieto ei "tule lihaksi" eikä vaikuta toimintaan mitenkään. Siksi eräs tärkeä työväline on säännölliset arviointipalaverit. Arviointipalaverin kokoonpano riippuu arviointitavasta. Meidän kehittämistyössämme palavereja pidettiin yhteistyökumppanin RAI- softin kanssa usein ja säännöllisesti. Lisäksi asiantuntijoiden kanssa kokoontumiset olivat erittäin tärkeitä. Arviointitieto tuotiin "yhteiseen pöytään" ja sitä käsiteltiin yhdessä. Tapaamisista tehtiin muistio, johon kirjataan keskeiset asiat ja sovitut toimenpiteet. Muistioiden avulla voitiin myös tarkastella kehittämistyön kulkua pitkällä aikavälillä. Arviointi on suunniteltava sellaiseksi, että siitä kertyvä tieto saadaan palautettua kehittämistyöhön muutosvoimaksi.

Aikataulus kehittämissuunnitelman etenemisestä on yksi tärkeimpiä asioita, kun halutaan tuloksia. Meidän kehittämissuunnitelmassa aikataulus onnistui loppuraportin kirjoittamista lukuun ottamatta. Alkuperäisen suunnitelman mukaan raportin piti olla valmis toukokuun lopussa 2013, mutta tähän emme pystyneet.

Yhteistyökumppanimme RAI-softin kanssa työskentely oli helppoa, luontevaa ja aina löysimme asioihin kompromissin. Yhteyden pito tapahtui kasvotusten, sähköpostin välityksellä ja puhelimitse. Kehittämissuunnitelma sujui aikataulussa ja uusi RAI-HC hoito- ja palvelusuunnitelma saatiin tuotantoon suunnitelmien mukaisesti. Voimme kyllä täydestä sydämeistämme sanoa, että RAI-HC hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämissuunnitelmaan emme parempaa yhteistyökumppania olisi voineet saada. Kiitos tästä kuuluukin RAI-softin Miikka Puumalalle. Yhteistyö RAI-softin kanssa jatkuu tulevaisuudessakin, yhteisen asian puolesta.

5.2 Uuden RAI-HC- hoitosuunnitelmamoduulin vaikuttavuuden arviointia

Uusi versio RAI-HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelmamoduulista ajettiin Oulun tietokantaan toukokuussa 2012. Järjestelmä oli välittömästi toiminta- ja käyttö kunnossa.

Henkilökunnalta saadun palautteen perusteella RAI-HC- tietojärjestelmä hoito- ja palvelusuunnitelma koettiin huomattavasti helppokäyttöisemmäksi kuin alkuperäinen versio oli. Hoidon tarve siirtyi suoraan hoitosuunnitelmalle arvioinnista, eikä tarvinnut manuaalisesti siirtää, niin kuin entisessä versiossa. Koettiin myös, että hoito- ja palvelusuunnitelma ohjaa tekijää etenemään prosessina. Asiakkaan toimintakykyä mietitään mittaritietoihin peilaten koko vuorokauden ajalta ja mikä on kotihoidon rooli palveluja tuettaessa. Sen jälkeen kootaan suunniteltujen toimintojen pohjalta asiakkaalle päiväsuunnitelma, jossa paneudutaan siihen mitä asiakkaille suunnitellut käynnit pitävät sisällään.

Vaikuttavuutena kehittämistehtävässämme on ollut että, kotihoidon asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmat perustuvat RAI-HC- arviointiin ja niitä päivitetään ajan tasalle säännöllisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa on selkeästi tavoitteet ja lähtevät asiakas näkökulmasta, kuntouttavalla työotteella. Harjoitteluohjelmien tekoa asiakkaille pitää vielä tehostaa. Henkilökunta vielä hiukan arkailee sen tekemisessä ehkä siksi, että onko aina henkilöstö resurssia tätä toteuttamaan ja sitä ei ehkä vielä mielletä arjen toiminnaksi. Kuntouttaminen iäkkäillä liittyy usein arkiaskareiden tekemiseen, jonka kautta saadaan asiakkaan omia voimavaroja enemmän käyttöön.

Hoito- ja palvelusuunnitelmien laatu on huomattavasti parantunut ja tämä on myös nostanut kotihoidon kirjaamisen tasoa. Hoito- ja palvelusuunnitelmissa on tavoitteet kirjattu selkeästi ja asiakkaan voimavaroja tukien. Henkilökunnalle täytyy antaa aikaa RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen opetteluun. Toisaalta vain tekemällä oppii ja mitä useammin tekee, sitä laadukkaammaksi hoito- ja palvelusuunnitelmat tulee.

5.3 Kehittämistyön vaikuttavuuden arviointi

Tässä opinnäytetyössämme kehitimme RAI- HC hoito- ja palvelusuunnitelma osiota henkilöstön, johdon, asiakkaan ja omaisten näkökulmasta. Henkilöstön näkökulmasta ohjelman käytettävyys pyrittiin saamaan mahdollisimman helpoksi ja asiat hoito- ja palvelusuunnitelmassa etenemään loogisesti. Hoito- ja palvelusuunnitelma tulisi olla jokaisen työntekijän arkinen työkalu asiakkaan hoidossa. Johdon näkökulma huomioitiin suunnittelemalla tuotteelle mahdollisimman pitkä elinkaari. Tuotteen elinkaari on taloudellinen kysymys monessakin mielessä, rahallisesti, resursointina, investointina. Asiakkaan ja omaisten näkökulmasta heillä on oikeus saada juuri sitä palvelua, mitä on luvattu ja sovittu. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa asiat on kirjattuna, hoidolle tavoitteet määritettynä asiakkaan/omaisen kanssa yhdessä sopien. Asiakkaalla on myös oikeus saada kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma kotiinsa.

Vaikuttavuuden arviointia tässä vaiheessa on vaikea arvioida. Työelämän kiire ja kasvavat työvaatimukset henkilöstölle heikentävät uuden asian oppimista. Heille tulisi antaa aikaa tehdä omille asiakkaille hoito- ja palvelusuunnitelmat rauhassa, varsinkin ensimmäiset, jotta he omaksuivat sen yhdeksi työtehtäväkseen ja arjen työkaluksi. Vaikuttavuus kasvaa kyllä tulevaisuudessa, koska lakikin edellyttää, että kaikille säännöllisillä asiakkailla on voimassaoleva ja ajan tasalla oleva hoito- ja palvelusuunnitelma.

Saumaton palveluketju ajattelua tulisi jalostaa eteenpäin. Vaikka siitä on puhuttu ja sitä on kehitetty, ei se edelleenkään toimi saumattomasti. Asiakkaan hoidosta toisessa paikassa ei olla tietoisia, asiakaspapereista ei näe edellisessä paikassa ollutta hoitoa. Postmodernissa maailmassa ihmisellä on vapaus valita, mutta tarvitaan myös järjestelmä, joka huolehtii niistä, joilla ei ole tietoa, taitoa, kykyä, voimavaroja ottaa vastuuta itsestään. Ajan tasalla oleva hoito- ja palvelusuunnitelma, joka on nähtävissä eri yksiköiden, laitosten ja sairaaloiden välillä antaa asiakkaasta paljon tietoa. Kun nämä tiedot on nähtävillä, voidaan asiakkaan hoidossa säästää aikaa ja resursse-

ja. Soittamiset eri yksiköiden välillä vähenisi ja voitaisiin panostaa enemmän asiakkaille tuottamaan sovittuja palveluja..

5.4 Eettisyyden arviointia

Tekniikan etiikan tekevät ainutlaatuisiksi specialisoituminen, tekniikan liittyminen taloudellisiin intresseihin, kyky tulevaisuuden ohjaamiseen, vaikutukset yhteiskuntaan ja elinympäristöön sekä mahdollisuus soveltaa tekniikkaa hyvin erilaisiin tarkoituksiin. Erityisesti informaatioteknologialla on erityinen kaksijakoinen vaikutus ihmisten elämään ja yhteiskunnan kehittymiseen. Se on tuonut paljon hyvää arkipäiväämme, mutta se mahdollistaa myönteisten vaikutustensa ohella monien sellaisten ristiriitaisten kysymysten esiin nousun, jotka ovat ainutlaatuisia nimenomaan informaatioteknologialle. Näitä ovat esimerkiksi tiedon kompleksisuuteen, kopioimiseen ja varastointiin sekä tiedonsiirron nopeuteen liittyvät kysymykset kuin myös ihmisten valvontaan ja heidän henkilökohtaiseen elämäänsä tunkeutumiseen liittyvät kysymykset. (Leikas 2008, 86).

Keskittymällä pelkästään käytettävyyksivaatimusten keräämiseen tuote- ja palvelusuunnittelussa ei pystytä kehittämään eettisesti toimivia ratkaisuja. Eettisestä näkökulmasta käytettävyyden yläpuolelle nousevat humanit arvot ja tarve moraaliseen vastuuseen uutta teknologiaa kehitettäessä. Eettisen suunnittelun näkökulmasta tulisikin pohtia, onko suunnittelun tavoitteena esimerkiksi ainoastaan poistaa käytettävyysoongelmia vai olisiko sen tavoite sittenkin olla hyvän edistäminen. Alkuvaiheen suunnittelu on kriittisin vaihe tuotteen onnistumisen kannalta ikääntyvien tuotteita ja palveluja suunniteltaessa.

Tässä kehittämistehtävässä ei suoritettu varsinaista yksittäistä kyselyä työntekijöille RAI- HC hoito- ja palvelusuunnitelma moduulin käytöstä, vaan pilottiryhmien kanssa käytiin ryhmäkeskustelua. Lisäksi palautetta pilottiryhmäläiset antoivat nimettöminä yksityisyyttään suojaten. Salassapidon ja tietosuojan noudattaminen on tärkeää kehittämistyön aikana ja sen jälkeenkin. Kehittämistyöhön osallistuvien yksityisyyttä pitää kunnioittaa ja heidän nimettömyys turvata. Työntekijöiden kommentteista ei yksittäistä vastaajaa saa tunnistaa ja siksi olemmekin kommentteista poimineet asian ydinasiat.

Eettisyyden arviointiin kuuluu myös kehittämistyön tekijöiden ja kohdeorganisaation välisen suhteen arviointi. (Pauonon & Vehviläinen- Julkunen 2006, 28). Kehittämistyömme olemme tehneet omassa työyhteisössä ja se on vaikuttanut asioiden esille tuomiseen tai tuomattomuuteen henki-

löstön taholta. Olemme yrittäneet viestittää työyhteisössä, että jokaisen mielipide ja kommentti on tärkeä kehittämistehtävämme eteenpäin viemiseksi. Emme ole tehneet tätä kehittämistehtävää itseämme varten, vaan koko Oulun kaupungin kotihoitoa varten.

5.5 Jatko kehittämisehdotukset

Korjattavaksi jäi RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelman paperi tuloste. Tulosteessa teksti painottuu paperin vasempaan laitaan ja on näin ollen erittäin hankalasti luettavissa. Tuloste viedään asiakkaille kotiin ja tulosteen lukeminen tuottaa ongelmia ammattihenkilöillekin niin saatikka sitten ikäihmisille. Tähän olemme pyytäneet korjausehdotuksen ja se on luvattu toteuttaa seuraavissa versio päivityksissä.

Esimiesten tulee perehtyä hyvin RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelmaan, pysyä jatkossa ohjaamaan, tukemaan ja kannustamaan työntekijöitä niiden teossa. Esimiesten on luotava riittävät puitteet ja mahdollistettava työntekijöille hoito- ja palvelusuunnitelman teot. Alkuvaiheessa RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelmien teossa menee enemmän aikaa, mutta kun niitä tekee säännöllisesti kehittyä RAI- arvioinnista saatujen mittaritietojen tulkitseminen ja tätä kautta RAI- HC-tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelmien teko nopeutuu. RAI- avainosaajien työpanosta tulee myös hyödyntää RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelman teon ohjaamisessa.

6 POHDINTA

Tuotteiden ja palveluiden suunnittelussa ikääntyvien tarpeisiin vastaaminen edellyttää ihmislähtöisyyttä ja eri toimijoiden välistä yhteistoimintaa. Ihmiskeskeinen suunnittelu lähtee yksilön ja ryhmien tarpeista. Se ottaa huomioon niin loppukäyttäjän kuin palveluntarjoajan ja teknologiantuottajan tarpeet. Käyttäjälähtöisyydeksi ei kuitenkaan riitä ikääntyneen rooliin kuvitellusti asettuminen, vaan onnistunut suunnittelu edellyttää ikääntyneen ihmisen elämän ja elämäntarinan todellista ymmärtämistä. Siksi ikääntyneiden käyttöön tarkoitetun teknologian suunnittelun tulee tapahtua monitieteisesti, lähtien liikkeelle ihmistieteestä. (Leikas 2008, 45).

RAI-HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelma moduulin kehittämisen tarpeen tunnistaminen ja kehittämistavoitteiden määrittely oli kriittistä kotihoidon henkilökunnan kanssa ja sen merkitys näkyi myös myöhemmin kehittämissuunnitelman edetessä. Työntekijät eivät aina tiedostaneet kehittämistoimien tarpeellisuutta oman työnsä kannalta. Kehittämistehtävää ei omaksuttu omaan työhön liittyvänä, varsinkin jos työntekijän perustehtävä oli epäselvä. Tällöin motivaatio ja sitoutuminen RAI- HC- tietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelman kehittämiseen jäi heikoksi. Tämä havainto korostui alkuvaiheessa käydyissä ryhmäkeskusteluissa. Työyhteisölähtöisessä prosessikehittämisessä painottui kehittäminen tiiviisti perustehtävään ja kehittämissuunnitelman integroimista arjen työhön ja työkäytäntöihin.

Työyhteisössä oli olennaista tunnistaa riittävästi työntekijöitä, ammattiryhmiä ja tiimejä yhdistäviä asioita, joihin kehittämistavoitteet ja – toimet oli mahdollista liittää tarkoituksenmukaisella tavalla pilotointi vaiheen onnistumiseksi. Kun kehittämistyön tuloksia tarkastellaan organisatorisen kehittämisen prosessina, kohdistuu kiinnostus erityisesti arvioinnin ja organisatorisen oppimiseen väliin suhteeseen. Arvioinnin hyödyntäminen kehittämisessä pohjautuu oletukseen, että arviointi voi edistää organisatorisen oppimisen kannalta välttämättömiä prosesseja, joissa työntekijät reflektoivat toimintaansa ja kokemuksiaan, keskustelevat ja analysoivat toimintansa vaikutuksia sekä arvioivat nykyisten järjestelmien ja käytäntöjen mahdollisuuksia vastata asiakkaiden tarpeisiin ja odotuksiin.

Johdon henkilöiltä vaaditaan tietty pätevyys nykyaikana, mutta usein ylemmän johdon ihmiset edes tietävät alaistensa työstä kovinkaan paljon. Erilaisia toimintatapoja kehitellään koko ajan. Tekniikka tulee entistä enemmän mukaan työhön. Nykyisessä organisaatiossa ei tehdä vain yhtä

asiaa, vaan nykyisin työntekijöiltä vaaditaan monen alan hallitsemista tietotekniikasta asiakkaan hoitamiseen. Esimiesten täytyy myös hallita monia eri asioita, henkilöstöjohtamisesta aina budjetointiin asti. Lisäksi täytyy olla yhteistyökykyinen eri instanssien kanssa, koska nykyisin ei tehdä "yksin" töitä, vaan mukana on eri sektoreita.

Saumattoman palveluketjun kehittämisen tavoitteena on asiakkaan tarvitseman palvelukokonaisuuden toteuttaminen hoitoketjujen kohdentuvuutta kehittämällä ja eri toimijoiden välistä työnjakoa rationalisoimalla. Kehittämisessä on huomioitava myös ja kolmannen sektorin palvelut. Saumaton palveluketjumalli on ns. palvelujen moni tuottajamalli, joka kehittyy vähitellen kilpailutus käytäntöjen laajentuessa. Moni tuottajamallin käyttöönotto on myös erityinen osaamisalue, koska yksityisten ja kolmannen sektorin organisaatioiden suunnitelmallinen kytkeminen kunnan palveluketjuihin ja sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuteen edellyttää monitahoista toiminnallista, taloudellista ja hallinnollista perehtymistä ja osaamista. Saumattomien palveluketjujen ja -kokonaisuuksien muodostamisessa ja hallinnassa tarvitaan lisäksi tietoteknisiä ratkaisuja ja osaamista. (Hänninen 2004, 7).

Kuntalaisten tarvitsemien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla. Sekä kuntien perusterveydenhuolto, sosiaalitoimi, erikoissairaanhoido että yksityisen ja kolmannen sektorin yritykset ja organisaatiot osallistuvat palvelujen tuottamiseen. Saumattomat palvelumallit, perustuvat asiakkaan palveluprosessin kokonaisvaltaiseen suunnitteluun, optimointiin ja hallintaan. Palveluketjun saumaton toteutuminen edellyttää kokonaiskuvaa siitä, kuinka asiakas siirtyy hoidon ja palvelun tasolta toiselle tai hoito- ja tutkimuslaitoksesta toiseen. Jotta palvelu olisi asiakkaalle sujuvaa ja laadukasta, on kullakin palvelun tuottajalla oltava käytössään riittävä kokonaiskuva asiakkaalle suunnitelluista ja tuotetuista palveluista ja lisäksi palvelujen tuottajien välisen tiedonvälityksen on oltava tehokasta.

Lopuksi haluamme kiittää RAI- softia ja Miikka Puumalaa, Rita Oinasta, Päivi Sydänmaata, Katriina Niemelää, Piia Vähäkangasta, kotihoidon henkilökuntaa ja ohjaavia opettajiamme Pirkko Sandelinia ja Eveliina Korkeakangasta kehittämistyöhömme saamastamme avusta ja tuesta.

LÄHTEET

Ala-Nikkola, M. & Valokivi, H. 1997. Yksilökohtainen palveluohjaus käytäntönä. Jyväskylä: Gummerus.

Burrows, A., Morris, J., Simon, S., Hirdes, J. & Phillips, C. 2000. Development of a Minimum Data Set based depression rating scale for use in nursing homes. *Age and Ageing* 29.

Fries, B., Simon, S., Morris, J., Flodstrom, C. & Bookstein, F. 2001. Pain in US nursing homes: validating pain scale for the Minimum Data Set. *The Gerontologist* 41(1)

Gustavsen, B. & Wikman, A. & Ekman, M. 1996. *Concepts and Transformation* 1: 273.

Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva kirjaaminen hoitotyössä. Teoksessa Liisa, Hallila (toim.). Helsinki: Tammi.

Heimonen, S & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heinola, R. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Sosiaali - ja terveysalan kehittämiskeskus. Vaajakoski: Gummerus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. 6. - 9. painos. Vantaa:

Dark Oy. Korhonen, A., Ukkola, L. & Isola, A. 2008. Kliinisen hoitotieteen asiantuntijan toimi.

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

Holma, Outinen, Idänpää- Heikkilä & Sainio 2002. Teoksessa *Hoitotyön vuosikirja, 2007*, 6, 89. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hye Jin Park 2010. Nanda-I, Noc, and Nic linkages in nursing care plans for hospitalized patients with congestive heart failure. Väitöskirja. Hoitotyön laitos. University of Iowa.

Hyttinen, L. 2003. Palveluohjauksen vaikuttavuutta määrittämässä. Teoksessa Sosiaalityö ja vaikuttaminen. Toim. Pohjola, A., Rajavaara, M. & Satka, M. Jyväskylä: Korpiljyvä,

Hägg T., Rantio M., Suikki P., Vuori, A. & Ivanoff- Lahtela P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY.

Hänninen, K. 2007. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Helsinki: Valopaino.

Hänninen, K. 2009. Neuvonta- ja palveluohjausmalli kuntoutussosiaalityön työkäytäntöjen jäsentäjänä. Teoksessa: Tutkiva sosiaalityö. Moniammatillisuus sosiaalityön mahdollisuutena. Toim. K. Forssén, L. Nyqvist & A. Raitanen. Talentia- Lehti/ Sosiaalityön tutkimuksen seura.

Jabe, M. 2006. Kyvyt käyttöön. Eväitä esimiestyöhön. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Jalava, U. & Matilainen, R. 2010. Dynaaminen johtaminen kohti yhteisöllistä ja näkemyksellistä johtamista. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Juuti, P. & Vuorela, A. 2002. Johtaminen ja työyhteisön hyvinvointi. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Järvinen, P. 2006. Onnistu esimiehenä. Helsinki: WSOY.

Järvinen, P. 2005. Ammattina esimies. 2. painos. Helsinki: WSOY pro.

Kivelä, S-L. 2006. Geriatrisen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30. Helsinki.

Koiramäki, S. 2009. Osaamisen johtaminen sairaanhoitopiirien henkilöstöstrategioissa. Helsinki: WSOY.

Koivukoski, S. & Palomäki, U. 2009. Hoitotyön tiimikirja. Helsinki: Suomen Sairaanhoidajaliitto ry.

Kujansivu, P., Lönnqvist, A., Jääskeläinen, A. & Sillanpää, V., Liiketoiminnan aineettomat menestystekijät. 2007, Talentum, Helsinki.

Kärkkäinen, O. 2007. Potilaskeskeinen hoitotyön kirjaaminen. Teoksessa Hoitotyön kirjaaminen – hoitotyön vuosikirja 2007. Sairaanhoidajaliitto. Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Jyväskylä: Gummerus Oy.

Laatukriteerit sopimusohjauksessa 2008. Kotona asumista tukevat palvelut. Oulun kaupunki.

Lappalainen T. & Turpeinen A. 1998. Auttamistyö kotona. Helsinki: Kirjayhtymä.

Leikas, J. 2008. Ikääntyvät, teknologia ja etiikka. VTT Working Papers. Tampere.

Lyyra, T-M., Pikkarainen A. & Tiikkainen P. 2007 Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita2007

Linnossuo, O. . Projektiorganisoitu kehittämistyö riskilasten ja -nuorten palveluissa. Turun yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Turun kaupungin painatuskeskus. Turku.

Lumijärvi, I.2000. Tasapainotetun mittariston malli ja kunta-alan tuloksellisuusarviointi. Työturvallisuuskeskus. Oy Edita Ab. Helsinki.

Morris, JN., Murphy, K. & Nonemaker, S.1995. Long Term Care Facility Resident Assessment Instrument User's Manual. Health Care Financing Administration, Baltimore, MD.

Musick, DW., McDowell SM., Clark, N. & Salcido, R. 2003. Pilot study of a 360- degree assessment instrument for physical medicines rehabilitation residency programs. American Journal of Physical Medicines & Rehabilitation.

Niemi, M. 2007. Kokemuksia vertailukehittämisestä ja RAI- tietojärjestelmän käyttöönotosta Folkhälsanilla. Teoksessa Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H. & Noro, A. (toim.) Kokemuksia vertailukehittämisestä ja RAI- tietojärjestelmän käyttöönotosta. Stakes, Työpapereita 8/2007.

Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., & Vähäkangas, P.(toim.)2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus RAI- järjestelmä vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Oinas,R. 2010. RAI osana ikääntyneen hoitoketjua ja sopimusohjausta Oulussa.

Oulun kaupungin ikääntymispoliittiset linjaukset 2010- 2020. 2010. Työryhmäraportti.

Paasivaara L., Eloniemi- Sulkava U. & Finne- Soveri H. (toim.). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Paunonen. M. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. WSOY.

Pelin R. & Pelin J. 2003. Projektitoimisto. Jyväskylä. Gummerus.

Peiponen, A. 2004. Vanhusten ympärivuorokautisen hoidon ja palvelun laatuksiteerit. Väitöskirja.

Pietiläinen, E. & Seppälä, H. 2003. Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa. Painopörssi.

Pietilä, A-M. 2009. Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä arvoperusta toiminnan kehittämiseen. Lehdessä: Tutkiva Hoitotyö 7 (3), 2009.

Pro Nursing Ry:n vuosikirja. Julkaisusarja A:13:2001. Näkökulmia hoitotyöhön. Kirjapaino Pika OY. Turku

Päivärinta E., Haverinen R..2001. Ikäihmisen hoito-ja palvelusuunnitelma. Taitto: Christine Strid ISBN 951-33-1341-7 (painettu julkaisu). Helsinki 2002.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

RAI- järjestelmä on vanhusasiakkaiden hoidon tarpeen ja laadun sekä kustannusten arviointi- ja seurantajärjestelmä. WWW-dokumentti. <http://info.stakes.fi/finrai/Fl/raijarjestelma>

RAI- vertailukehittäminen koti- ja laitoshoidossa. 2008. Perehdytysopas. Stakes, RAI- palvelutiimi.

Ripsaluoma, J. 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI tietojärjestelmästä. Koukkuniemen vanhainkodissa. Teoksessa Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H. & Noro, A. (toim.). Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI -tietojärjestelmästä. Stakes, Työpapereita 8/2007.

Ristolainen, M. 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI tietojärjestelmästä. Myllypuron sairaalassa. Teoksessa Itkonen, T., Lindman, K., Corin, Työpapereita 8/2007.

Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Väitöskirja. Oulun Yliopisto.

Ruuska K. 1994. Projekti hallinnassa. Jyväskylä. Gummerus.

Sanerma, P. 2009. Kotihoitotyön kehittäminen tiimityön avulla. Toimintatutkimus kotihoitotyön kehittämisestä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistyessä kotihoidoksi. Tampereen yliopisto, Kasvatustieteiden laitos. Väitöstutkimus.

Saranto, K. & Tanttu, K. 2006. Hoitotietojen rakenteistamisen haasteet ja mahdollisuudet. Pro Terveys .

Seppänen- Järvelä, R. & Vataja, K. 2004. Mitä työyhteisölähtöinen prosessikehittäminen on? Stakes. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008: 3. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2011: 9. Ryhmätyön toimivuus. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2013: 11. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki.

Sydänmaalakka, P. 2007. Älykäs organisaatio. Helsinki: Talentum.

Sydänmaalakka, P. 2007. Älykäs organisaatio. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Raportti 48.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. RAI- osaaminen. Julkaisu.

Tilastokeskus. Väestöennuste 2007- 2040. Hakupäivä 30.8.2013

Töyli, J. 1998. Projektihallinta. Tietojen käsittely. Vaasan yliopisto.

Vesterinen, P.2001. Projektiopiskelu- ja oppiminen ammattikorkeakoulussa. Studiens in Education Psychology and Social Research. Jyväskylä. Jyväskylän yliopistopaino.

Viitala, R. 2004. Osaamisen johtaminen esimiestyössä. Liiketaloustiede. Väitöskirja. Vaasan yliopisto.

Voutilainen P., Vaarama M., Eloniemi- Sulkava U. & Finne- Soveri H. 2004. Kokonaistilanteen

Voutilainen, P. 2007. Laadun arviointi. Teoksessa. Asiakaslähtöinen kotihoito. Heinola, R. toim.)
Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Oppaita 70. Helsinki: Stakes, 13–15.

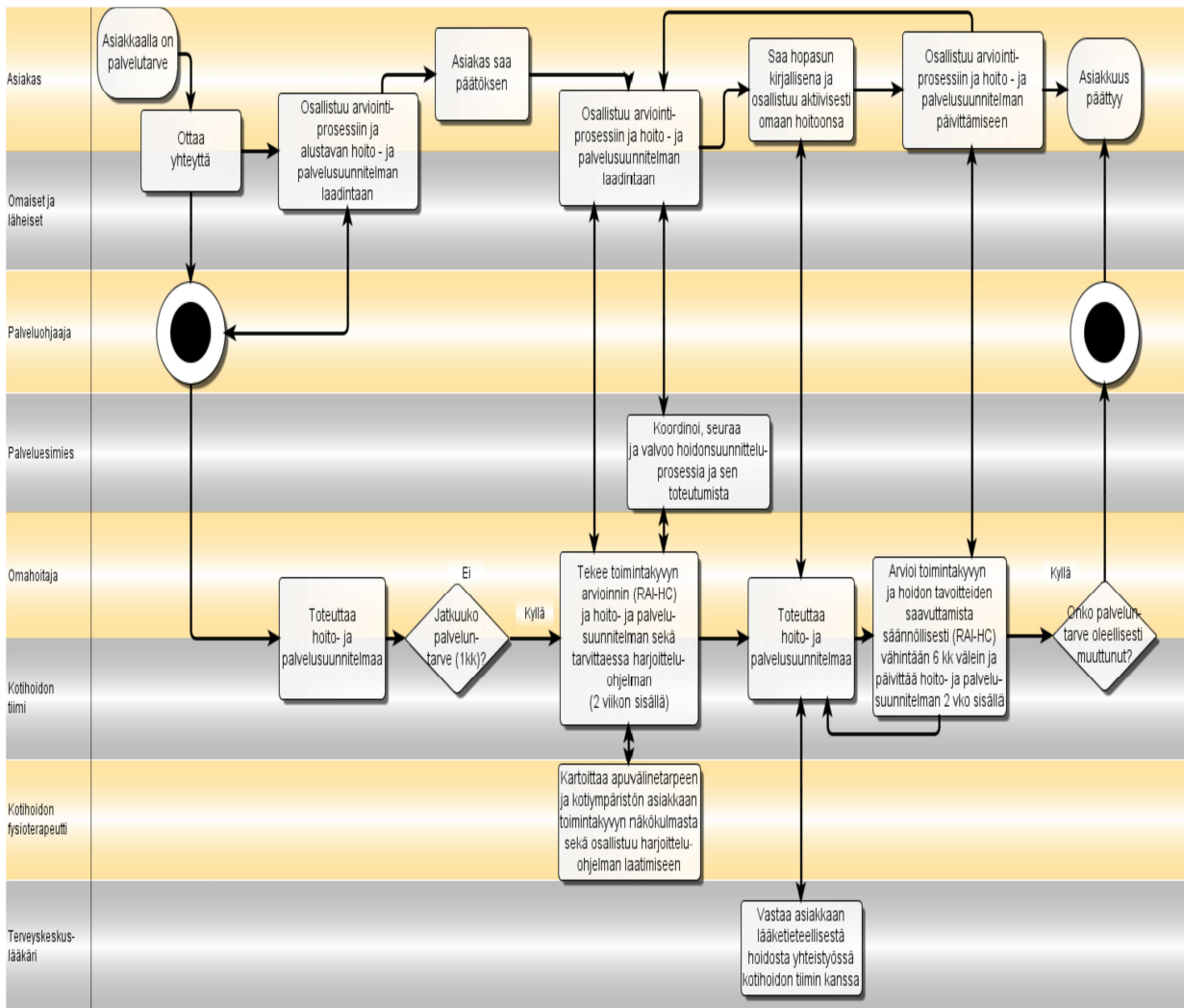
Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa
laitoshoidossa. Tutkimus. Oulun Yliopisto.

Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. 2012. Ikäihmisen kuntoutumista edistävän toiminnan
lähijohtaminen. Raportti 48/2012. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere. Tampereen yliopis-
topaino Oy.

Wiskari J. 2009. Totuuden hetki. Esimiestyö palveluympäristössä. Helsinki. Talentum.

LIITTEET

LIITE1. Palvelutarpeen arviointiprosessi Oulun kotihoidossa



LIITE 2. Info välilehti

Esimerkki, Eija - Hoitosuunnitelma (1.10.2012)

Esimerkki, Eija (92)
[Ensimmäinen arviointi \(14.5.2011\)](#)
 HS:n laatija: qwertyu

Hoitosuunnitelman päivämäärät
 Luotu: 1.10.2012
 Lukittu:

Info | Tulotilanne | Hoidon tarve | Tavoitteet ja suunnitellut toiminnot | Päiväsuunnitelma | Harjoitteluohjelma | Hoidon toteutus | | Tuloste

Diagnoosit (I1, I2, I3)

Sairaudet
 Arterioskleroottinen sydäntauti (sepelvaltimotauti)
 Sydämen rytmihäiriöt
 Kongestiivinen sydämen vajaatoiminta
 Aivohalvaus
 Hemiplegia/hemipareesi (toispuoleinen halvaus/heikkous)

Infektiot

Muita ajankohtaisia tai tarkempia diagnooseja ja ICD-10 koodeja:

Lääketedot (O1, O5)

Lääkkeiden lukumäärä: 9

a. nimi, vahvuus ja annostus	b. Antotapa	c. Määrä (kpl)	d. Antokerrat	e. ATC-Koodi
Nitrolaastari 5mg 1x1	Laastari	1	x 1 (Kerran päivässä)	
Primaspan 100mg 1x1	PO (Suun kautta)	1	x 1 (Kerran päivässä)	
Somac 20mg 1x1	PO (Suun kautta)	1	x 1 (Kerran päivässä)	
Digoxin 0,125mg 1x1	PO (Suun kautta)	1	x 1 (Kerran päivässä)	
Emconcor 5mg ½x1	PO (Suun kautta)	0,5	x 1 (Kerran päivässä)	
Paratabs 500mg 1x2 ma,to	PO (Suun kautta)	1	Tarv (Tarvittaessa)	
Duphalac 15ml 1x2	PO (Suun kautta)	15	x 1 (Kerran päivässä)	
Toilax rect. 1x1 ke	RECT (Rektaalisesti)	1	Tarv (Tarvittaessa)	
Purseennid 112mg 2x2	PO (Suun kautta)	2	x 2/vk (Kaksi kertaa viikossa)	

LIITE 3. Tulo/ nykytilanne välilehti

Esimerkki, Eija - Hoitosuunnitelma (1.10.2012)

Esimerkki, Eija (92)
[Ensimmäinen arviointi \(14.5.2011\)](#)
 HS:n laatija: qwertyu

Hoitosuunnitelman päivämäärät
 Luotu: 1.10.2012
 Lukittu:

Info | Tulotilanne | Hoidon tarve | Tavoitteet ja suunnitellut toiminnot | Päiväsuunnitelma | Harjoitteluohjelma | Hoidon toteutus | | Tuloste

Tulotilanne

Asiakas oli huonossa kunnossa

Hoidon päätavoite

Asiakkaan liikuntakyky pitäisi saada paremmaksi.

LIITE 4. Hoidon tarve välilehti

Esimerkki, Eija (92)
 Ensimmäinen arviointi (14.5.2011)
 HS:n laatija: qwertyu

Hoitosuunnitelman päivämäärät
 Luotu: 1.10.2012
 Lukittu: Lukitse

Info Tulotilanne **Hoidon tarve** Tavoitteet ja suunnitellut toiminnot Päiväsuunnitelma Harjoitteluhjelma Hoidon toteutus Hoidon arviointi Tuloste

Mittarit

- Kuntoluokka (2 = Toimintakyvyn säilymisen mahdollisuus)
- Kuntoluokka 9 - Kuntoluokka_ alaluokittain (5 = Kuntoluokka 2.1 - Toimintakyvyn säilymisen mahdollisuus)
- CPS - Kognitioasteikko (4 = Kognition keskivaikea/vaikea heikkeneminen)
- ADLH - Päivittäiset toiminnot, hierarkkinen asteikko (5 = Autettava)
- ADL_28 - Päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko (25)
- DRS - Masennusasteikko (3 = Masennusepäily, kohtalaisesti oireita)
- BMI - Painoindeksi (21,93)
- Pain - Kipuasteikko (2 = Kipuja päivittäin/kohtalainen kipu)
- SFS_6 - Sosiaalisen aktiivisuuden asteikko (0 = Ei aloitekykyä/sosiaalista osallistumista)
- REHABPOT - Asiakkaan kuntoutumismahdollisuus (1 = Kyllä)
- NREHAB - Kuntoutumista edistävää hoitotyötä (7 = Kuntoutus)
- CHESS - Terveystietämyksen asteikko (1 = Epävakaa terveystietämyksiä)
- SRD_9 - Masennuksen itsearviointiasteikko (Mittaria ei voi laskea)
- NSS_12 - Neqatiivisten oireiden asteikko (Mittaria ei voi laskea)
- PSS_12 - Positiivisten oireiden asteikko (Mittaria ei voi laskea)
- MANIA_20 - Mania-asteikko (Mittaria ei voi laskea)
- CAGE_4 - Päihtymisen käyttön asteikko (Mittaria ei voi laskea)
- VIOL_SUM - Väkyvalta-asteikko (Mittaria ei voi laskea)

RAPs

- 1 - Akutaatti sekavuus (Aktiivinen)
- 2 - Kognitiivisen kyvyn vähe/dementia (Aktiivinen)
- 3 - Näkö (Aktiivinen)
- 4 - Kommunikointikyky (Aktiivinen)
- 5a - ADL - kuntoutus (Aktiivinen)
- 5b - ADL - vlläpito
- 6 - Virksensidätykyky ja katetri (Aktiivinen)

Jatka

LIITE 5. Tavoitteet ja suunnitellut toiminnot välilehti

Esimerkki, Eija (92)
 Ensimmäinen arviointi (14.5.2011)
 HS:n laatija: qwertyu

Hoitosuunnitelman päivämäärät
 Luotu: 1.10.2012
 Lukittu: Lukitse

Info Tulotilanne Hoidon tarve **Tavoitteet ja suunnitellut toiminnot** Päiväsuunnitelma Harjoitteluhjelma Hoidon toteutus Hoidon arviointi Tuloste

Siirrä ylöspäin Siirrä alaspäin Lisää muu hoidon tarve Poista valittu rivi

Koodi

- CPS - Kognitioasteikko
- ADL_28 - Päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko
- DRS - Masennusasteikko
- BMI - Painoindeksi
- Pain - Kipuasteikko
- RAP 8 - Mieliala
- Muu

Hoidon tarve	Hoidon tavoite	Suunnitellut toiminnot
Ravitsemus	qwertyuasdfg asdfert	Ravinnon saannin turvaaminen
Ravitsemuksen muutos		Ruokailun seuranta
Ruokahaluttomuus		asedrgyuedrtfgyu dtgyu

CPS = 4 (Kognition keskivaikea/vaikea heikkeneminen)
 Arvioinnin kommentit:
 B4: Ei hahmota päivärhythmiä, osa ruoista jäisi syömättä, riittävät nestemäärät huolehtimatta, hygienia hoitamatta ja riittävä asentohoito huolehtimatta. Yrittää esimerkiksi lähteä sängystä, vaikka kävelykykyä ei tällä hetkellä ole. Kun kysytään ruokailutilanteesta vaihtoehtoja, pystyy valitsemaan esimerkiksi juoman. Ajoittain pystyy ilmaisemaan kipua.
 C4: Näyttää ajoittain seuraavat tarpeet: kädellään vaippaa, kun se pitäisi vaihtaa, kädellään vatkaa kun on nälkä. Osoittaa sormella suuta, kun haluaa juoda. Osoittaa kädellään päätänsä, kun on päänsärkyä. Osoittaa kädellään sivulle, kun haluaa vaihtaa asentoa. Näyttää kädellä TV:tä, radiota, jos haluaa katsoa tai kuunnella.
 G4hA: Juo itse nokkamukista oikealla kädellä. Syötetään.

CPS - Kognitioasteikko

LIITE 6. Päiväsuunnitelma välilehti

The screenshot shows the 'Päiväsuunnitelma' (Daily Plan) tab selected in a software interface. The window title is 'Esimerkki, Eija - Hoitosuunnitelma (1.10.2012)'. The patient information is 'Esimerkki, Eija (92)', 'Ensimmäinen arviointi (14.5.2011)', and 'HS:n laatija: qwertyu'. The 'Hoitosuunnitelman päivämäärät' (Treatment plan dates) are 'Luotu: 1.10.2012' and 'Lukittu: [Lukitse]'. The navigation tabs include 'Info', 'Tulotilanne', 'Hoidon tarve', 'Tavoitteet ja suunnitellut toiminnot', 'Päiväsuunnitelma', 'Harjoitteluohjelma', 'Hoidon toteutus', 'Hoidon arviointi', and 'Tuloste'. The main content area is divided into 'Hoidon tavoite' (Treatment goal) and 'Suunnitellut toiminnot' (Planned activities). Below this is the 'Hoidon päiväsuunnitelma' (Daily treatment plan) section, which includes a 'Tulosta päiväsuunnitelma' (Print daily plan) button and a table for recording treatment time. The table has columns for 'Arvioitu työaika' (Estimated working time) with sub-columns for 'Tunnit' (Hours) and 'Minuutit' (Minutes). The rows are labeled 'Aamu' (Morning), 'Päivä' (Day), 'Ilta' (Evening), 'Yö' (Night), and 'Muut toiminnot' (Other activities). The 'Aamu' row shows 1 hour and 20 minutes. The other rows show 0 hours and 0 minutes. At the bottom right, there is a summary: 'Arvioitu työaika: Tunnit 1 Minuutit 20'.

LIITE 7. Harjoitusohjelma

The screenshot shows the 'Harjoitusohjelma' (Exercise Program) tab selected in the same software interface. The window title and patient information are identical to the previous screenshot. The navigation tabs are the same, but 'Harjoitusohjelma' is now selected. The main content area is divided into 'Hoidon tavoite' (Treatment goal) and 'Tietoa arvioinnista' (Information from the assessment). Below this is the 'Harjoitteluohjelma' (Exercise program) section, which includes a 'Tulosta harjoitteluohjelma' (Print exercise program) button and a large text area for the exercise program. The 'Tietoa arvioinnista' section contains the following text: 'REHABPOT - Asiakkaan kuntoutumismahdollisuus: 1 - Kyllä', 'Säännöllisellä kuntouttavalla hoitotyöllä (passiivinen liikehoito) voidaan edistää halvaantuneen puolen liikuvuutta.', and 'Aamuisin Eija yleensä kankeampi ja jäykempi, päivän edetessä jäykkyys hieman antaa periksi, jolloin hoitotoimenpiteet ja asennon vaihdot sujuvat helpommin. Eijan oma osallistuminen itäpäiväsin ja iltaisin'. At the bottom right, there is a summary: 'Arvioitu työaika: Tunnit 0 Minuutit 0'.

LIITE 8. Hoidon arviointi välilehti

Esimerkki, Eija (92)
 Ensimmäinen arviointi (14.5.2011)
 HS:n laatija: qwertyu

Hoitosuunnitelman päivämäärät
 Luotu: 1.10.2012
 Lukittu: Lukitse

Info Tulotilanne Hoidon tarve Tavoitteet ja suunnitellut toiminnot Päiväsuunnitelma Harjoitteluhjelma Hoidon toteutus Hoidon arviointi Tuloste

Voit muokata hoidon tuloksia vasta silloin kun hoitosuunnitelma on lukittu

Vertaa arvioiteja

Koodi	Edellinen (14.5.2011)	Uusi arviointi (16.11.2011)
CPS - Kognitioasteikko	4	2
ADL_28 - Päivittäiset toiminnot, pitkä asteikko	25	17
DRS - Masennusasteikko	3	2
BMI - Painoindeksi	21,93	21,93
Pain - Kipuasteikko	2	1
RAP 8 - Mieliala	-	-
Muu	-	-

Potilaan tila
 <Valitse tila>

Hoidon arviointi

LIITE 9. Tuloste välilehti

Esimerkki, Eija (92)
 Ensimmäinen arviointi (14.5.2011)
 HS:n laatija: qwertyu

Hoitosuunnitelman päivämäärät
 Luotu: 1.10.2012
 Lukittu: Lukitse

Info Tulotilanne Hoidon tarve Tavoitteet ja suunnitellut toiminnot Päiväsuunnitelma Harjoitteluhjelma Hoidon toteutus Hoidon arviointi Tuloste

Tuloste Kopioi

- Tulosta hoitosuunnitelma
- Tulosta päiväsuunnitelma
- Tulosta harjoitteluhjelma
- Tulosta kaikki

Eija Esimerkki
 250318-100D
 Osasto 2
 5.4.2010
 Ensimmäinen arviointi (arv.pvm. 14.5.2011, lukittu 10.1.2012)
 qwertyu
 1.10.2012
 Asiakkaan liikuntakyky pitäisi saada paremmaksi.
 Asiakas oli huonossa kunnossa

Hoidon tarve	Hoidon tavoite	Suunnitellut toiminnot
Ravitseminen: Ruokahaluttomuus: CPS = 4 (Kognition keskivaikkea/vaikkea heikkeneminen) Arvioinnin kommentit: B4: Ei hahmota päivärytmiä, osa ruoista jäisi syömättä, riittävät nestemäärät huolehtimatta, hygienia hoitamatta ja riittävä asentohoito huolehtimatta. Yrittää esimerkiksi lähteä sängystä, vaikka kävelykykyä ei tällä hetkellä ole. Kun kysytään ruokailutilanteesta vaihtoehtoja, pystyy valitsemaan esimerkiksi juoman. Ajoittain pystyy ilmaisemaan kipua. C4: Näyttää ajoittain seuraavat tarpeet: kädellään vaippaa, kun se pitäisi vaihtaa, kädellään vatsaa kun on nälkä. Osoittaa sormella suuta, kun haluaa juoda. Osoittaa kädellään päätänsä, kun on päänsärkyä. Osoittaa kädellään sivulle, kun haluaa vaihtaa	Ravitseminen:	Ravitseminen: Ruokailun seuranta.