

Pia Hakala

**RAI-JÄRJESTELMÄ OSANA PSYKIATRISEN POTILAAN HOIDON
SUUNNITTELUA**

Opinnäytetyö

KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

Toukokuu 2010

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Kokkola	Aika Toukokuu 2010	Tekijä/tekijät Pia Hakala
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen, YAMK		
Työn nimi RAI-järjestelmä osana psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelua		
Työn ohjaaja Yliopettaja, TtT Annukka Klemola	Sivumäärä 54 + 9	
Työelämäohjaaja Osastonhoitaja, Esh Ritva Luhta		
<p>Opinnäytetyöni oli työelämälähtöinen kehittämisprosessi, jonka tarkoituksena oli kehittää RAI-järjestelmän hyödynnettävyyttä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa. Tavoitteena oli, että hoidon suunnittelusta tulisi RAI- tulosten avulla entistä systemaattisempaa sekä kokonaisvaltaisempaa. Yhteistyöyksikkönä oli Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän psykiatrian tulosalueen osasto 16.</p> <p>Kehittämisprosessi toteutettiin toimintatutkimuksena, jossa aineiston keruu tapahtui sekä alku- että loppukyselyssä avoimella kyselylomakkeella. Hoitohenkilökunnasta alkukyselyyn vastasi 18 henkilöä ja loppukyselyyn 14 henkilöä. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Opinnäytetyön tulosten mukaan psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu on potilaslähtöistä, yksilöllistä ja kokonaisvaltaista. Hoidon suunnittelussa hyödynnetään RAI-järjestelmän tuloksia. RAI-järjestelmä koetaan konkreettiseksi apuvälineeksi, jonka avulla saadaan uutta näkökulmaa hoidon suunnitteluun. RAI-järjestelmä jäsentää, täydentää ja yhdenmukaistaa hoidon suunnittelua. Sen kielteisenä puolena pidettiin sen tekemiseen kuluva aika.</p> <p>Kehittämisprosessin tuloksena syntyi yhtenäinen ohjeistus RAI-järjestelmän hyödynnettävyydestä psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelussa. Sen avulla hoidon suunnittelusta on tullut luotettavampaa ja evidenssiin perustuvaa.</p> <p>Johtopäätöksinä voidaan todeta, että RAI-järjestelmä on konkreettinen apuväline psykiatrisen potilaan hoidon suunnitteluun. Sen toimivuutta ja vaikuttavuutta hoidon suunnitteluun ja tuloksiin tulee arvioida säännöllisesti myös potilaan näkökulmasta. Henkilökunnan RAI-osaamista on ylläpidettävä ja lisättävä, jotta RAI-järjestelmän hyödynnettävyys lisääntyisi hoidon suunnittelussa ja laadun arvioimisessa. Esimiehen tehtävänä on kannustaa ja tukea henkilöstön RAI-osaamista.</p>		

Asiasanat Psykiatrinen hoitotyö, hoidon suunnittelu, RAI-järjestelmä, toimintatutkimus, kehittäminen ja johtaminen

ABSTRACT

CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES Department of Health Care and Social Services	Date April 2010	Author Pia Hakala
Degree programme Master of Social and Health Care		
Name of thesis RAI- System as Part of Planning Psychiatric Patients` Care		
Instructor Principal Lecturer, D. Sc. Annukka Klemola		Pages 54 + 9
Supervisor Head Nurse Ritva Luhta		
<p>My objective of the thesis was the development process of working life, the purpose of which was to develop the usefulness of the RAI- system for the planning of psychiatric patients` care. The aim was to gain more systematic and overall planning of the nursing care where the results of the RAI- system would be made visible together with personnel and patients. The collaboration unit was the Psychiatric ward 16.</p> <p>The development process was made as action research, in which I used the open questionnaire for collecting of data both in initial survey and in final inquiry. The initial survey was responded to 18 and the final questionnaire by 14 members of the personnel. The data was analyzed with inductive content analysis.</p> <p>According to the results of the thesis, planning of nursing of psychiatric patients is patient centred, individual and holistic. In the planning of the nursing care the results of the RAI- system are exploited. The RAI- system is considered as a concrete tool which gives new perspective for the planning of the nursing care. The RAI- system gives structure, complements and standardizes the planning. The negative aspect of the RAI- system was the time that was spent for using it.</p> <p>As the result of the development assignment the coherent directions on the usefulness of the RAI- system in the planning of the psychiatric patient`s care. With its help the planning of the nursing care has become more reliable and evidence-based.</p> <p>As a conclusion the RAI- system is concrete tool for planning of the psychiatric patient`s care. The functionality and effectiveness of the system for both planning of the nursing care and gained results should be evaluated regularly also from the patient`s point of view. The personnel`s know-how of the RAI- system is to be maintained and increased, so that the usefulness of the RAI- system would increase in planning of the nursing care and evaluation of the quality. The leader of the work unit should encourage and support the personnel`s skills in using the RAI- system.</p>		

Key words

Psychiatric nursing, planning of the nursing care, RAI- system, action research, development and leading.

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1 JOHDANTO	1
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
2.1 Psykiatrisen hoitotyön erityispiirteitä	3
2.2 Psykiatrasta hoitotyötä ohjaavat arvot ja periaatteet	7
2.3 Hoidon suunnittelu osana hoitotyön prosessia	10
2.4 RAI-järjestelmät psykiatrisessa laitoshoidossa	14
3 YHTEENVETO OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA	19
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	20
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	21
5.1 Toimintatutkimus	21
5.2 Toimintaympäristö	24
5.3 Aineiston keruu	25
5.4 Aineiston analyysi	27
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	29
6.1 Nykyisen toiminnan kuvaaminen	29
6.2 Kehittämistyön suunnittelu ja käyttöönotto	31
6.3 Kehittämisprosessin arviointi	32
7 POHDINTA	36
7.1 Opinnäytetyön tulosten ja kehittämisprosessin pohdinta	36
7.2 Opinnäytetyön luotettavuus	42
7.3 Opinnäytetyön etiikka	46
7.4 Jatkotutkimushaasteet	48
7.5 Johtopäätökset	48
LÄHTEET	50
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Psykiatrisen hoitotyön tavoitteena on potilaan arjesta selviytyminen ja mielenterveyden edistäminen. Haasteena on kehittää psykiatrista hoitotyötä enemmän potilaan voimavaroja ja vahvuuksia huomioivaksi. Tästä huolimatta psykiatrisen hoitotyö nähdään hyvin häiriö- ja ongelmakeskeisenä toimintana. (Aspinwall & Staudinger 2006; Koivisto 2003.) Psykiatrisen hoitotyön keskiössä on potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutussuhde, jossa keskitytään potilaan tarpeisiin. Näihin tarpeisiin pyritään vastaamaan erilaisilla hoitotyön auttamismenetelmillä. Potilaan ja hoitajan toiminnan taustalla on hoitotyön prosessimallin mukainen toiminta. (Hautala-Jylhä 2007.) Hyvällä hoidon suunnittelulla voidaan tukea potilaslähtöistä, tavoitteellista ja laadukasta hoitoa. Hoidon suunnittelussa olisi tärkeää huomioida potilaan voimavarat ja vahvuudet, jolloin ne olisivat mukana koko hoitotyön prosessin ajan.

Psykiatristen potilaiden hoidon suunnitteluun on luotu RAI (Resident Assessment Instrument) järjestelmä. Sillä arvioidaan potilaan olemassa olevia voimavaroja ja avun tarvetta eri toiminnan alueilla sekä potilaan somaattista ja psyykkistä terveyttä ja sosiaalista tuen tarvetta. RAI-järjestelmä tukee potilaiden voimavarojen esille nostamista ja hoidon suunnittelun kokonaisvaltaisuutta. Psykiatrisen hoidon RAI-järjestelmä on kliinisen työn apuväline. Sitä hyödyntämällä saavutetaan useita etuja hoitotyötä tehdessä. Etuina ovat muun muassa yksilön hoidon tehostaminen, hoidon laadun tarkastelu ja kohentaminen sekä hoitoisuuden että kustannusten arvioiminen. On tärkeää saada hoitotyö näkyväksi ja siihen RAI-järjestelmä soveltuu hyvin. (Hallila 2005, 68; Saarela 2008.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää RAI-järjestelmän hyödynnettävyyttä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa. Tavoitteena oli, että henkilökunnan hoidon suunnittelusta tulisi RAI-tulosten avulla entistä systemaattisempaa sekä kokonaisvaltaisempaa. Hyvällä hoidon suunnittelulla tuetaan potilaslähtöistä, yksilöllistä, tavoitteellista ja laadukasta hoitoa. Aiheen valintaan vaikuttivat työelämästä noussut tarve, ajankohtaisuus ja oma kiinnostus.

Opinnäytetyöni ajankohtaisuutta ja merkityksellisyyttä tukevat useat kansalliset kehittämisohjelmat ja suositukset. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen

kehittämisohjelma (KASTE 2008–2011) asettaa tavoitteiksi kuntalaisten osallisuuden, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ja palveluiden laadun parantamisen. Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli 2009) painotetaan potilaan aseman vahvistamista, mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämistä ja ongelmien ja haittojen ehkäisyä ja hoitoa. Suunnitelmassa painotetaan myös potilaan voimavarojen vahvistamista ja hoidon suunnitelmallisuutta. Myös mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (2001) mukaan mielenterveystyön resursseja ja osaamista tulisi suunnata elämisen ja selviytymisen voimavarojen vahvistamiseen, ongelmien ehkäisyyn, psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja niissä tukemiseen, mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja tehokkaaseen hoitoon ja monipuoliseen kuntoutukseen. Näiden kaikkien kansallisten kehittämisohjelmien ja suositusten lähtökohtana on jatkuva kehittäminen, henkilöstön osaamisen vahvistaminen ja hyvä johtaminen. Näiden lisäksi opinnäytetyöni tarkoitusta tukee Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän hoitotyön toiminta- ja laadunhallintasuunnitelma vuosille 2009–2011, jossa psykiatrian tulosalueen yhdeksi kehittämiskohteeksi on nostettu psykiatrisen hoidon RAI:n käyttöönotto, koulutus ja osaamisen lisääminen.

Tämä opinnäytetyö on kuvaus psykiatrian osasto 16:den henkilökunnan kanssa toimintatutkimuksena toteutuneesta kehittämistyöstä. Opinnäytetyöni teoreettisissa lähtökohdissa olen kuvannut opinnäytetyöni kannalta keskeiset käsitteet. Tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden jälkeen olen kuvannut tutkimusmenetelmän, aineiston keruun ja aineiston analyysin. Kehittämistyön tulokset olen esittänyt tutkimuskysymyksien mukaisesti. Pohdintaosuudessa olen käsitellyt opinnäytetyöni luotettavuutta ja eettisyyttä sekä arvioinut kehittämistyön prosessia, sen tuloksia ja niiden hyödynnettävyyttä psykiatrisessa hoitotyössä. Lopuksi olen tuonut esille jatkotutkimushaasteet ja johtopäätökset kehittämistyön tuloksiin perustuen.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Psykiatrisen hoitotyön erityispiirteitä

Potilaan saama psykiatrinen hoito perustuu perinteisesti lääketieteelliseen diagnoosiin. Diagnoosiin perustuvassa potilaan hoidossa korostuu asiantuntijälähtöisyys. Potilaan tilanteen määrittelyä ohjaavat sairauskertomus ja siinä ilmenevä diagnoosi. Potilaan auttamismenetelmät perustuvat ensisijaisesti psykiatriassa ja psykologiassa kehitettyihin tutkimuksiin. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että lääkehoidon tukemana potilas osallistuu mahdollisuuksiensa mukaan erilaisiin yksilö- ja ryhmäterapioihin. (Talseth, Jacobson & Nordberg 2001, 96–106.)

Psykiatrisen potilaan hoitotyö painottuu edelleen häiriöihin, sairauksiin, patologiaan, vajavuuksiin, diagnostisointiin ja oireiden hoitoon. Tällaisesta lähestymistavasta puuttuvat kyvykkyyden ja vahvuuksien näkökulmat. Näitä vahvuuksia olisivat myönteinen itsekunnioitus, hallinnan tunne, suhteet toisiin ihmisiin ja elämän tarkoituksellisena kokeminen. Psykiatrinen hoitotyö tarkoittaa kaikkea sitä hoitotyötä, jonka avulla halutaan auttaa ja tukea ihmisten mielenterveyttä sekä edistää mielenterveyttä tukevien ratkaisujen löytämistä niin yksilö-, perhe- kuin yhteisötasolla. Se on systemaattinen tapa lähestyä potilaan jokapäiväisiä ongelmia. Psykiatrinen hoitotyö on syklinen prosessi, joka vie aikaa ja valmistuu vasta ongelmien ratketessa. (Aspinwall & Staudinger 2006; Holopainen & Välimäki 2000, 13–14; Rissanen 2007, 63.)

Psykiatrasta hoitotyötä ohjaavat erityisesti mielenterveyslaki 14.12.1990/1116 sekä mielenterveysasetus 21.12.1990/1247. Lain tavoitteena on turvata psykiatrisen potilaan oikeudet hoidossa, psykiatrisen hoitojärjestelmän kehittäminen alueellisesti sekä psykiatrisen avohoidon ensisijaisuuden korostaminen ja kehittäminen. Lisäksi sitä ohjaa laki potilaan oikeuksista ja asemasta 17.8.1992/785, joka on tuonut selviä parannuksia potilaan asemaan ja oikeuksiin. Sitä ohjaavat myös kansanterveyslaki, erikoissairaanhoidolaki sekä ammattihenkilöiden eettiset ohjeet. Psykiatrasta hoitotyötä ohjaavat myös erilaiset valtakunnalliset suunnitelmat, strategiat ja suositukset. Tällaisia ovat esimerkiksi Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, Mielenterveyspalvelujen

laatusuositukset sekä Käypä hoito – suositukset. (Finlex® 2010a-c; Vuori-Kemilä 2007, 21.)

Psykiatrinen hoitotyö sisältää yleisen ihmisten mielenterveyttä tukevan ja edistävän toiminnan. Siihen kuuluvat kaikki tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet, joiden avulla hoitotyöntekijä kykenee auttamaan vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsiviä ihmisiä, heidän omaisiaan ja läheisiään. Sen ydin on potilaan selviytyminen arjessa. Psykiatrisen hoitotyön asiakas on potilas ja hänen läheisensä. Hoitotyö perustuu potilaan hoidon tarpeisiin, joihin pyritään vastaamaan käyttämällä erilaisia hoitotyön auttamismenetelmiä. Hoitotyö muotoutuu hoidon tarpeista ja käytetyistä auttamismenetelmistä. Tavoitteena on potilaan selviytyminen ja mielenterveyden palauttaminen. Psykiatrinen hoitotyö on suuressa määrin hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen perustuvaa toimintaa, joka toteutetaan yksilöhoitosuhteissa, ryhmissä tai perheiden kanssa. (Holopainen & Välimäki 2000, 14; Hentinen 2009, 43; Rissanen 2007, 50; Koivisto 2003.)

Psykiatrisessa hoitotyössä potilaan kuuluu olla omassa hoidossaan aktiivinen toimija, joka tulkitsee itse omia kokemuksiaan ja toimintojaan. Näin hän voi vaikuttaa toimintaansa ja ympäristöönsä kykyjensä ja taipumustensa mukaisesti. Tietoinen ongelmien ja voimavarojen pohdinta mahdollistavat henkilökohtaisiin mahdollisuuksiin tarttumisen. Psykiatrisessa hoitotyössä potilaan vahvuuksien hyödyntäminen tarjoaa mahdollisuuden tukea potilasta hänen persoonallisuutensa ja elämäntaitojensa kehittymisessä ja siinä, että hänen kokemuksensa elämänhallinnasta paranee. Potilaan vahvuuksien ja voimavarojen löytyminen vaatii aina potilaan kokemuksesta lähtevää potilaan ja hoitajan välistä tavoitteellista yhteistyötä. (Aspinwall & Staudinger 2006; Koivisto 2003.)

Psykiatrissa hoitotyötä toteutetaan usein yksilövastuisena hoitotyönä. Yksilövastuisella hoitotyöllä tarkoitetaan toisaalta hoitotyön organisointitapaa ja toisaalta filosofisia toimintaperiaatteita. Organisointitapana yksilövastuinen hoitotyö merkitsee sitä, että potilaalle nimetään omahoitaja, joka kantaa vastuun hoitotyöstä ja sen koordinoinnista koko hoitajakson ajan. Psykiatrisen hoitosuhteen onnistumista edesauttavat aito läsnäolo ja kohtaaminen. Hoitosuhteessa hoitajan tulee oppia tuntemaan potilas, ymmärtämään häntä ja hyväksymään hänet sellaisenaan. Hoitajalta edellytetään muun muassa vastuullisuutta, itsenäisyyttä, luovuutta ja laadukasta hoitotyön toteutusta yhteistyösuhteen ylläpitämiseksi.

Hyvään hoitosuhteeseen kuuluvat sitoutuminen ja se, että kaikki osapuolet noudattavat sovittuja sääntöjä (Iivanainen & Syväoja 2008, 434; Drach-Zahavy 2004, 7–16; Hautala-Jylhä 2007, 57.)

Psykiatrisessa hoitotyössä hoitosuhde kulminoituu omahoitajakeskusteluihin. Omahoitajakeskustelu on vuorovaikutussuhde, joka parhaimmillaan antaa pohjaa vankemmalle persoonallisuuden rakentumiselle, paremmalle elämän hallinnalle, hoito-ohjeiden ymmärtämiselle sekä elämänlaadun kohentumiselle. Vuorovaikutus on molemmin puolista sanallista ja sanatonta viestintää. Se on enemmän kuin tiedon jakamista. Se käsittää tunteiden siirtoa, tunteiden tunnistamista ja potilaan tunnetta siitä, että hänen tunteensa on tunnistettu. Vuorovaikutus on oleellinen osa hoitamista ja sen myönteinen kehittyminen yhteistyösuhteessa vaikuttaa oleellisesti hoitotyön laatuun. Omahoitajakeskustelu on tavoitteellista, turvallista ja mahdollisimman kiireetöntä. Psykiatriassa omahoitajakeskustelut perustuvat realiteetteihin, joissa pyritään saamaan potilaan omat voimavarat käyttöön. (McCabe 2004, 41–49; Suhonen, Österberg & Välimäki 2004, 22–27; Iivanainen ym. 2008, 434–435; Hautala-Jylhä 2007, 57.)

Psykiatrasta hoitotyötä voi vaikeuttaa potilaan tuntema häpeä ja leimautumisen pelko. Inkilän (2006) tutkimuksen mukaan potilaan pelko, häpeä ja leimautumisen pelko hidastavat potilaan hoitoon hakeutumista ja tätä kautta myös hoitotyön toteuttamista. Tutkimuksen mukaan potilaan häpeä ja leimaavuuden pelko liittyvät psyykkiseen sairauteen, sairaalassa oloon ja niiden mukanaan tuomiin muutoksiin elämässä. Leimautumisen pelkoa pyrittiin lievittämään kertomalla sairaalassa olosta ja psyykkisestä sairastumisesta lähemmille ihmisille, perheelle ja ystäville. Läheisille annettiin tietoa sairaudesta ja hoidosta, joka vaikutti heidän positiiviseen suhtautumiseensa ja lievitti potilaan häpeän tunnetta ja leimautumisen pelkoa. Osa tutkimukseen osallistujista oli huolissaan työpaikan menettämisestä ja ystävien suhtautumisesta psyykkiseen sairauteen. Psyykkinen sairaus ei ikään kuin saisi olla esillä jokapäiväisessä elämässä, se tehdään näkymättömäksi. Jokainen psyykkisesti sairastunut on myös ihminen, jolla on jokapäiväiset ilonsa ja huolensa. (Inkilä, Paavilainen & Halme 2007.)

Psyykkiseen sairauteen liittyvää häpeän ja leimautumisen pelkoa ei tule vähätellä. Ne aiheuttavat sairastuneelle ylimääräistä taakkaa ja tuskaa, lisäksi ne voivat eristää toisen ihmisen läheisyydestä. Psykiatriseen hoitoon tulisi luoda toimintatapoja, jotka tukevat

potilaan ja hänen läheistensä selviytymistä leimoitta. Lisäksi potilaan ja hoitajan välisessä yhteistyösuhteessa näitä tunteita tulisi käsitellä avoimesti. Psykiatrisesta hoidosta tiedottaminen auttaisi näiden tunteiden ja ennakkoluulojen vähentymisessä sekä potilaiden hoitoon hakeutumisessa. (Inkilä ym. 2007.)

Psykiatrinen hoitotyö on luonteeltaan erilaista verrattuna esimerkiksi somaattiseen hoitoon, koska siihen liittyvät vahvasti potilaan itsemääräämisoikeutta säätelevät ja rajoittavat elementit. Henkilökunnan työturvallisuustekijät ovat erityisen tärkeitä työskenneltäessä vaikeasta psyykkisestä häiriöstä kärsivän potilaan kanssa sekä varsinkin akuuteilla psykiatrisilla osastoilla. (Syrjäpalo 2006, 127.)

Psykiatrisessa hoitotyössä peruslähtökohtana on aina potilaan itsemääräämisoikeus ja vapaaehtoisuus sekä hänen toiveidensa ja mielipiteidensä kunnioittaminen. Tätä periaatetta ei kuitenkaan aina voida toteuttaa, jos potilas on hyvin sairautentunnon ja yhteistyökyvytön, jolloin hän on kykenemätön ottamaan kantaa omaan terveydentilaansa ja hoidon tarpeeseensa. (Noppiari, Kiiltomäki, Pesonen 2007, 113.)

Mielenterveyslain (1990/1116) 8 § mukaan potilas voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon vain, jos hänen todetaan olevan mielisairas, jos hän mielisairautensa vuoksi on hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi hänen terveyttään tai turvallisuuttaan taikka muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta ja jos mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäviksi tai ovat riittämättömiä. (Finlex® 2010a.)

Sairaalahoidossa tahdosta riippumattoman hoidon pakkotoimina voidaan käyttää eristämistä, sitomista tai lääkkeen antamista ilman potilaan suostumusta. Näitä toimenpiteitä ohjaa mielenterveyslaki sekä ammattihenkilöiden kriittinen arviointi toimenpiteen tarpeellisuudesta. Potilaaseen kohdistuvien eristämistoimenpiteiden hoidollisista vaikutuksista ei ole selkeää tutkimuksellista näyttöä, mikä edellyttää eettisesti korkeatasoista psykiatrisessa hoitotyössä jatkuvaa ammatillisen toiminnan reflektointia ja hoitomenetelmien arviointia hoitosuhdetyöskentelyn lähtökohdista. Potilaan yksilöllisyyttä kunnioittavaa toimintakulttuuria tulisi tukea vähentämällä pakkokeinojen käyttöä, niin että potilaalle mahdollistetaan turvalliset vuorovaikutussuhteet, selkeät toimintamallit sekä

asianmukainen lääkehoito. Jos pakkotoimiin joudutaan turvautumaan, niitä tulee käyttää mahdollisimman harvoin ja lyhyen aikaa sekä niistä on tehtävä aina asianmukaiset merkinnät sairauskertomukseen. (Noppi ym. 2007, 114; Skitsofrenia 2008.)

Hoikkala & Tuuttila (2009) ovat tutkineet mielenterveysasiakkaiden tyytyväisyyttä julkisen sektorin terveydenhuollon palveluihin. Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitoon pakottamisella ja alistamisella, eli eristyksellä, pakkohoidolla, liikkumisen ja vapauden rajoittamisella, oli tyytyväisyyttä vähentävä vaikutus. Tahdosta riippumaton hoito ja varsinkin pakkotoimet vaikuttavat hoidon suunnitteluun, hoitosuhteeseen sekä potilaan paranemisprosessiin. (Hoikkala & Tuuttila 2009, 19.)

2.2 Psykiatrista hoitotyötä ohjaavat arvot ja periaatteet

Hoitotyön periaatteet pohjaavat arvoihin, joita hoitotyössä pidetään ihanteellisina. Arvot ovat osa hoitokulttuuria. Hoitokulttuurissa arvot ja periaatteet esiintyvät hoitohenkilökunnan yhdessä valitsemina päämäärinä, joiden toteutumista pidetään tavoitteellisena ja hyvänä potilaan hyvinvoinnin edistämiseksi ja hoitamisessa. Hoitotyön periaatteet ovat konkreettisempia toimintaohjeita kuin arvot. Hoitotyön periaate tarkoittaa terveyden- ja sairaanhoitoa ohjaavaa johtoajatusta, joka pohjautuu tavoitteena oleviin ihmis- ja terveyskeskeisiin arvoihin. Hoitotyön periaatteet auttavat hoitajaa ymmärtämään toimintaa ja löytämään keinoja ratkaista käytännön ongelmia. Hoitotyön periaatteet ja arvot ovat osa hoitotyön toiminta-ajatusta. Hoitotyön toiminta-ajatuksella pyritään luomaan arvoperusta sille, mikä on hyvää hoitoa. Hoitotyön periaatteet toimivat hoitotyön laadun pohjana. (Kassara, Paloposki, Holia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 13.)

Psykiatrisen hoitotyön arvot pohjaavat sosiaali- ja terveysalan arvoperustaan samalla tavalla kuin muutkin hoitotyön erikoisalat. Sosiaali- ja terveysalan ammatillisella toiminnalla edistetään yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta, tasa-arvoa ja inhimillisyyttä sekä ihmisen itsemääräämisoikeutta elämän kaikissa vaiheissa. Potilaana ihminen osallistuu oman hoitonsa päätöksentekoon. Hoitotyössä ihmisen auttamisen lähtökohdaksi on, että jokainen ihminen on ainutkertainen ja että jokaisen ihmisen elämällä on tarkoitus. Hoitotyön tavoitteena on potilaan oma kokemus hyvästä olost ja terveydestä.

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen mukaan jokaisella potilaalla on oikeus hyvään ja tasavertaiseen hoitoon ja oikeus tulla kohdelluksi kunnioittavasti. Potilaalla on itsemääräämisoikeus ja oikeus valinnanvapauteen ja vaihtoehtoihin. (Kassara ym. 2005, 12; Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001.)

Hoitotyön ihmissuhteet perustuvat arvoihin; hyvyys, oikeudenmukaisuus ja totuus välittyvät hoitajan toiminnasta potilaalle. Hoitotyössä hoitaja toimii toista ihmistä varten ja on koko ajan läsnä ihmisenä. Ammatillinen asettuminen toisen auttajaksi on eettinen valinta. Se johtaa kysymyksiin siitä, miten ja millä oikeudella toisen ihmisen asioihin ja elämään puututaan ja miten hoitaminen suhteutetaan potilaan omiin mahdollisuuksiin. (Kassara ym. 2005, 12.)

Psykiatrisessa hoitotyössä jotkin arvot nousevat erityisesti esiin hoidettaessa psykiatrisista häiriöistä kärsiviä ihmisiä. Tällaisia asioita ovat valta ja sen käyttö, pakkohoito ja siihen liittyvät toimenpiteet, luottamus potilaan ja omahoitajan välillä, empatia sekä huolenpito ja välittäminen. (Punkanen 2001, 173; Vuori-Kemilä 2007, 48–51.)

Syrjälä (2006) on tutkinut väitöskirjassaan psykiatrisen sairaalan henkilökunnan arvoja, potilaan hoidossaan arvostamia asioita ja psykiatrisen hoidon nykytilaa. Henkilökunnan tärkeimmäksi arvoksi nousi kollektiiviset, yhteisölliset arvot. Potilaan hoitoon liittyviä tärkeitä arvoja olivat inhimillinen kohtelu, ihmisarvon kunnioittaminen, luotettavuus ja hoitoympäristön turvallisuus. Ihmisarvo oli potilaille tärkeä arvo sairaudesta huolimatta. Ihmisarvoon liittyi odotusarvoja, jotka olivat inhimillisuus, totuus, ihmisenä kunnioittaminen, yksityisyys ja vapaus. Potilaat arvostivat turvallista hoitoympäristöä sekä ihmisarvoa kunnioittavaa kohtelua. Kyseiset arvot liittyvät potilaan oikeuksien toteutumiseen ja lisäävät tietoa itsemääräämisoikeuden, tiedonsaantioikeuden ja yksityisyyden toteutumisesta hoitajakson aikana. Pakottaminen hoitoon, alistetuksi tuleminen kokemus, ympäristöstä johtuvat pelot ja yksityisen tilan puute koettiin vaikeina asioina. Henkilökunnan ja potilaiden arvoissa oli havaittavissa samankaltaisuutta lukuun ottamatta terveyden arvoa, jota potilaat eivät tuoneet esille. Psykkinen sairaus ei siten näyttäisi muuttavan oleellisesti ihmisen arvomaailmaa. Väitöskirjan mukaan hoidon todettiin olevan hyvää, turvallista, inhimillistä ja oikeudenmukaista, vaikkakin eettisiä ristiriitoja ja arvokonflikteja työyhteisössä ajoittain ilmeni. (Syrjälä 2006, 127–129.)

Psykiatrisen hoitotyön periaatteissa korostuvat yksilöllisyyden, omatoimisuuden, turvallisuuden, yhteisöllisyyden, perhekeskeisyyden ja jatkuvuuden periaatteet. Yksilöllisyyden periaatteen mukaan jokaista potilasta pidetään ainutkertaisena ja arvokkaana yksilönä. Yksilöllisyyden periaate psykiatrisessa hoitotyössä tarkoittaa, että hoidon lähtökohtana ovat potilaan henkilökohtaiset voimavarat. Hoidon suunnittelussa huomioidaan potilaan yksilölliset arvot, tavat ja tottumukset. Yksilöllisyyden toteutumisesta vastaa potilaalle nimetty omahoitaja ja hänen poissa ollessaan korvaava hoitaja. Omatoimisuuden periaate tarkoittaa potilaan ohjausta ja tukemista omatoimiseen selviytymiseen päivittäisistä toiminnoista. Psykiatrisen hoitotyön omatoimisuuden tavoitteena on oman elämän hallinnan lisääntyminen itsestä huolehtimisen taitojen vahvistuessa. (Kassara ym. 2005, 13; Luhta 2007.)

Turvallisuuden periaatteessa pyritään auttamaan potilasta tuntemaan olonsa mahdollisimman turvalliseksi. Monet tekijät voivat aiheuttaa potilaalle turvattomuutta, esimerkiksi oma sairaus, hoitoympäristö ja hoitohenkilökunta. Potilaan sisäistä turvallisuudentunnetta lisää potilaan kokemus siitä, että hän voi itse vaikuttaa hoitoonsa. Ulkoinen turvallisuus taataan hoitoympäristön asianmukaisilla olosuhteilla sekä minimoimalla vaaratilanteet. Psykiatrisessa hoitotyössä turvallisuuden periaate on turvallisen suojan antamista itseään ja/ tai ulkopuolista maailmaa pelkäävälle potilaalle. Potilaan omaisille annetaan tietoa sairaudesta ja sen mukanaan tuomasta epävarmuudesta, pelosta ja turvattomuudesta. Psykiatrisessa hoitotyössä potilas saa turvallisuuden tunteen luottamuksellisesta ja aidosti välittävästä, oikeudenmukaisesta hoidosta ja yhteistyösuhteesta. (Kassara ym. 2005, 14; Luhta 2007.)

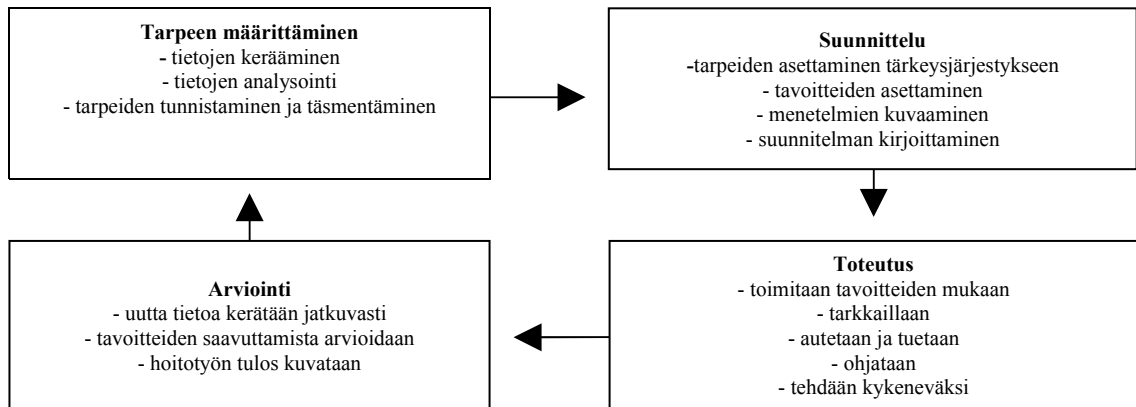
Yhteisöllisyyden periaate toteutuu psykiatrisessa hoitotyössä terapeutisena yhteisönä, jossa korostuvat demokraattisuus, avoin vuorovaikutus, ymmärtäminen ja ryhmätoiminnat. Yhteisöllisyyden periaatteen tavoitteena on tukea potilaita keskinäiseen vuorovaikutukseen, toisten huomioon ottamiseen ja yhteisvastuullisuuteen. Perhekeskeisyyden periaatteen mukaan potilaan omaiset ja läheiset otetaan mukaan hoitotyön suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin potilaan suostumuksella. Psykiatrisessa hoitotyössä tämän periaatteen tavoitteena on tukea potilaan, hänen omaistensa ja henkilökunnan välistä yhteistyötä. Tavoitteena on yhdessä löytää ratkaisuja ongelmiin sekä auttaa myös perhettä löytämään voimavaroja sekä ottaa niitä käyttöön. (Kassara ym. 2005, 14; Luhta 2007.)

Psykiatrisessa hoitotyössä hoidon jatkuvuuden periaatteen turvaaminen on keskeistä hoidon onnistumiselle. Hoidon jatkuvuus turvataan hyvällä suullisella tiedottamisella ja täsmällisellä kirjaamisella. Tiedon tulisi kulkea potilaan mukana sairaalasta avohoitoon ja toisin päin. On myös tärkeää, että potilas osaa itse hoitaa itseään. Potilaan opettaminen oman sairauden hoitoon takaa hoidon jatkuvuuden myös potilaan omassa elinympäristössä. Psykiatrisessa hoitotyössä jatkuvuuden periaate korostuu yhteistyönä avohoidon kanssa. Lisäksi potilaalle pyritään järjestämään sama omahoitaja jokaisella osastohoitojaksolla. (Kassara ym. 2005, 13–15; Luhta 2007.)

2.3 Hoidon suunnittelu osana hoitotyön prosessia

WHO (World Health Organisation) on määritellyt hoitotyön prosessin tarkoittavan hoitotyölle luonteenomaisten yksilön, perheen tai yhteisön terveyteen kohdistuvien interventioiden järjestelmää, joka etenee hoidon tarpeen määrittelystä hoitosuunnitelmaan ja suunnitelman toteutuksesta tulosten arviointiin. Hoitotyön prosessiin osallistuvat potilas ja hoitotyön edustajat sekä terveydenhuollon työryhmien jäsenet. (Punkanen 2001, 35.)

Hoitotyön prosessi on menetelmä, jonka tarkoituksena on ohjata hoitajan ajattelua ja luoda hoitotilanteelle johdonmukaisesti etenevä rakenne. Hoitotyön prosessi toimii hoitotyön suunnittelun ja toteutuksen jäsentäjänä. Se on aktiivista ja tietoista ajattelua ja päätöksentekoa. Hoitotyön prosessi vaatii tiedostettua ja tiedostamatonta asiantiedon ja intuition yhdistämistä. Hoitotyön prosessimalli on systemaattinen tapa kuvata hoitotyötä. Hoitotyön prosessi koostuu potilaan terveyteen kohdistuvista hoitotoimista, joten kysymys on porrastetusta ongelmanratkaisumenetelmästä. Hoitotyö perustuu päätöksentekoon. Hoidon toteuttamisen perustana ovat potilaan hoidon tarpeen määrittäminen ja sitä seuraava päätöksen teko. Hoidon toteuttamista seuraa hoitotoimintojen tulosten arviointi. Arviointia toteutetaan prosessin jokaisessa vaiheessa. Hoitotyön prosessin jokaisessa vaiheessa hoitaja on jatkuvassa vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Hoitotyön prosessi edellyttää siis yhteistyötä potilaan ja hänen läheistensä kanssa sekä edellyttää potilaan tilanteen tuntemista. Tärkeää on korostaa hoitotyön tekemistä potilaasta käsin. Hoitotyön prosessi jaetaan neljään vaiheeseen: tarpeen määrittäminen, suunnittelu, toteutus ja arviointi. (Punkanen 2001, 35; Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2007, 51.)



KUVIO 1. Hoitotyön prosessi (Anttila ym. 2007.)

Hoitotyön prosessi alkaa potilaan voimavarojen, tarpeiden ja hoidollisten ongelmien kartoittamisella. Hoitotyön tarpeenmäärittely ja tietojen keruu tapahtuu keskustelemalla, havainnoimalla, erilaisilla kokeilla, testauksilla ja mittauksilla. Potilas on ensisijainen tietojen antaja. Hoitaja muodostaa kuvan potilaan elämäntilanteesta ja kartoittaa keskeiset hänen elämänsä tapahtumat ja kokemukset, selvittää hänen nykyistä terveydentilaansa, tuntemuksiaan, motivaatiotaan ja kokemuksiaan aikaisemmin saaduista hoidoista. Tietojen keruussa voidaan käyttää monenlaisia valmiita lomakkeita, joiden avulla saadaan selville potilaan selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa ja hänen elämäntapansa. Tärkeää on keskustella potilaan kanssa myös voimavaroista ja asioista, jotka ovat hyvin. Hoitajan on havainnoitava potilaan sanattomat viestit, joista hän ei ole vielä valmis puhumaan. Potilaan lisäksi omaisten, läheisten ja muun verkoston näkökulma potilaan tilanteesta on tärkeä tarpeiden määrittelyssä. Tietojen keruun jälkeen hoitaja analysoi saamia tietoja potilaan ja työryhmän kanssa. Kerättyjen tietojen ja analysoinnin pohjalta, yhdessä potilaan kanssa, määritellään hoidon tarve. Tärkeää on huomioida potilaan oma näkemys terveydentilastaan ja hoidon tarpeesta. Hoitotyön tarpeet ilmaisevat ne potilaan ongelmat, joihin hoidon aikana keskitytään ja joihin potilas kokee tarvitsevänsä apua. Kun potilas otetaan mukaan hoidon suunnitteluun, hän voi kokea tulevaisuutta arvostetuksi, mikä luo positiivisen hoitoilmapiirin. Aktiivinen osallistuminen hoitoon voi eheyttää ja parantaa potilaan omanarvontuntoa. Potilaan yksilöllisyyttä tukee se, että hoitaja tunnistaa ja tarkastelee potilaan tarpeita suunnitelmallisesti. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 76–77; Rissanen 2007, 57–58.)

Latvalan (1998) tutkimuksen mukaan psykiatrisessa hoitotyössä hoitotyön tarve tunnistetaan muutoksen tarpeena. Keskeinen tavoite hoitotyössä on positiivinen muutos, joka määritellään potilaan tilanteesta käsin. Oleellista psykiatrisen hoitotyön tarpeen ja tavoitteen määrittelyssä on ongelmien ja resurssien todentaminen ja ratkaisujen etsiminen yhdessä.

Hoidon suunnittelun tulee perustua inhimillisyyteen, joka huomioi potilaan arvokkuuden ja yksityisyyden. Siinä tulee huomioida potilaan voimavarat yhtäläillä kuin ongelmat. Sen tulee olla kokonaisvaltaista suunnittelua, jossa huomioidaan potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat sekä ongelmat. Hoidon suunnittelu perustuu hoitosuhteeseen, jonka kautta ymmärrys potilaan tilanteeseen kasvaa. Esitiedot, tulohaastattelu ja hoidon tarpeen määrittäminen ovat hoidon suunnittelun kulmakiviä. Ilman kattavaa tulotilanteen kartoitusta ja hoidon tarpeen määrittämistä hoidosta ei tule yksilöllistä, potilaan tarpeisiin perustuvaa hoitoa. Hoidon suunnittelu koostuu tarpeiden tärkeysjärjestykseen asettamisesta, tavoitteiden määrittämisestä sekä hoitotyön keinojen valitsemisesta, joilla asetettuihin tavoitteisiin päästään. (Räsänen 2009; Ahonen, Ikonen & Koivukoski 2007, 9–10.)

Hoidon suunnittelussa potilaan tarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen, minkä jälkeen hoitotyölle asetetaan tavoitteet. Potilas on mukana hoidon suunnittelussa ja tavoitteiden asettamisessa. Tavoitteet laaditaan potilaslähtöisesti. Tavoitteiden tulee olla konkreettisia, saavutettavissa olevia ja aikaan sidottuja. Tavoitteita tulee koko ajan tarkistaa ja täsmentää. Keskeistä hoidon etenemiselle ja onnistumiselle on kaikkien osapuolten sitoutuminen tavoitteiden mukaiseen toimintaan. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 78; Pukuri 2002, 62; Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 23; Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001.)

Hoidon suunnittelulla on suuri merkitys hoidon tuloksellisuuteen. Tiri (2001) on tutkinut psykiatrisen hoidon tuloksellisuutta ja siihen vaikuttavia tekijöitä potilaiden, omaisten, työntekijöiden ja päättäjien näkemyksestä. Tuloksellisuuteen vaikuttavista tekijöistä potilaan osallistuminen hoidon suunnitteluun ja potilaan oma hoitomotiivaatio ovat ratkaisevia tekijöitä hoidon onnistumiselle. Omaiset korostivat potilaan elämäntilanteen huomioimista, henkilökunnan ammattitaitoa ja hoidon suunnitelmallisuutta. Henkilökunnan ammattitaito näkyy koko hoitoprosessin suunnitelmallisuudessa ja eri

hoitomenetelmien käytössä. Hoidon suunnitelmallisuuteen liittyvät potilaan tarpeista lähteminen, tavoitteiden asettaminen, hoitomuodon valinta, sopimukset, hoidon jatkuvuus, tiedottaminen, yhteistyö ja arviointi. (Tiri 2001, 87–95.)

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus (2001) ohjeistaa, että jokaisen potilaan hoidon tulee olla suunniteltua ja jatkuvaa. Hoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon potilaalle tehty taudin määrittäminen, potilaan yksilöllinen hoidon tarve, elämäntilanne, perhesuhteet ja lähiverkosto. Jokaiselle potilaalle tulee laatia kirjallinen hoitosuunnitelma, jota arvioidaan säännöllisin väliajoin.

Hoidon suunnittelussa on tärkeää kirjata potilaan kanssa yhteistyössä tehty hoitotyön suunnitelma potilasasiakirjoihin. Kirjallinen hoitosuunnitelma on potilasta hoitavan ammattiryhmän laatima tiivistelmä hoitotyön prosessin vaiheista, eli potilaan hoidon tarpeesta, hänelle suunnitellun hoidon tavoitteista ja niiden saavuttamiseksi määritellyistä keinoista, potilaan hoidon seurannasta ja hoidon vaikutusten arvioinnista. Hoitotyön suunnitelma on osa hoitosuunnitelmaa. Hoitotyön suunnitelma koostuu tulotilanteen analyysistä, koko hoitajakson suunnitelmasta, päivittäisestä suunnitelmasta ja sen arvioinnista sekä koko hoitajaksoista tehtävästä hoitotyön loppuarvioinnista. Hoitohenkilökunta vastaa potilaan kirjallisen hoitotyön suunnitelman laatimisesta, toteuttamisesta ja arvioinnista. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma on kokonaiskuva potilaan saamista palveluista hoitajakson aikana. Sen avulla hoitohenkilökunta todentaa potilaan omat kokemukset tilanteesta ja tuo ne näkyväksi. (Punkanen 2001, 39–40; Anttila ym. 2007, 51; Räsänen 2009.)

Kirjallisessa hoitotyön suunnitelmassa ilmaistaan hoitoon johtaneet ongelmat ja hoidon tarve. Kirjallinen hoitotyön suunnitelma perustuu siihen, että se elää potilaan tilanteen ja voimien mukana. Hoitotyön suunnitelman on aina oltava ajan tasalla. Turhat ja päällekkäiset toiminnot karsiutuvat pois, kun suunnitelmat ovat selkeät ja kaikkien luettavissa, ja myös potilas on tietoinen omasta hoidostaan ja sen tavoitteista. Tällöin päästään jäsentyneeseen ja tulokselliseen hoidon prosessiin. Kirjallinen hoitotyön suunnitelma kestää aina yhden hoitajakson ajan. Psykiatrisessa hoitotyössä omahoitaja yleensä laatii hoitotyön suunnitelman, väliarvion ja hoitajakson loppuessa hoitotyön loppuarvion. (Punkanen 2001, 40; Ahonen ym. 2007, 9–10.)

Kirjallinen hoitotyön suunnitelma on hoidon ja sen kehittämisen apuväline. Tavoitteena on, että jokaisella potilaan hoitoon osallistuvalla olisi samansuuntaiset tavoitteet ja ongelmanratkaisumallit. Psykiatristen potilaiden kanssa korostuu yhteisten hoitolinjojen merkitys. Kirjallinen hoitotyön suunnitelma takaa hoidon jatkuvuuden. Käytännön hoitotyössä dokumentointi on usein koettu hankalaksi ja aikaa vieväksi. Kirjallista hoitotyön suunnitelmaa tulee kehittää ja muuttaa kunkin toimintayksikön tarpeita vastaavaksi. Kirjallisen hoitotyön suunnitelman ja sen kehittämisen avulla voidaan vaikuttaa potilasturvallisuuteen, henkilöstön ammattitaidon kehittymiseen ja jopa organisaation kustannussäästöihin. (Punkanen 2001, 40.)

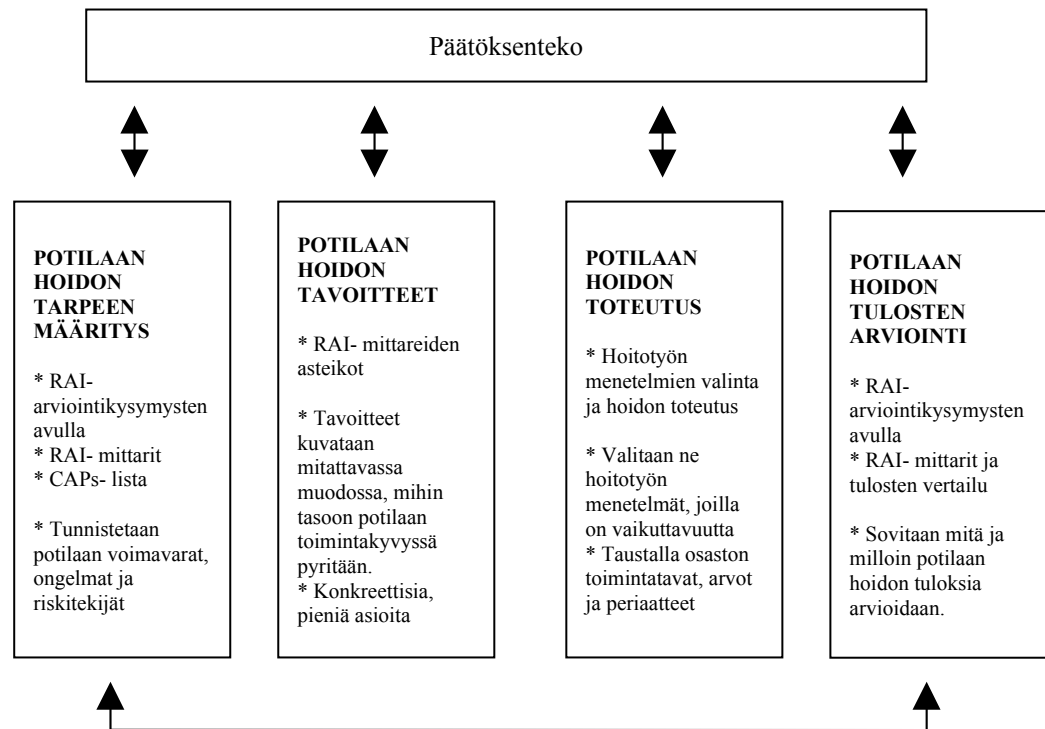
2.4 RAI-järjestelmät psykiatrisessa laitoshoidossa

RAI (Resident Assessment Instrument) on elektronisessa muodossa oleva kansainvälinen hoidon arviointijärjestelmä, joka on käytössä yli 25 maassa ja jo yli 40 paikkakunnalla Suomessa. Ohjelma on kehitetty alkujaan vanhusten hoidonseurantajärjestelmäksi Yhdysvalloissa vuonna 1987. Kehittäjänä on toiminut vuodesta 1990 lähtien kansainvälinen tutkijaorganisaatio, interRAI®. InterRAI-MH eli mielenterveyshoidon arviointijärjestelmä on alun perin suunniteltu Kanadassa vuonna 1999. Suomeen mielenterveyshoidon RAI- järjestelmä on tullut vuonna 2005. Mielenterveyshoidon RAI-järjestelmään kuuluvat akuutti-, pitkäaikaishoidon ja avohoidon arviointijärjestelmät. (Oy RAIsoft Ltd 2010a.)

Mielenterveyshoidon RAI-järjestelmä on potilaan toimintakyvyn arviointiväline. Sillä arvioidaan potilaan olemassa olevia voimavaroja ja avun tarvetta eri toiminnan alueilla sekä potilaan somaattista ja psyykkistä terveyttä ja sosiaalista tukea sekä sen tarvetta. Samoja potilaasta kerättyjä tietoja voidaan käyttää yksilölliseen hoitosuunnitelman laadintaan sekä vertailla tietoja yksilö-, yksikkö-, laitos- ja kuntatasolla aina valtakunnalliseen ja kansainväliseen vertailuun asti. RAI-järjestelmä ei ole pelkästään hoidonarviointijärjestelmä vaan sitä voidaan hyödyntää hoidon suunnittelussa, hoidon laadun seurannassa, henkilöstövoimavarojen kohdentumisessa sekä palvelujen suunnittelussa. (Hirdes 2007; Luhta 2009.)

RAI-järjestelmän lähtökohtina psykiatrisessa hoitotyössä ovat potilaslähtöisyys, terveyslähtöisyys, perhekeskeisyys ja moniammatillisuus. Sen avulla potilaat pystyvät

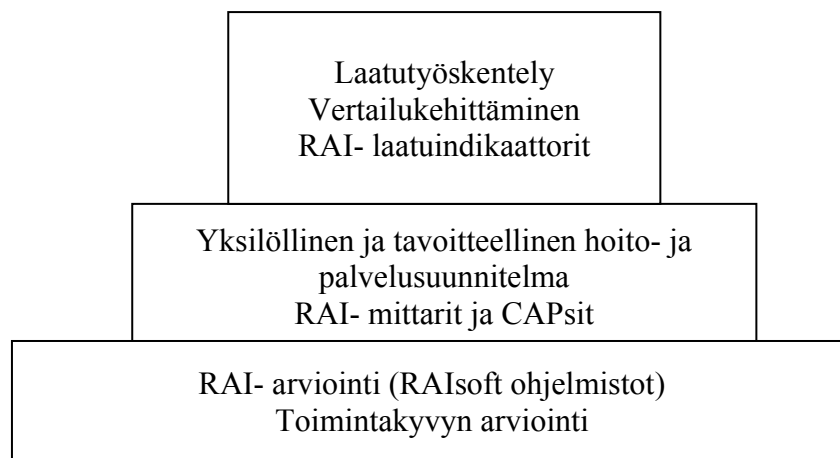
paremmin osallistumaan hoitoonsa ja heidän päätöksentekokykynsä huomioidaan. RAI-järjestelmän lähtökohtana on potilaan optimaalisen toimintakyvyn ja terveyden huomioiminen sekä arvioiminen. Sen avulla tuotetaan tietoa potilaan jäljellä olevista voimavaroista. Lisäksi järjestelmän avulla kiinnitetään huomiota potilaan riskitekijöihin. Riskien huomiointi on ennaltaehkäisevää toimintaa. Jos potilaan riskitekijöitä ei huomioida, riskit muuttuvat helposti ongelmiksi. RAI-järjestelmä takaa potilaan hoidon suunnittelun yksilöllisyyden ja voimavaralähtöisyyden. Kuviossa 2 on kuvattu RAI-järjestelmän hyödynnettävyyttä hoitotyön prosessin eri vaiheissa. RAI-järjestelmä edesauttaa potilaan omaisten osallistumista hoidon suunnitteluun. Se on omahoitajuuden ja tiimityön työväline potilaan toimintakyvyn arviointiin ja hoidon suunnitteluun. (Oy RAIsoft Ltd 2010c.)



KUVIO 2. RAI-järjestelmän käyttö hoitotyön prosessin eri vaiheissa. (Oy RAIsoft Ltd 2010b.)

RAI-järjestelmän käyttöönotossa on tärkeää asteittainen aloittaminen. RAI-tietojärjestelmän etenemisen tasot on esitelty kuviossa 3. Ensimmäinen vaihe sisältää järjestelmän käytön opettelun ja arviointitietojen tallentamisen järjestelmään. Toisessa vaiheessa siirrytään arviointitietojen hyödyntämiseen hoidon suunnittelussa RAI-

mittaristojen sekä CAPsien (Client Assessment Protocols) eli muistilistan tapaan käytettävän hoitosuunnitelman apuvälineen avulla. Kolmannessa vaiheessa RAI-järjestelmän hyödynnettävyys otetaan käyttöön laatutyöskentelyssä. Laatutyöskentelyyn alle kuuluvat vertailukehittäminen sekä RAI-laatuindikaattorit. RAI soveltuu myös erinomaisesti benchmarking-toimintaan, koska sen avulla voidaan tehdä järjestelmällistä vertailua yksilö-, laitos- ja kuntatasolla. RAI-järjestelmä mahdollistaa jatkossa benchmarking-toiminnan laajenemisen vanhustenhoidosta muihin RAI-järjestelmän osa-alueisiin, esimerkiksi mielenterveys ja akuuttihoiton osa-alueisiin. (Oy RAIsoft Ltd 2010b; Hallila 2005, 69.)



KUVIO 3. RAI-tietojärjestelmän etenemisen tasot. (Oy RAIsoft Ltd 2010c.)

InterRAI – mielenterveyshoito (interRAI Mental Health) on laaja-alainen ja vakioitu työväline, jonka avulla voidaan arvioida psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien potilaiden tarpeita, voimavaroja ja heidän hoitoaan koskevia valintoja. InterRAI MH on suunniteltu yhteensopivaksi muiden kansainvälisesti käytössä olevien pitkäaikaishoitoon, psykiatriseen akuuttihoitoon ja psykiatriseen avohoitoon tarkoitettujen interRAI-järjestelmien kanssa. Arviointijärjestelmien yhteensopivuus parantaa hoidon jatkuvuutta turvaamalla saumattoman arvioinnin yksiköstä toiseen siirryttäessä samalla kuin se edistää yksilökeskeistä hoito-otetta. (InterRAI MH © 2003–2006.)

InterRAI MH on kliiniseen käyttöön tarkoitettu hoidon arviointi- ja suunnittelujärjestelmä. Siihen kuuluu arviointilomake, jokaista osiota koskeva ohjeistus sekä sarja hoidon suunnittelussa auttavia mittareita ja CAPsejä (Client Assessment Protocols) eli muistilistan tapaan käytettäviä hoitosuunnitelman apuvälineitä. Arviointilomake koostuu 21 osiosta.

Työntekijä voi lomaketta apuna käyttäen arvioida potilaan toimintakyvyn keskeisiä alueita, somaattista ja psyykkistä terveyttä, saatavilla olevaa sosiaalista tukea ja palvelujen käyttöä. Päämääränä on käyttää tätä tietoa tunnistaakseen yksilöllisiä tarpeita ja asianmukaisia hoitotoimia. Arvioinnin pitäisi johtaa tarvittavan hoidon tuottamiseen. Potilaan vahvuuksien ja ongelma-alueiden arviointi voi olla avuksi, kun suunnitellaan ja aikataulutetaan hoitoja ja arvioidaan hoidon tuloksia. (InterRAI MH © 2003–2006.)

InterRAI MH:n tavoitteena on suorittaa potilaan laaja-alainen arviointi siten, että päämääränä on potilaan paras mahdollinen toimintakyky ja elämänlaatu, ruumiillisten ja psyykkisten ongelmien asianmukainen hoitaminen sekä itsenäisen toiminnan tason parantaminen. Tavoitteen saavuttamiseksi edellytetään sitä, että kehitetään potilaan ainutkertaisen elämäntilanteen mukaisesti räätälöity hoitosuunnitelma ja varmistetaan, että kaikkiin rajoittaviin tekijöihin pyritään vaikuttamaan tavoitteena potilaan paras mahdollinen elämänlaatu. (InterRAI MH © 2003–2006.)

InterRAI Psykiatrisen akuuttitilanteen arviointi (interRAI ESP) on vakioitu työväline, jonka avulla voidaan arvioida psykiatrisessa akuutti- tai kriisitilanteessa olevien henkilöiden tarpeita. InterRAI ESP on suunniteltu yhtäläillä yhteensopivaksi muiden kansainvälisesti käytössä olevien interRAI-järjestelmien kanssa kuin interRAI MH-järjestelmä. Arviointijärjestelmien yhteensopivuus parantaa hoidon jatkuvuutta turvaamalla saumattoman arvioinnin yksiköistä toiseen siirryttäessä samalla kun se edistää yksilökeskeistä hoito-otetta. (© InterRAI 2006, 3.)

InterRAI ESP on kliiniseen käyttöön tarkoitettu hoidon arviointi työkalu. InterRAI ESP on suunniteltu arvioimaan potilaan vaaraa itselle sekä muille ja ohjaamaan potilaita oikeanlaiseen hoitopaikkaan. Arviointilomake koostuu 13 osiosta, joiden pohjalta järjestelmä kokoaa yhdeksään mittaristoon pisteytykset. Lisäksi tässä työvälineessä osiot kuvaavat myös potilaan kykyä huolehtia itsestään. InterRAI ESP ei ole pelkästään potilasryhmän ominaisuuksia analysoiva arviointi eikä se välttämättä sisällä kaikkea hoitosuunnitelman laatimisessa tarvittavaa tietoa. On muistettava, että interRAI ESP on vain osa hoidon suunnittelua ja arviointia. (© InterRAI 2006, 3.)

InterRAI ESP:hen kuuluu arviointilomake ja jokaista osiota koskeva ohjeistus. Työntekijä voi lomaketta apuna käyttäen arvioida potilaan toimintakyvyn keskeisiä alueita, psyykkistä

terveyttä, saatavilla olevaa sosiaalista tukea ja vaaraa itselle ja muille. Arvioinnin tuloksia voidaan käyttää hoidon ja palvelujen tarpeen suunnittelun apuna ja sillä voidaan myös seurata potilaskohtaisesti saavutettuja tuloksia. (© InterRAI 2006, 3; Hirdes 2007; Luhta 2009.)

InterRAI ESP:n tavoitteena on suorittaa potilaalle laaja-alainen arviointi siten, että päämääränä on määrittää potilaan riskiä olla vaaraksi itselle tai muille sekä potilaan kyky huolehtia itsestään. Tähän tavoitteeseen päästäkseen se edellyttää arvioinnin tarkoituksen ja sellaisten psykiatristen, lääketieteellisten, toiminnallisten ja sosiaalisten kysymysten tunnistamista, jotka ovat ajankohtaisia ongelmia potilaalle. Tavoitteeseen pääseminen edellyttää potilaan vahvuuksien ja vahvojen puolien tunnistamista. (© InterRAI 2006, 6.)

Molemmat RAI-järjestelmät on suunniteltu psykiatrian ammattihenkilöiden käyttöön. RAI-arvioinnit edellyttävät suoraa kyselyä potilaalta sekä hänen läheisiltään, havainnointia, kommunikointia hoitohenkilökunnan muiden jäsenten kanssa sekä potilasasiakirjoihin tutustumista (© InterRAI 2006, 3.) Jotta edellä mainittuun tavoitteeseen päästään, edellyttää se arvioinnin tarkoituksen sekä sellaisten psykiatristen, lääketieteellisten ja sosiaalisten kysymysten tunnistamista, jotka ovat ajankohtaisia ongelmia tai ovat kehittymässä potilaalle merkittäväksi ongelmiksi. Tavoitteen saavuttamiseksi tulee tunnistaa myös potilaan vahvuudet. Nämä asiat edellyttävät hoitohenkilökunnalta sitä, että se yhdistää näkemänsä ja kuulemansa asian jokaiseen RAI-arvioinnin osioon niin akuutti- kuin pitkäaikaishoidon RAI:ssa, käyttäen apuna ammatillista arviointikykyä parhaalla mahdollisella tavalla. (InterRAI MH © 2003–2006.)

InterRAI MH -järjestelmä on otettu käyttöön Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelun kuntayhtymän psykiatrian osasto 16:lla vuonna 2006. InterRAI ESP on otettu käyttöön vuonna 2008 yhteistyössä RAISoft:in kanssa. RAI-järjestelmän pilotointi on ollut osa sekä Pohjanmaa-hanketta että ERVA-alueen kehittämishanketta. Osasto 16:lla on käytössä nämä molemmat interRAI-järjestelmät. Jokaiselle osastohoidossa olevalle potilaalle tehdään akuuttihoiton RAI-arviointi 24 tunnin kuluessa sisäänkirjauksesta. Lisäksi potilaille joiden hoidon tiedetään kestävän vähintään kolme viikkoa, tehdään pitkäaikaishoidon RAI-arviointi. (Luhta 2009.)

3 YHTEENVETO OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA

Psykiatrinen hoitotyö on moniammatillista tiimityötä, jossa korostuu omahoitajasuhde potilaan kokonaishoidossa. Omahoitajasuhde perustuu vuorovaikutukseen. Psykiatrisen hoitotyön taustalla ovat yhtäläillä hoitotyön arvot ja periaatteet, jotka ohjaavat hoitotyön toimintaa ja työntekijöiden työskentelyä. Sen tavoitteena on auttaa ja tukea ihmisten mielenterveyttä sekä edistää mielenterveyttä tukevien ratkaisujen löytämistä niin yksilö-, perhe- kuin yhteisötasolla. Sen keskiössä on potilas ja hänen selviytymisensä arjessa. (Rissanen 2007, 63; Kassara ym. 2005, 13; Hentinen 2009, 43.)

Psykiatrisessa hoitotyössä ei aina voida toteuttaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja hoidon vapaaehtoisuutta. Tällöin potilas voidaan määrätä hoitoon mielenterveyslain (1990/1116) nojalla. Tahdosta riippumaton hoito ja pakkotoimet vähentävät potilastyytyväisyyttä ja vaikuttavat myös hoidon suunnitteluun, hoitosuhteeseen sekä potilaan paranemisprosessiin. Potilaan tuntema häpeä ja leimaantumisen pelko vaikeuttavat ja hidastavat potilaan hoitoon hakeutumista ja tätä kautta hoidon suunnittelua ja toteutusta. (Finlex® 2010a; Hoikkala & Tuuttila 2009, 19; Inkilä ym. 2007.)

Psykiatrinen hoitotyö toteutuu hoitotyön prosessimallin mukaisesti joko avo- tai laitoshoidossa. Potilaan hoidon tarpeet määritellään, asetetaan tavoitteet, toteutetaan ja arvioidaan. Omahoitajalla on keskeinen rooli psykiatrisen potilaan hoidon koordinoinnissa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Osaksi psykiatrisen potilaan tilanteen kartoittamista on kehitetty toimintakyvyn arviointijärjestelmä, RAI-tietojärjestelmä. Tämän järjestelmän avulla voidaan potilaan tilannetta arvioida ja tuloksia hyödyntää yksilöllisessä ja tavoitteellisessa hoitotyön suunnitelmassa. RAI-järjestelmän käyttömahdollisuudet ovat moninaiset. RAI-järjestelmää voidaan käyttää hoitoneuvotteluissa yhteisen kielen luomiseksi. Sen avulla voidaan arvioida hoidon vaikuttavuutta yksilö ja osastotasolla. Lisäksi järjestelmää voidaan hyödyntää jatkohoidon suunnittelussa arvioitaessa toimintakykyä ja mahdollisia riskitekijöitä. (Pukuri 2002, 62; Oy RAISOFT Ltd 2010c.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää RAI-järjestelmän hyödynnettävyyttä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa. Tavoitteena oli, että henkilökunnan hoidon suunnittelusta tulisi RAI-tulosten avulla entistä systemaattisempaa sekä kokonaisvaltaisempaa. Hyvällä hoidon suunnittelulla tuetaan potilaslähtöistä, yksilöllistä, tavoitteellista ja laadukasta hoitoa.

Opinnäytetyöni toteutui yhteistyössä Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän psykiatrian tulosalueen psykiatrian osasto 16:den henkilökunnan kanssa.

Opinnäytetyöni tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä on psykiatrisen potilaan hyvä hoidon suunnittelu?
2. Miten RAI-järjestelmä ja sen tulokset vaikuttavat psykiatrisen potilaan hoidon suunnitteluun?
3. Miten RAI-järjestelmän tuloksia tulee hyödyntää aikaisempaa laaja-alaisemmin psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa?
4. Miten RAI-järjestelmän käyttöä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa tulee kehittää edelleen?

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän hoitotyön toiminta- ja laadunhallintasuunnitelmassa vuosille 2009–2011 on psykiatrian tulosalueen yhdeksi kehittämiskohteeksi nostettu psykiatrisen hoidon RAI:n käyttöönotto, koulutus ja osaamisen lisääminen. Opinnäytetyöni tukee osaltaan tätä kehittämiskohdetta. (Hautala-Jylhä 2008.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Toimintatutkimus

Toteutin opinnäytetyöni toimintatutkimuksena. Toimintatutkimus on Kurt Lewinin (1951) kenttäteorian ja ryhmädynamiikan pohjalta kehittynyt suuntaus, joka korostaa todellisuuden muuttamista osana tutkimusprosessia. Toimintatutkimuksella tarkoitetaan todellisessa maailmassa tehtävää pienimuotoista interventiota ja kyseisen intervention lähempää tutkimista. Sen avulla pyritään ratkaisemaan erilaisia käytännön ongelmia, parantamaan sosiaalisia käytäntöjä sekä ymmärtämään niitä. Se on tilanteeseen sidottua, yleensä yhteistyötä vaativaa, osallistavaa ja itseään tarkkailevaa. Toimintatutkimuksessa pyritään vastaamaan käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan tai kehittämään olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Sen avulla koko työyhteisö voi osallistua ongelman ratkaisemiseen. Tällöin kehittäminen ei jää irralliseksi osaksi osaston toimintaa, vaan se juurrutetaan osaksi osaston toimintatapaa. Siinä on kyse yleensä muutosprosessista, jonka vuoksi kaikkien toimijaosapuolien sitoutuminen kehitettävään asiaan on tärkeää. (Metsämuuronen 2000, 28–29; Kuusela 2005, 16; Heikkinen 2006, 16.)

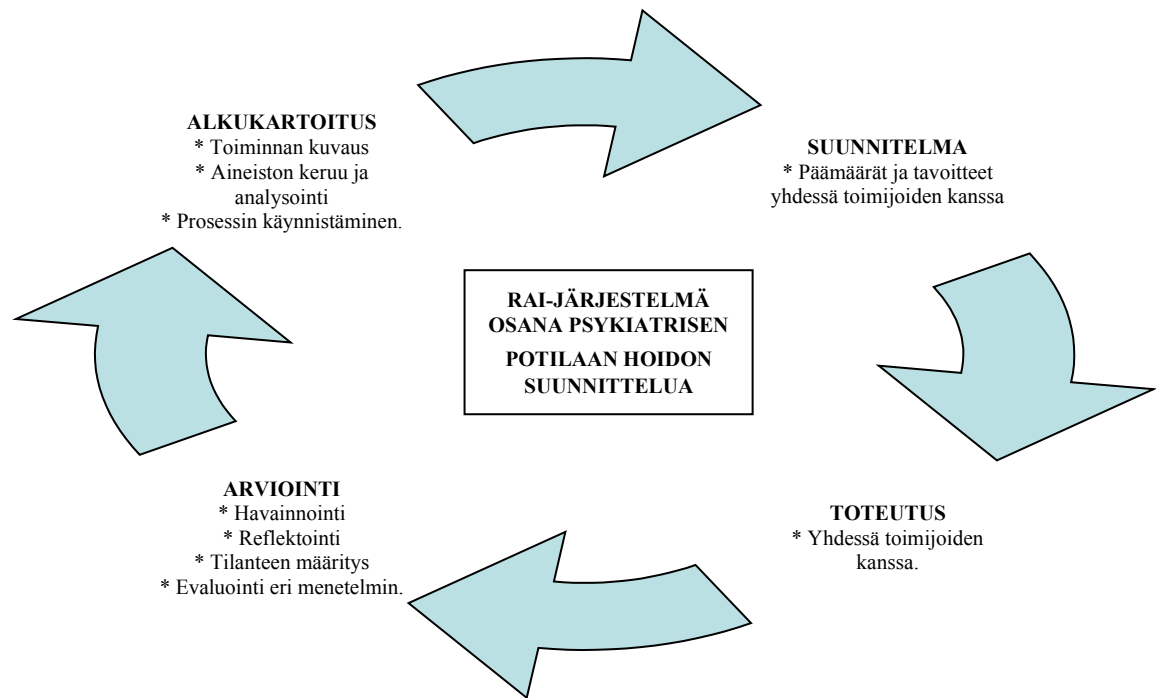
Opinnäytetyöni aihe nousi käytännön tilanteesta ja haasteista. RAI-järjestelmä on ollut käytössä Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän psykiatrian osasto 16:lla vuodesta 2006. Henkilökunta on sitoutunut RAI-arviointien tekemiseen, mutta RAI-tulosten hyödyntäminen hoidon suunnittelussa on minimaalista. Sen vuoksi valitsin RAI-järjestelmän hyödynnettävyyden hoidon suunnittelussa kehittämiskohteeksi. Kehittämiskohde oli käytännönläheinen ja koko työyhteisöä koskettava.

Tutkimuksessa mukana olevat ihmiset toteuttavat yhdessä täysivaltaisina jäseninä kehittämishanketta. Tällainen lähestymistapa edellyttää työyhteisöltä valmiutta muutokseen ja itsensä kehittämiseen. (Kiviniemi 1999, 64–65; Kuusela 2005, 32.) Opinnäytetyöni toimintatutkimukseen ja kehittämistyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista. Osaston työyhteisöön toimintatutkimuksellinen tapa sopi hyvin sen kehittämismyönteisyyden ja aktiivisuuden vuoksi.

Työyhteisön näkökulma ja yksilöiden aktiivinen toiminta yhteisönsä kehittämiseksi ja heidän osallistumisensa tutkimukseen korostuu useissa toimintatutkimusta määrittelevissä kirjoituksissa. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006; Toikko & Rantanen 2009; Kuusela 2005.) Opinnäytetyöni toimintatutkimuksellinen ote varmisti osaston henkilökunnan sitoutumisen kehittämistyöhön ja kokemuksen siitä, että kehittäminen on ohjattu heidän omien ammattikäytäntöjensä parantamiseen. Usein uusien ulkopuolelta tulevien toimintatapojen, koulutusten ja kehittämishankkeiden ongelmana on ollut, että ne tuntuvat jäävän irrallisiksi työyhteisön työstä ja aikaa käytännönkokeiluihin ei ole varattu riittävästi.

Toimintatutkimuksessa teoria ja käytäntö yhdistyvät. Toimintatutkimus edellyttää kokeilevia vaiheita, joissa käytäntö ja reflektio, mutta myös suunnittelu ja toteutus vuorottelevat. Toimintatutkimuksellista tiedontuotannon tapaa voidaan luonnehtia prosessimaiseksi. Toimintatutkimukselle on ominaista ennakoimattomuus ja arvaamattomuus. Sille ei voi tehdä täsmällistä tutkimussuunnitelmaa eikä sen tiedonhankinnan etenemistä voi tarkasti kuvata. Tutkimusongelmat muuntuvat ja täsmentyvät prosessissa. Aineistot ja menetelmät varmentuvat tutkimuksen edetessä. Tavoitteena on käytännön tiedon tuottaminen, joka pohjautuu vuorovaikutukseen. Toimintatutkimus on yleensä ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uusia toimintatapoja. (Toikko & Rantanen 2009, 29–30; Heikkinen 2006, 35; Kuusela 2005, 79.)

Opinnäytetyöni tutkimussuunnitelman tein väljäksi, koska toimintatutkimukselle on ominaista ennakoimattomuus ja arvaamattomuus. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää RAI-järjestelmän hyödynnettävyyttä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa. Tavoitteena oli, että henkilökunnan hoidon suunnittelusta tulisi RAI-tulosten avulla entistä systemaattisempaa ja kokonaisvaltaisempaa. Opinnäytetyöni muodostui yhdestä toimintatutkimuksen syklistä, johon sisältyivät suunnittelu, toteutus ja arviointi (KUVIO 5). Interventiot tapahtuivat RAI-työryhmän ja koulutuksen muodossa. Reflektointi oli jatkuvaa osaston henkilökunnan kanssa. Kehittämisprosessin ja reflektoinnin tärkeänä apuna oli tutkimuspäiväkirja, jossa olen analysoinut ja reflektoinut prosessin eri vaiheessa ilmeneviä omia ajatuksiani, työryhmän työskentelyn ilmapiiriä sekä koonnut yhteen työryhmän keskusteluissa tuottamaa aineistoa. Tutkimuspäiväkirjaan kirjattujen ajatusten ja havaintojen pohjalta suunnittelin kehittämisprosessin etenemistä vaihe vaiheelta eteenpäin.



KUVIO 5. Opinnäytetyöni toimintatutkimuksen sykli (mukailien Heikkinen 2006, 35).

Terveystieteissä toimintatutkimus katsotaan kuuluvan tutkivaan kehittämiseen. Tutkiva kehittäminen on terveystieteissä arkipäivää. Erittäin yleistä on, että kehittäminen organisoidaan toteutettavaksi määräaikaisena hankkeena, jonka tarkoituksena on saavuttaa etukäteen määritellyt tavoitteet tietyssä ajanjaksossa. Kehittämishanke ei ole mikä tahansa tehtävä vaan se poikkeaa monista muista toiminnan organisointitavoista, erityisesti päämääräsuuntautuneisuuden, väliaikaisuutensa ja ainutkertaisuutensa vuoksi. Kehittämisen toteuttaminen hankkeena lisää usein osallistujien työmotivaatiota, tarjoaa mielenkiintoisia haasteita, yksinkertaistaa ja tehostaa tiedonkulkua, mahdollistaa vastuun ja vallan jakamisen normaalista käytännöstä poiketen sekä kiinnittää huomion tuloksiin, eikä sääntöihin ja työruutiineihin. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 56.)

Opinnäytetyöni oli hoitotyön kehittämiseen liitettävä kehittämishanke, jonka määräaikaisuus määräytyi koulutukseni aikataulun myötä. Opinnäytetyöni kehittämishanke alkoi marraskuussa 2009 ja loppui huhtikuussa 2010. Toimintatutkimuksellinen ote mahdollisti osaston henkilökunnan osallisuuden opinnäytetyöni kehittämishankkeeseen.

5.2 Toimintaympäristö

Opinnäytetyöni toimintaympäristönä oli Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän psykiatrian osasto 16. Psykiatrian osasto 16 on suljettu psykiatrian osasto, jossa hoidetaan erilaisista mielenterveysongelmista kärsiviä aikuispotilaita. Osasto 16 vastaa pääasiassa skitsofreniaa sairastavien ihmisten hoidon ja kuntoutuksen tarpeen arvioinnista, suunnittelusta ja toteutuksesta silloin, kun avohoidon keinot ovat riittämättömiä. Osastolla toteutetaan myös skitsofreniapotilaiden kriisihoitajaksoja. Osastolla on 16 potilaspaiikkaa ja henkilökunta työskentelee kolmessa vuorossa. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä 2009.)

Hoito ja kuntoutus perustuvat potilaan edun mukaiseen yksilölliseen hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan, jota toteutetaan yksilövastuiseen hoitotyön periaatteiden mukaisesti. Omahoitajasuhteeseen sisältyy tukea antava hoitosuhde, jossa käytetään opetuksellisia ja ohjauksellisia menetelmiä sairauden hallinnan opettelussa. Muina hoitomuotoina käytetään erilaisia luovia ja toiminnallisia hoitomuotoja sekä yksilöllisesti että ryhmissä. Toiminnassa korostuu yhteistyö potilaan, tämän läheisten sekä palveluketjun muiden toimijoiden kanssa. (Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymä 2009.)

Osaston henkilökuntaan kuuluu kaikkiaan 24 henkilöä. Hoitohenkilökuntaa on 17, joista 11 on psykiatrista sairaanhoitajaa ja 6 mielenterveyshoitajaa, joista yhden työnkuva on toiminnallisuuteen ja potilaiden aktivointiin painottuva. Lisäksi osaston henkilökuntaan kuuluvat osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, sosiaalityöntekijä, osaston lääkäri ja sihteeri. Psykologin palvelut saadaan keskitettyjen palveluiden yksiköstä ja sairaala-apulaispalvelut ostetaan ISS:ltä. Myös psykiatrian sisäiset sijaiset ovat osa työyhteisöä. (Luhta 2010.)

Mielenterveyshoitajan toimiin kelpoisuusehtona on myös lähihoitajan tutkinto, jonka suuntautumisvaihtoehtona on mielenterveys- ja päihdetyö. Tällä hetkellä kaikki mielenterveyshoitajan toimessa olevat ovat joko mielisairaanhoitaja tai mielenterveyshoitajakoulutuksen käyneitä. Sairaanhoitajat ovat joko opistotason sairaanhoitajia, erikoissairaanhoitajakoulutuksen käyneitä tai ammattikorkeakoulun käyneitä sairaanhoitajia. Kaikki sairaanhoitajat ovat suuntautuneet psykiatriseen

hoitotyöhön. Työkokemus henkilökunnan kesken vaihtelee kahdesta vuodesta 35 vuoteen. (Luhta 2010.)

Osaston hoitohenkilökunnalla on monenlaisia lisäkoulutuksia, muun muassa yhteisöhoidon, perhe- ja verkostokeskeisen hoidon, hoitosuhdetyön, ryhmänohjaajan, kognitiivisen psykoterapian, evidenssin, ryhmädynamiikan, NLP:n koulutusta sekä esimies- ja johtamiskoulutusta. RAI-koulutus on kaikilla vakituisilla työntekijöillä sekä pidempiaikaisilla sijaisilla. Lisäksi kaikki lyhytaikaiset sijaiset perehdytetään RAI-järjestelmään sekä RAI-arviointien tekemiseen. (Luhta 2010.)

Opinnäytetyöni alkukyselyyn osallistui 18 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa, joista 12 oli psykiatrissa sairaanhoitajaa ja kuusi mielenterveyshoitajaa. Loppukyselyyn osallistui 15 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa, joista 10 oli psykiatrissa sairaanhoitajaa ja viisi mielenterveyshoitajaa. Molempien kyselyjen vastanneiden työkokemus vaihteli kahdesta vuodesta 35 vuoteen.

5.3 Aineiston keruu

Toteutin aineiston keruun kehittämisprosessin alussa ja lopussa avoimella kyselylomakkeella. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään etupäässä avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset ovat jollain tavalla rajattu vastaajan ajastusten suuntaan. Avoimet kysymykset ovat tarpeenmukaisia silloin, kun vaihtoehtoja ei tarkkaan tunneta. Niiden etuna on se, että vastausten joukossa voi olla hyviä ideoita ja uusia näkökantoja sekä varteenotettavia parannusehdotuksia. Toinen positiivinen puoli on mahdollisuus saada vastaajan mielipide selville perusteellisesti. Myös aineiston luokittelu- ja/ tai teemoittelu mahdollisuus on avointen kysymysten yksi eduista. Avoimille kysymyksille on tyypillistä se, että kysymykset on helppo laatia, mutta työläs käsitellä. Avointen kysymysten huono puoli on, että niihin helposti jätetään vastaamatta ja vastaukset ovat ylimalkaisia tai epätarkkoja. Aina vastaaja ei vastaa suoraan kysymykseen, vaan sen vierestä. Tällöin vastaukset ovat hedelmättömiä. (Parahoo 2006, 298–299; Vehkalahti 2008, 11; Heikkilä 2004, 49–50; Valli 2007, 124.)

Kyselytutkimuksessa tutkija esittää vastaajalle kysymyksiä kyselylomakkeen välityksellä. Kyselyn muoto vaihtelee tarkoituksen ja kohderyhmän mukaan. Avointen kysymysten suunnittelu edellyttää kirjallisuuteen perehtymistä, tutkimuskysymysten pohtimista, käsitteiden määrittelyä ja tutkimusasetelman valintaa. Kyselyä suunniteltaessa tulee ottaa huomioon myös se, miten aineisto käsitellään ja analysoidaan. On varmistettava, että tutkittava asia saadaan selvitettyä kysymysten avulla. Kysymysten tekemisessä eli muotoilussa tulee olla huolellinen, sillä ne luovat perustan tutkimuksen onnistumiselle. Saatekirje on kyselyn julkisivu. Se kertoo vastaajalle tutkimuksen perustiedot, mistä tutkimuksessa on kysymys, kuka tutkimusta tekee ja mihin tutkimustuloksia tullaan käyttämään. Saatekirjeen ja kyselylomakkeen avulla on tavoitteena saada luotua luottamuksellinen suhde tutkijan ja tutkittavan välillä. (Valli 2007, 102–103; Heikkilä 2004, 47–49; Vehkalahti 2008, 47.)

Opinnäytetyöni alkukyselyllä hain vastauksia tutkimuskysymyksiin ”Mitä on psykiatrisen potilaan hyvä hoidon suunnittelu?” ja ”Miten RAI-järjestelmä ja sen tulokset vaikuttavat psykiatrisen potilaan hoidon suunnitteluun?” Alkukysely koostui kuudesta avoimesta kysymyksestä (LIITE 3). Loppukyselyllä hain vastauksia tutkimuskysymykseen ”Miten RAI-järjestelmän käyttöä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa tulee kehittää edelleen?”. Loppukysely muodostui viidestä avoimesta kysymyksestä (LIITE 4). Muodostin kyselylomakkeiden kysymykset opinnäytetyön tutkimuskysymysten pohjalta.

Aineistoa voidaan kerätä tekemällä kysely isolle ryhmälle yhtä aikaa. Tätä on hyödynnetty esimerkiksi ihmistieteissä, kun kohderyhmä on kokoontuneena johonkin, kuten työpaikoilla työyhteisöihin. Tällöin tutkija menee tutkimukseen osallistujien luokse ja kerää aineiston heiltä. Yksi selkeä etu tällaisessa aineistonkeruumuodossa on, että siinä paikalla oleva tutkija voi tarkentaa kysymyksiä, mikäli hän huomaa, etteivät vastaajat ymmärrä kysymystä oikein tai jättävät kokonaan vastaamatta. Vastaavasti myös vastaajat voivat kysyä, jos eivät ymmärrä. Tällaisessa aineistonkeruussa kustannukset pysyvät matalina, koska tutkija tavoittaa kerralla useita tutkimukseen osallistujia. Samalla tutkija pystyy tarkkailemaan tutkimukseen osallistujia ja tekemään täydentävää aineistoa, mikäli niin haluaa ja mikäli siitä on hyötyä. (Valli 2007, 102,107.)

Opinnäytetyöni alkukyselyn toteutin osaston kehittämispäivällä. Kehittämispäivälle osallistui koko osaston henkilökunta. Tällä tavoin tavoitin koko hoitohenkilökunnan, joille

kyselyn olin tarkoittanut. Tiedotin kyselyni tarkoituksen ja tavoitteet osallistujille. Lisäksi kyselylomakkeessa oli saatekirje ohjeistukseksi kyselyyn vastaamista varten. Kyselyyn osallistujilla oli mahdollisuus tehdä tarkennuksia kyselyyn liittyen. Muistutin kyselyn vastaamisen olevan vapaaehtoista ja vastausten käsittelemisen luottamuksellista.

Kehittämisprosessin loppukyselyn toteutin siten, että henkilökunta vastasi kysymyksiin osastolla. Tiedotin kyselystä henkilökuntaa sähköpostilla sekä kirjallisella tiedotteella osaston ilmoitustaululla. Henkilökunnalla oli viikko aikaa vastata kyselyyn. Henkilökunta palautti kyselylomakkeet lukolliseen kaappiini osastolla.

5.4 Aineiston analyysi

Opinnäytetyöni aineiston analyysimenetelmäksi valitsin sisällönanalyysin, koska se soveltuu tekstimuotoisen aineistoni käsittelymuodoksi. Aineistolähtöinen laadullinen sisällönanalyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat. Induktiivisessa sisällönanalyysissä siirrytään konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen. Se on monivaiheinen prosessi, joka sisältää kokonaisuuden hahmottamisen ja sen yksityiskohtaisen analyysin. (Hsieh & Shannon 2005; Parahoo 2006, 390–391.) Opinnäytetyöni alku- ja loppukyselyn vastaukset analysoin induktiivista sisällönanalyysia mukailen. Sisällönanalyysia ohjasivat opinnäytetyöni tutkimuskysymykset.

Latvalan ja Vanhanen-Nuutisen (2001) mukaan sisällönanalyysi on hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tutkimusaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeästi esille. Se on menetelmä, jonka avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. Sisällönanalyysin tavoitteena on tuottaa aineiston avulla tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Se soveltuu tekstimuodossa olevan tutkimusaineiston sisällön ja rakenteen kuvaukseen. (Hsieh & Shannon 2005, 1279–1280; Kohlbacher 2006.) Tässä opinnäytetyössä tekstiaineisto tarkoitti alku- ja loppukyselyn vastauksia.

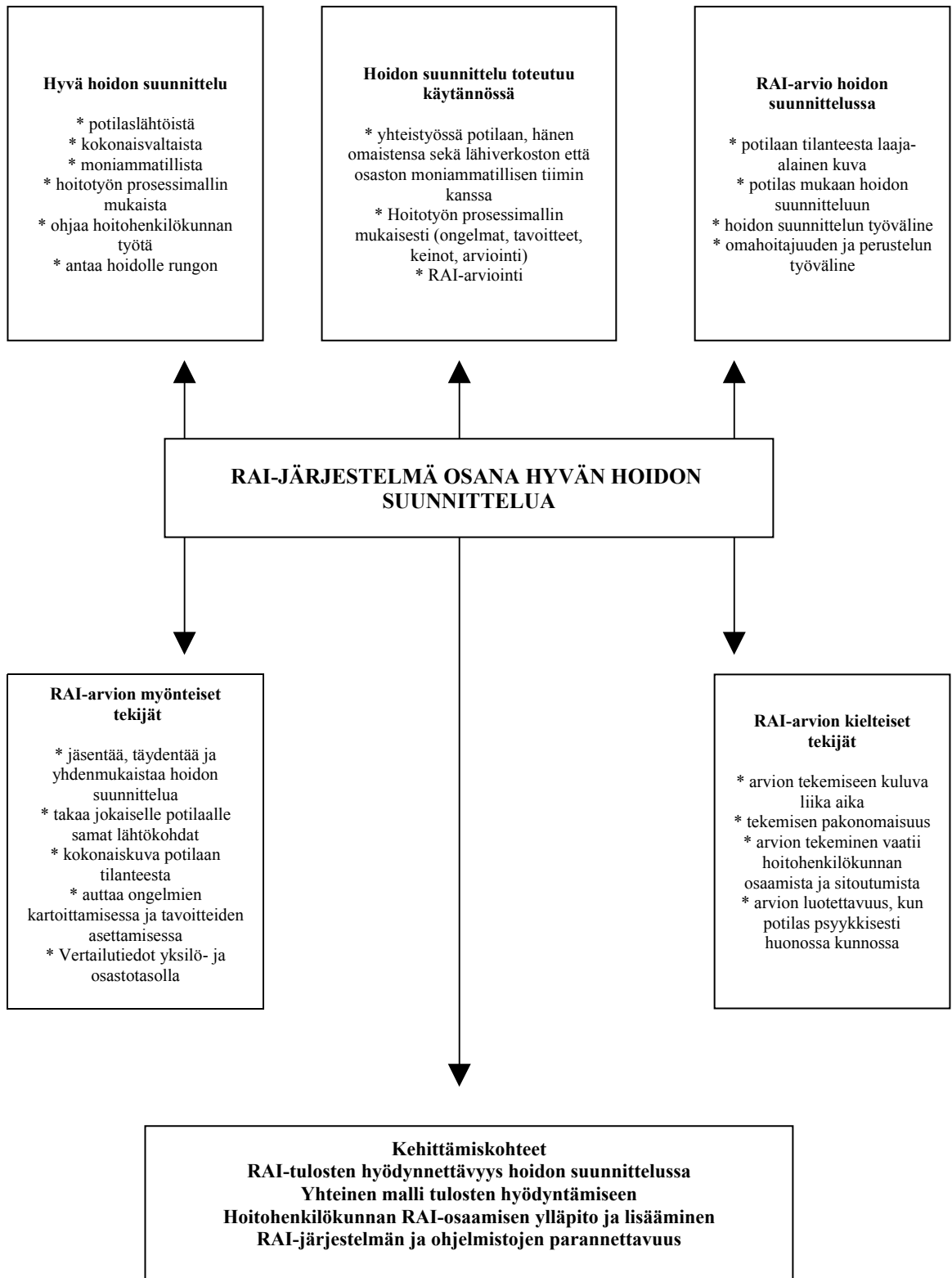
Induktiivisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen, jonka valintaa ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on yksi sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi olla myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikkö on pelkistämisen pohja. Pelkistettäessä analyysiyksikön ilmaukset tiivistetään siten, että niiden olennainen sisältö säilyy. Pelkistämisen tavoitteena on tiivistää aineistoa niin, että alkuperäisilmauksia ei toisteta suoraan. Seuraavaksi tiivistetyt ilmaukset ryhmitellään. Aineiston ryhmittely tarkoittaa sitä, että tutkija yhdistää pelkistetyistä asioista ne asiat, jotka kuuluvat yhteen. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorialle sen sisältöä kuvaava nimi. Aineisto ja tutkijan tulkinta ohjaavat yhdistämistä ja tähän vaiheeseen liittyy käsitteellistämistä. Analyysia jatketaan yhdistämällä samansisältöiset luokat eli kategoriat toisiinsa muodostaen yläkategorioita. Vähittäisen ryhmittelyn ja käsitteellistämisen avulla rakennettu synteesi antaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimuskysymyksiin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24; Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Juvakka & Isola 2008, 25; Parahoo 2006, 393–394.)

Opinnäytetyöni aineiston analysoinnin aloitin lukemalla kyselyjen vastaukset useaan kertaan läpi. Näiden lukukertojen jälkeen minulle muodostui kokonaiskäsitys aineistojen sisällöstä. Analyysiyksiköksi valitsin sanayhdistelmän tai lauseen. Seuraavaksi luin aineistot uudelleen ja alleviivasin aineistosta merkitykselliset asiat ja aihekokonaisuudet tulosten kannalta. Alleviivauksien ja lukukertojen jälkeen pelkistin aineistot niiden sisältöä kuvaavilla sanayhdistelmillä ja lauseilla tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti. Pelkistämisen jälkeen aloitin vastausten luokittelun. Vastaukset luokittelin siten, että samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistin yhteisen käsitteen alle. Ensimmäiseen luokitteluun muodostui useita alaluokkia. Tämän jälkeen luin aineistot uudelleen läpi, jonka jälkeen sain luokituksia tiivistettyä. Seuraavaksi tarkastelin muodostuneita alaluokkia ja etsin niiden sisältä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Muodostuneista samansisältöisistä alaluokista muodostin yläluokkia, jotka nimesin niiden sisältöä kuvaavilla sanoilla. Liitteissä 5 ja 6 on kuvattu kyselyaineistojen analyysin etenemistä esimerkin avulla.

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Nykyisen toiminnan kuvaaminen

Alkukyselyn vastausten pohjalta osaston henkilökunnan mielestä hyvä hoidon suunnittelu on potilaslähtöistä, kokonaisvaltaista, moniammatillista sekä hoitotyön prosessimallin mukaista. Hoidon suunnittelu ohjaa hoitohenkilöstön työtä ja antaa hoidolle rungon. Käytännössä hoidon suunnittelu pohjautuu näihin periaatteisiin. Hoidon suunnittelu toteutetaan yhteistyössä potilaan, hänen omaistensa sekä lähiverkoston että osaston moniammatillisen tiimin kanssa hoitotyön prosessimallin mukaisesti. Hoitotyön prosessimallin mukaisesti kartoitetaan ongelmat, asetetaan realistiset tavoitteet, määritellään keinot ja arvioidaan säännöllisesti. Hoidon suunnitteluun kuuluu osana RAI-arvioinnin tekeminen. RAI-arvioinnin avulla potilaan tilanteesta saa laaja-alaisen kokonaiskuvan. Sen avulla saa potilaan mukaan hoidon suunnitteluun. Se auttaa ongelmien kartoittamisessa ja tavoitteiden asettamisessa. RAI-arvio koetaan hoidon suunnittelun työkaluksi sekä omahoitajuuden että perustelun apuvälineeksi. Se antaa uutta näkemystä hoidon suunnitteluun. RAI-arvio koetaan positiivisena asiana. Se jäsentää, täydentää ja yhdenmukaistaa hoidon suunnittelua osastolla. Se takaa jokaiselle potilaalle samat lähtökohdat hoidolle. Sen avulla saadaan vertailutietoa niin yksilö- kuin osastotasolla. RAI-arvion kielteisenä puolena pidettiin sen tekemiseen kuluvaan aikaa ja pakonomaisuutta. Lisäksi RAI-arvion tekeminen vaatii henkilökunnalta ylimääräistä työtä sekä osaamista ja sitoutumista. Kielteisenä koettiin myös RAI-arvion kysymysten epäoleellisuus. Huolta nousi myös RAI-arvion luotettavuudesta, kun potilas on psyykkisesti huonossa kunnossa. Vastausten perusteella kehittämiskohteiksi nousivat RAI-järjestelmän, tulosten ja hoitohenkilökunnan RAI-osaamisen kehittäminen. Seuraavassa kuviossa on esitetty alkukartoituskyselyn tulokset sekä kehittämiskohteet (KUVIO 6).



KUVIO 6. RAI-järjestelmä osana hyvän hoidon suunnittelua osaston henkilökunnan kokemana.

6.2 Kehittämistyön suunnittelu ja käyttöönotto

Alkukyselyn (tutkimuskysymys 1 ja 2) vastaukset esitin osaston henkilökunnalle joulukuussa 2009. Vastauksien pohjalta kävimme keskustelua ja teimme yhteisen päätöksen kehittämiskohteesta. Kehittämiskohteeksi valitsimme yhteisen ohjeistuksen luomisen hoidon suunnitteluun, jossa hyödynnetään RAI-tuloksia. Tavoitteeksi asetimme RAI-tulosten hyödynnettävyyden lisäämisen hoidon suunnittelussa ja hoidon suunnittelun yhtenäistämisen. (KUVIO 6.)

Kehittämistyön suunnittelu tapahtui RAI-työryhmässä tammikuussa 2010. Osastolla on nimetty viiden henkilön RAI-työryhmä, jonka tehtävänä on kehittää RAI-järjestelmää. Asiantuntija työryhmä kokoontuu kerran kuukaudessa, jolloin pohditaan RAI-järjestelmään liittyviä ongelmia, tavoitteita ja kehittämisideoita. Tähän työryhmään minun lisäksi kuuluvat osastonhoitaja Ritva Luhta, apulaisosastonhoitaja Raija-Leena Rekilä, sairaanhoitaja Olli-Pekka Hylkilä ja mielenterveyshoitaja Jaana Aro.

RAI-työryhmän kokouksessa (LIITE 7) tammikuussa 2010 keskustelimme RAI-tulosten hyödynnettävyydestä ja yhdistämisestä hoidon suunnitteluun. Tavoitteena oli luoda selkeä ohjeistus RAI-tulosten hyödynnettävyydestä hoidon suunnittelussa. Ohjeistus mahdollistaa RAI-tulosten entistä laaja-alaisemman hyödyntämisen hoidon suunnittelussa. Ohjeistuksen rakentamisessa käytimme aikaisempaa hoitosuunnitelmakaavaketta. Muokkasimme hoitotyön suunnitelmalomaketta ja lisäsimme siihen kohdan, jossa hoitotyön suunnitelma pohjautuu RAI-arviointiin (LIITE 8). Kehittämisen taustalla oli hoitotyön prosessi malli.

Henkilökunta perehdytettiin uuteen ohjeistukseen helmikuussa 2010. Pidin henkilökunnalle sisäistä koulusta, joiden tavoitteena oli perehdyttää sekä opastaa henkilökunta uuteen hoitotyön suunnitelmakaavakkeeseen, johon RAI-tulokset oli liitetty. Koulutuksia oli kaksi, joihin kaikkiaan osallistui henkilökunnasta 13 henkilöä, joista 7 oli sairaanhoitajaa ja 6 mielenterveyshoitajaa. Näiden sisäisten koulutusten jälkeen uusi ohjeistus otettiin käyttöön osastolla helmikuussa 2010. Tiedotin sen käyttöönotosta henkilökuntaa sisäisten koulutusten yhteydessä sekä kirjallisilla ohjeilla.

Kehittämistyön tueksi Oy RAIssoft Ltd:ltä ostettiin koko henkilökunnalle koulutuspaketti ”RAI-tulosten hyödynnettävyys hoidon suunnittelussa”. Koulutuksessa käytiin läpi RAI-

mittareita ja CAPsejä, joiden avulla RAI-tulokset saadaan liitettyä mukaan hoidon suunnitteluun. Lisäksi koulutuksessa esiteltiin kehittämistyön tuloksena luotu ohjeistus hoidon suunnittelusta RAI-tulosten pohjalta.

6.3 Kehittämisen prosessin arviointi

Opinnäytetyöni loppukyselyssä (tutkimuskysymys 4) selvitin osaston henkilökunnan kokemuksia RAI-järjestelmän hyödynnettävyydestä hoidon suunnittelussa sekä kehittämistyön vaikutuksia heidän työhönsä ja työyhteisöönsä.

Henkilökunta kuvasi RAI-järjestelmän olevan hyvä ja tarpeellinen hoidon suunnittelun apuväline, jonka käyttöön he ovat sitoutuneita. Sen avulla hoidon suunnittelu on kattavaa ja kokonaisvaltaista sekä suunnittelusta tulee potilaslähtoisempää ja voimavarakeskeisempää. Henkilökunta kuvasi RAI:n selventävän potilaan hoidon suunnittelua. He kokivat RAI-järjestelmän olevan käytännönläheinen ja antavan myös runsaasti tietoa potilaasta. RAI-järjestelmän mittareiden ja CAPSien avulla potilaan ongelmien ja tavoitteiden määrittäminen ovat selkiytyneet. Henkilökunta kuvasi RAI-järjestelmän antavan hyödyllistä tietoa käytännön hoitotyön tueksi. Vaikkakin vastausten pohjalta RAI kuvataan kovin positiivisena, myös kielteisiä asioita vastauksista nousi esille. Pieni osa henkilökunnasta kuvasi RAI:n toimivan heikosti. He kokivat tekevänsä kaksinkertaisen työn, kun tekevät RAI-arvion ja hoitotyön suunnitelman. Lisäksi he kritisoivat RAI-järjestelmän kysymysten sisältöä ja sen tekemiseen laadittuja aikatauluja. He kokivat RAI-arvion tekemisen ”pakkopullana” ja potilaan kuulustelemisena.

Kehittämistyön tuloksena tehtyyn ohjeistukseen henkilökunta oli tyytyväinen. Henkilökunta kuvasi sen vaikuttaneen positiivisesti hoidon suunnitteluun. Ohjeistuksen avulla hoidon suunnittelusta on tullut kokonaisvaltaisempaa, potilaslähtoisempää ja järjestelmällisempää. Sen avulla hoidon suunnittelu on selkiytynyt. Siitä on tullut luotettavampaa ja evidenssiin perustuvaa. Sen avulla hoidon suunnitteluun on saatu liitettyä mukaan RAI-arvio ja sen tulokset.

Kehittämistyön avulla hoidon suunnittelua on saatu yhtenäistettyä. Hoitotyön suunnitelmat ovat selkeämpiä, joka helpottaa tiedon hankintaa ja asioiden raportoimista. Hoitotyön

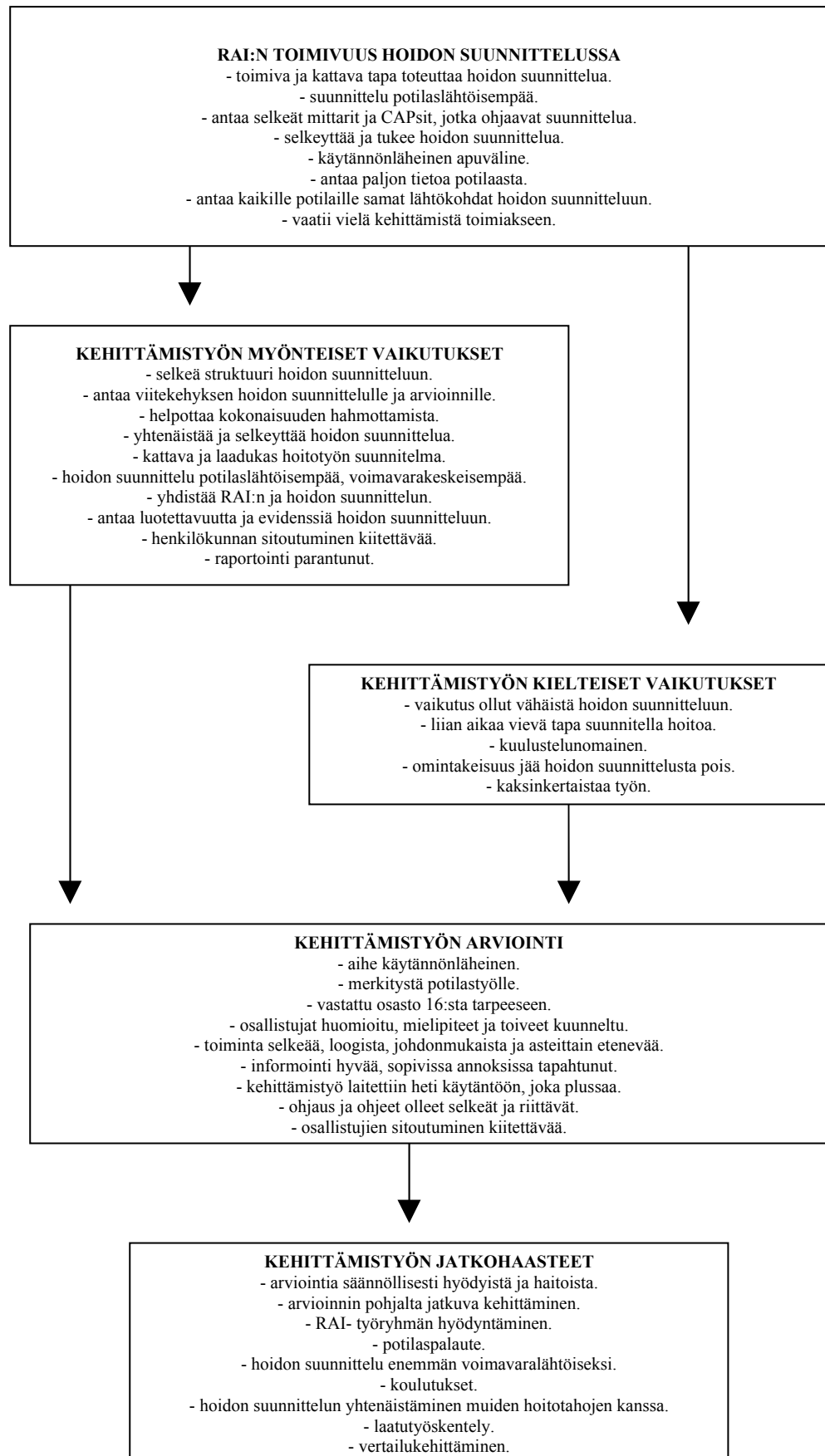
suunnitteluun on tullut yhtenäinen käytäntö, johon kaikki ovat sitoutuneet. Kehittämistyön avulla hoidon suunnitteluun on saatu selkeä runko ja yhtenäiset käsitteet. Henkilökunta kuvasi myös kehittämistyön vähäistä vaikutusta johtuen ohjeistuksen ja mallipohjan lyhyestä käyttökokemuksesta.

Henkilökunta koki tärkeänä kehittämistyön arvioinnin ja kehittämisen myös tulevaisuudessa. Heidän mukaansa arvioinnin tulisi olla säännöllistä. Tärkeätä olisi huomioida potilaiden näkemys uuden mallin toimivuudesta. Henkilökunta kuvasi myös jatkuvan reflektoinnin auttavan hoidon suunnittelun kehittämistä tulevaisuudessa. He kuvasivat myös RAI-työryhmän aseman olevan tärkeä arvioinnin toteuttamisessa ja kehittämisideoiden eteenpäin viemisessä. Kehittämistyön toimivuuden uutta arviointia toivottiin myöhäisemmässä vaiheessa uudelleen, jotta ohjeistus olisi ollut käytössä pidempään. Tällöin pystyttäisiin arvioimaan sen hyödyt ja haitat paremmin. Jatkokehittämishaasteina kuvattiin hoidon suunnittelun konkretisoitumista, selkeytymistä ja tarkentumista RAI-järjestelmän ja sen käyttökokemuksen mukana. Henkilökunta piti tärkeänä kehittämisen kannalta koulutuksia, joilla tuetaan RAI-järjestelmän käyttöä sekä tulosten hyödyntämistä hoidon suunnittelussa. Kehittämishaasteeksi he kuvasivat myös hoidon suunnittelun yhtenäistämisen eri hoitotahojen kanssa, RAI:n vaikutuksen laatutyöskentelyyn ja RAI:n vertailukehittämisen.

Pieni osa henkilökunnasta toivoi paluuta entiseen toimintamalliin hoidon suunnittelussa, jolloin hoidon suunnittelu perustui potilaan haastatteluun ilman RAI-arviointia. He kokivat, että RAI-arviointi lisää työtä ja antaa epäluotettavia tuloksia. He toivoivat RAI:n olevan erillinen osa hoidon suunnittelussa. He toivoivat itse RAI-järjestelmän kehittämistä psykiatristen potilaiden hoidon suunnitteluun sopivammaksi.

Kehittämisprosessista saamani palaute oli kannustavaa ja myönteistä. Henkilökunta oli tyytyväinen opinnäytetyöni aiheen käytännönläheisyyteen ja sen merkitykseen potilastyölle. Työntekijät kokivat tulleen kuulluksi ja huomioduksi kehittämistyön suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Henkilökunta koki yhteistyön sujuneen hyvin. Kehittämistyön työntekijät kuvasivat edenneen suunnitellusti, loogisesti ja johdonmukaisesti. He kokivat saaneensa riittävästi informaatiota kehittämistyön tarkoituksesta, tavoitteista, heidän roolistaan ja kehittämisprosessin etenemisestä. Henkilökunta koki ohjauksen ja ohjeiden olleen selkeät ja riittävät. Erityisen positiivisena

pidettiin kehittämistyön nopeaa käytäntöön viemistä ja sen testaamista. Työntekijät kokivat käytännön opettavan toimimaan uuden ohjeistuksen mukaisesti. Henkilökunta koki tärkeänä opinnäytetyöni kehittämistyön ja sen tulokset. Työntekijät kuvasivat saavansa tällä tavoin tutkittua tietoa käytännön hoitotyön tueksi. Tutkijan roolistani saamani palaute oli positiivista. Toimintaani kuvattiin selkeäksi, ytimekkääksi ja johdonmukaiseksi. Olen huomionnut kehittämisprosessin aikana henkilökunnan mielipiteet ja toiveet sekä toiminut kehittämistyön eteenpäin viejänä. Seuraavassa kuviossa on esitetty loppukyselyn tulokset ja jatkokehittämishaasteet (KUVIO 7).



KUVIO 7. Kehittämistyön arviointi ja jatkokehittämishaasteet osaston henkilökunnan kuvaamana.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön tulosten ja kehittämisprosessin pohdinta

Pohdin opinnäytetyöni tuloksia sekä kehittämisprosessia yhdessä, koska ne nivoutuvat tiiviisti yhteen. Opinnäytetyöni oli työelämälähtöinen kehittämisprosessi, jonka tarkoituksena oli kehittää RAI-järjestelmän hyödynnettävyyttä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa. Tavoitteena oli, että henkilökunnan hoidon suunnittelusta tulisi RAI-tulosten avulla entistä systemaattisempaa ja kokonaisvaltaisempaa.

Psykiatrinen hoitotyö nähdään edelleen häiriö- ja ongelmakeskeisenä toimintana. Aspinwallin ja Staudingerin (2006) mukaan psykiatrisen hoitotyön haasteena on kehittää toimintaa potilaan voimavaroja ja vahvuuksia huomioivaksi. Heidän mukaansa tätä haastetta voitaisiin kehittää hoitoprosessin suunnittelulla ja toteutuksella niin että keskeisenä ovat potilaan voimavarat ja vahvuudet. Latvalan (1998) mukaan psykiatrisen hoitotyön tavoitteena on positiivinen muutos, joka määrittellään potilaan tarpeista ja voimavaroista käsin. Opinnäytetyöni kehittämisprosessi on omalta osaltaan tukenut potilaan hoidon suunnittelun sekä toteutuksen muuttamista voimavarakeskeisemmäksi.

Hoidon suunnittelun tulee lähteä potilaan yksilöllisistä tarpeista. Tärkeää on huomioida potilaan tarpeet ja voimavarat kokonaisvaltaisesti. Potilaan voimavarojen löytyminen ja tarpeiden tunnistaminen vaativat aina potilaan kokemuksesta lähtevää potilaan ja hoitajan välistä tavoitteellista yhteistyötä. Tässä yhteistyössä korostuu molemminpuolinen asiantuntijuus, jossa potilas on aktiivinen toimija ja oman elämänsä asiantuntija. Hoitajan asiantuntijuus näkyy hoitotyön osaamisessa, vuorovaikutustaidoissa ja potilaan kohtaamisessa. Hyvä hoidon suunnittelu on kulmakivi koko potilaan hoitoprosessille. (Aspinwall & Staudinger 2006; Koivisto 2003.)

Opinnäytetyöni alkukyselyn tulosten perusteella osaston henkilökunnalla on valmiudet toteuttaa potilaslähtöistä, voimavarakeskeistä ja kokonaisvaltaista hoidon suunnittelua yhteistyössä potilaan kanssa. Toteutuuko psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu käytännön hoitotyössä kuitenkin näin? Mielestäni tilanne on ristiriitainen. Osastolla potilaan kanssa tarpeiden määrittäminen tapahtuu yhteistyössä. Tähän osaltaan vaikuttaa

RAI-arviointi, joka tapahtuu potilasta haastattelemalla. RAI-järjestelmän avulla saadaan kartoitettua potilaan voimavarat, ongelmat ja riskit hänen kanssaan. Tämän jälkeen kuitenkin hoidon suunnittelu muuttuu hoitajalähtöiseksi, jolloin hoitajat ja osaston tiimi miettivät tavoitteita ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. RAI-järjestelmän tuloksien läpikäyminen potilaan kanssa jää taka-alalle. Tähän tulisi tulevaisuudessa kiinnittää erityistä huomiota. Potilaan sitoutuminen hoitoon paranisi, jos tavoitteet ja keinot olisivat hänen kanssaan yhteistyössä sovittuja. Mielestäni tällä tavoin vahvistettaisiin potilaan asemaa myös hoidon suunnittelussa sekä toteutuksessa. Mielestäni on tärkeää muista, että psykiatrinen potilas on oman elämänsä asiantuntija. Potilaan aseman vahvistamisella tuettaisiin myös potilaan positiivisten kokemusten vahvistamista ja tätä kautta hänen mielenterveytensä edistämistä.

Opinnäytetyön kehittämisprosessin tuloksena syntynyt ohjeistus RAI-järjestelmän hyödynnettävyydestä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa vahvistaa potilaiden osallisuutta hoidon suunnittelussa ja heidän voimavarojensa esille nostamista. Hoidon suunnittelu pohjautuu potilaan voimavaroihin, ongelmiin ja mahdollisiin riskeihin. Mielestäni voimavarojen nostaminen hoidon suunnitteluun tukee osaltaan hoitotyön muuntumista voimavaralähtöisemmäksi. Koiviston (2003) mukaan on tärkeää muistaa, että jokaisella potilaalla on arvokkaita voimavaroja, joiden vahvistaminen tulisi olla hoidon suunnittelun kulmakivenä. Voimavarojen vahvistamisen kautta potilaan itseluottamus voisi kasvaa, joka osaltaan tukisi potilasta mielenterveyteen liittyvissä vaikeuksissa.

Uusi ohjeistus edistää RAI-tulosten läpikäymistä potilaan kanssa, jotta RAI-tulosten pohjalta voidaan asettaa tavoitteet ja keinot. Tämä osaltaan edistää potilaan vaikutusmahdollisuuksia hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa. Tämä tukee psykiatrisen hoitotyön peruslähtökohtaa, johon kuuluvat potilaan itsemääräämisoikeus ja hänen toiveidensa ja mielipiteidensä kunnioittaminen (Noppari ym. 2007, 113).

Opinnäytetyön loppukyselyn tulokset osoittavat osaston hoidon suunnittelun muutoksen sekä kehittämisprosessin vaikutukset. Loppukyselyn tuloksista on havaittavissa muutos potilaslähtöisempään, voimavarakeskeisempään ja kokonaisvaltaisempaan psykiatrisen potilaan hoidon suunnitteluun. RAI-järjestelmän tuloksien läpikäyminen potilaan kanssa on lisääntynyt. Osaltaan RAI-järjestelmän tuloksia käsitellään enemmän myös raporteilla,

joka tukee henkilökunnan osaamisen lisäämistä sekä myönteisen ilmapiirin luomista RAI-järjestelmää kohtaan.

Loppukyselyn tuloksien mukaan opinnäytetyön tavoite saavutettiin. Osaston hoidon suunnittelu yhtenäistyi ja selkiytyi. Henkilökunnan hoidon suunnittelusta tuli systemaattisempaa uuden ohjeistuksen tukemana. Tämä tukee osaltaan sosiaali- ja terveydenhuollolle asetettuja tavoitteita hyvien käytäntöjen vahvistamisesta sekä toimintatapojen yhtenäistämistä (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011; Mielenterveys ja päihde suunnitelma - Mieli 2009). Tulevaisuuden psykiatrinen hoitotyö tarvitsee tuekseen selkeitä ja konkreettisia työvälineitä, joilla pystytään vastaamaan tulevaisuuden potilaiden tarpeisiin ja työelämän haasteisiin. Mielestäni RAI-järjestelmä sekä uusi ohjeistus omalta osaltaan tukevat tulevaisuuden hoitotyön tarpeisiin vastaamisesta.

Loppukyselyn perusteella voin todeta, että RAI-järjestelmä on konkreettinen apuväline psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelussa. Noron (2005) mukaan RAI-järjestelmä on hoitajan työväline, joka auttaa arvioinneista saadun palautteen avulla henkilökuntaa kehittämään omaa työtään ja seuraamaan toimintansa vaikuttavuutta sekä yksilö- että osastotasolla asiakaspohjaiseen tietoon perustuen. Sen avulla voidaan tukea psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelun voimavaralähtöisyyttä, potilaslähtöisyyttä ja kokonaisvaltaisuutta. Mielestäni kehittämisprosessin tuloksena syntyneellä ohjeistuksella ja sen mukanaan tulleella yhtenäisellä hoidon suunnittelulla on selvä yhteys potilaan hoidon hyvään laatuun.

Tulevaisuudessa on tärkeää arvioida ohjeistuksen toimivuutta ja kehittää sitä arvioinnin tulosten pohjalta. Henkilöstön osaamista on ylläpidettävä ja kehitettävä, jotta ohjeistuksen mukaista toimintaa voidaan tukea. Tässä esimiehellä on tärkeä rooli kannustaa ja motivoida henkilöstöä avoimesti keskustelemaan ohjeistuksen toimivuudesta, sen tarvitsemasta osaamisesta ja jatkokehittämisestä. Esimiehen vastuulla on tukea työyhteisön muutosprosessien onnistumista ja läpiviemistä.

Opinnäytetyöni oli työelämän kehittämisprosessi, jonka tarkoituksena oli kehittää RAI-järjestelmän hyödynnettävyyttä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa. Kehittämistoiminta on keino työyhteisön tietoiseen kehittämiseen. Kehittämisellä

tarkoitetaan uudistamista, joka ilmenee rakenteissa, toimintatavoissa, johtamisessa ja henkilöstössä. Toimintoja ja niiden sisältöjä on kehitettävä niiden ihmisten kanssa, joita ne koskettavat. Onnistuneella kehittämistoiminnalla on selvä yhteys työyhteisön perustehtävään. (Paasivaara, Suhonen & Nikkilä 2008, 19; Immonen 2005, 7.) Opinnäytetyöni kehittämisprosessin onnistumiseen vaikuttivat vahvasti aiheen käytännönläheisyys ja yhteys perustehtävään. Lisäksi kehittämistyö toteutui henkilökunnan kanssa, jota kehittäminen kosketti. Kehittämistyö oli suunniteltua ja harkittua yhteistoimintaa paremman hoidon suunnittelun tukemiseksi.

Onnistuneen kehittämistoiminnan edellytyksenä pidetään johdon tukea ja henkilöstön aitoa sitoutumista. Onnistunut kehittämistoiminta edellyttää työyhteisön tuntemista, sen prosessien ja kokonaisuuksien hallintaa sekä kykyä arvioida omaa johtamistyöskentelyä suhteessa yhteisöön. Se edellyttää kykyä ja halua olla avoimessa ja jatkuvassa vuorovaikutuksessa työyhteisön jäsenten kanssa. (Paasivaara ym. 2008, 12, 21–22; Stenvall & Virtanen 2007, 65–67.) Osastonhoitajan ja henkilökunnan sitoutuminen kehittämistyöhön oli kiitettävää. Henkilökunnan sitoutuminen kehittämisprosessiin edesauttoi prosessin suunnittelua ja eteenpäin viemistä. Henkilökunnan mukaan kehittämisprosessin sitoutumiseen vaikutti se, että sillä vastattiin heidän tarpeeseensa saada RAI-järjestelmä osaksi potilaiden hoidon suunnittelua. Kehittämisprosessin hyötynä oli selkeästi henkilökunnan mielestä aiheen konkreettisuus ja kehittämisprosessin tuloksena syntynyt konkreettinen ohjeistus eli RAI-tulosten hyödyntäminen psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelussa.

Kehittämisprosessissa kyse on samalla muutoksen johtamisesta. Kehittämisprosessin onnistumiseen vaikuttaa keskeisesti sen johtaminen. Muutosjohtaminen on systemaattinen tapa hallita ja viedä muutosta eteenpäin. Se on työyhteisön johtamista kohti parempaa tulevaisuutta. Muutosjohtajuuden tulee pohjautua avoimeen kommunikaatioon ja luottamukseen sekä suosia osallistuvuutta. Luottamus on muutosjohtajan työkalu, joka mahdollistaa avoimen kommunikaation. Muutosjohtajan luottamusta kasvattaa hänen pyyteetön toimintansa, ammattitaitonsa sekä toiminnan johdonmukaisuus ja lupauksen pitäminen. Muutosjohtajan tulee olla tietoinen työyhteisön arkitodellisuudesta. Hänen on oltava läsnä, kannustaa, innostaa ja hälventää pelkoja työyhteisössä. Hän voi omalla esimerkillään edistää muutosta ja kehittämistä. (Paasivaara ym. 2008, 21–22; Tammi 2008, 12; Stenvall & Virtanen 2007, 78, 88.)

Oma kokemukseni psykiatrisesta hoitotyöstä sekä RAI-tietoisuus tukivat omalta osaltaan kehittämisprosessin onnistumista. Minulla oli selkeä kuva osaston toiminnasta ja mahdollisuuksista kehittämistoiminnassa. Mielestäni osastolla ja sen henkilökunnalla oli hyvät valmiudet osallistua kehittämisprosessiin ja tällä tavoin vaikuttaa sen onnistumiseen. Heillä oli vankka kokemus psykiatristen potilaiden hoitotyöstä sekä RAI-järjestelmän käytöstä. Heillä itsellään oli selkeä visio, jota he odottivat kehittämisprosessiltani. He halusivat saada psykiatristen potilaiden hoidon suunnitteluun RAI-tulokset mukaan, jolloin potilaiden hoidon suunnittelu paranisi. Mielestäni osasto oli avoin uusille haasteille ja kehittämiselle. Työyhteisössä vallitsee avoin ilmapiiri, jossa asioita käsitellään reflektiivisesti.

Itselläni oli koko kehittämisprosessin ajan, alusta loppuun saakka hyvin selkeänä kehittämisprosessin eteneminen, sen tavoitteet, sen tuoma hyöty ja oma roolini. Aiheen käytännönläheisyys ja tarkka rajaaminen tukivat kehittämisprosessin eteenpäin viemistä. Itselläni oli vahva luottamus kehittämisprosessin osallistujiin ja heidän asiantuntijuuteensa ja osaamiseensa. Luotin ja uskoin alusta asti kehittämisprosessin tuottavan jotain hyvää siihen osallistujille, työyhteisölle ja mahdollisesti koko psykiatriselle hoitotyölle. Roolini kehittämisprosessissa oli kaksijakoinen. Olin kehittämistoiminnan aktiivinen eteenpäin viejä, jolla oli vahva koko työyhteisön tuki takanaan. Minun toimintaani ja kykyihini uskottiin ja luotettiin. Toisaalta olin kehittämistoiminnassa aktiivinen osallistuja, joka omalla panoksellaan sekä innostuksellaan vaikutti kehittämistyön onnistumiseen.

Kehittämistoiminnan yhteydessä puhutaan myös osaamisen kehittämisestä ja sen lisäämisestä, koska kehittämistoiminta tähtää muutokseen ja muutos vaatii uuden oppimista. Osaamisen kehittäminen perustuu selkeään ja yhteisesti ymmärrettyyn strategiaan ja tältä pohjalta muodostettuun näkemykseen tarvittavasta kehittämisestä. Osaamisen kehittäminen on työyhteisössä työntekijöiden ja esimiesten yhteinen projekti. Osaamisen jakaminen ja sen hyödyntäminen edesauttaa koko työyhteisöä jaksamaan vaativien haasteiden edessä hoitotyössä. Hoitotyön laatu perustuu moniammatillisen yhteistyön tulokseen. (Viitala 2007, 170; Muurinen & Luoma 2007.)

Osaston henkilökunnan asiantuntijuutta ja osaamista hyödynnettiin kehittämisprosessin eteenpäin viemisessä. Heillä oli tietoon, kokemukseen ja intuition liittyvää tietoa psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelusta sekä RAI-järjestelmän käytöstä, joka oli

ensiarvoisen tärkeää kehittämisprosessin kannalta. Osaltaan heidän osaamistaan kartoitettiin kehittämisprosessin alkukyselyssä psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelun ja RAI-järjestelmän toimivuuden osalta. Loppukyselyssä heidän osaamistaan kartoitettiin arvioinnin ja palautteen antamisen muodossa. Henkilökunnan osaamista lisättiin interventioina tapahtuneiden sisäisten koulutusten ja Oy RAIsoft Ltd:ltä ostetun koulutuksen muodossa. Koulutuksissa lisättiin henkilökunnan RAI-tietoutta ja sen hyödynnettävyyttä psykiatrisen potilaiden hoidon suunnittelussa.

Minun näkökulmastani henkilökunnalle kehittämisprosessi oli vahva osoitus heidän asiantuntijuudestaan ja kehittämisen halustaan. Uusi ohjeistus on henkilökunnalle palkinto siitä prosessista, jonka ansioista RAI saatiin osaksi psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelua. Henkilökunnan osallistuminen, heidän asiantuntijuutensa ja osaamisensa esiin nostaminen sekä työyhteisölähtöinen kehittäminen tekivät tästä prosessista heidän omansa. Henkilökunnan panoksen kautta RAI-tulosten hyödyntäminen psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa on totta. Ohjeistuksen avulla hoidon suunnittelusta tuli potilaslähtöisempää, tavoitteellisempää ja kokonaisvaltaisempää sekä hoidon suunnittelun käytäntö yhtenäistyi.

Tämän opinnäytetyön tekeminen oli haasteellista, mutta myös mielenkiintoista ja opettavaista. Olen saanut valmiuksia tulevaisuuden kehittämishankkeiden ja muutosprosessien läpiviemiseen ja johtamiseen. Opinnäytetyön kautta oma osaaminen vahvistui niin tiedollisesti kuin taidollisesti. Olen oppinut, että pienillä muutoksilla työelämässä voi olla vahva ja suuri merkitys perustyön tekemiseen. Mielestäni on tärkeää huolehtia perustyön toimivuudesta ennen kuin kehitetään laajempia kokonaisuuksia työyhteisössä ja/ tai organisaatiossa. Opinnäytetyöni kautta olen saanut hyvän kokemuksen onnistuneesta kehittämisprosessista, jota voin tulevaisuudessa hyödyntää. Olen oppinut kehittämisprosessin onnistumiseen tarvittavat edellytykset. Opinnäytetyöni on osoitus omasta osaamisestani kehittämisprosessin läpiviemisessä sekä muutosprosessin johtamisesta.

Olen ehdottomasti sitä mieltä, että muutos tarvitsee johtajan. Johtajan vastuulla on luoda muutosmyönteisyyttä työyhteisöön. Tähän mielestäni johtaja voi vaikuttaa omalla asenteellaan, käytöksellään ja esimerkillään. Mielestäni muutostarpeista tulisi keskustella avoimesti ja arvioida muutoksen mahdollisia vaikutuksia. Mitä avoimemmin työyhteisön

ongelmista, haasteista ja muutostarpeista voidaan keskustella, sitä paremmat lähtökohdat mielestäni saadaan muutoksen eteenpäin viemiselle. Tärkeää olisi työyhteisössä keskustella onnistuneista muutosprosesseista ja sitä kautta luoda myönteistä ilmapiiriä muutoksia kohtaan. Itselleni sain vahvan kokemuksen onnistuneesta kehittämisprosessista, jonka myötä oma usko itseeni vahvistui tulevaisuuden muutoksia ajatellen.

Haluan erityisesti kiittää opinnäytetyöni ohjaajaa yliopettaja, TtT Annukka Klemolaa saamastani tuesta ja ohjauksesta koko opinnäytetyöprosessin ajan. Hänen avulla olen pystynyt laatimaan realistisen ja toteuttamiskelpoisen toimintatutkimuksen. Lisäksi haluan kiittää osastonhoitajaa Ritva Luhtaa sekä koko psykiatrian osasto 16:den henkilökuntaa tuesta ja sitoutuneisuudesta tähän kehittämisprosessiin. Tämä kehittämisprosessi oli psykiatrian osasto 16:den koko työyhteisön muutos- ja oppimisprosessi, joka ei pääty projektin tavoin, vaan jatkaa kehittymistään koko ajan.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tämän opinnäytetyön luotettavuuden arvioinnissa käytän sekä Heikkisen ja Syrjälän (2006) toimintatutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereitä, jotka ovat historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus että Toikon ja Rantasen (2009) kehittämistoiminnan luotettavuuden arviointikriteereitä, jotka ovat vakuuttavuus, toimijoiden sitoutuminen, käyttökelpoisuus ja siirrettävyys. Opinnäytetyöni luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin, tulosten analysointiin sekä tulosten raportointiin laadullisen tutkimuksen ja kehittämistoiminnan näkökulmasta.

Toimintatutkimuksen luotettavuuden tarkastelu on haasteellista. Toimintatutkimuksessa validiteetin tekee hankalaksi se, että tulkinnat rakentavat sosiaalista todellisuutta. Siksi on mahdotonta tavoittaa ”todellisuutta”, johon väitteitä verrataan. Reliabiliteetti on taas mahdoton, koska toimintatutkimuksella pyritään muutoksiin eikä niiden välttämiseen, joten saman tuloksen saavuttaminen uusintamittauksilla on sen pyrkimysten vastaista (Heikkinen & Syrjälä 2006, 148).

Historiallisen jatkuvuuden periaatteen mukaan toimintatutkimusprosessi sijoittuu tiettyyn ajanjaksoon. Tutkimusraportissa tapahtumat esitellään ajallisesti etenevänä sarjana, ja historiallisen jatkuvuuden periaatetta noudattava tutkija tarjoaa lukijalle mahdollisuuden seurata tapahtumien syy-seurausketjuja. Reflektiivisyys on tutkijan omaa reflektointia liittyen hänen omaan rooliinsa tutkimuksessa. Dialektisuus perustuu ajatukseen, jonka mukaan sosiaalinen todellisuus rakentuu dialogisessa vuorovaikutuksessa. Dialektisuus näkyy toimintatutkimuksen raportoinnissa monina näkökulmina. Toimivuus tarkoittaa käytännön vaikutuksia, kuten tutkimuksesta saatua hyötyä. Toimivuutta kuvastavat käsitteet rehellisyys, avoimuus, tarkkuus ja kriittisyys. Havahduttavuus tarkoittaa tutkimuksen elävyyttä ja todentuntuisuutta. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 149–160.)

Opinnäytetyöni raportoinnista lukija kykenee seuramaan toimintatutkimuksen vaiheittaista etenemistä. Olen kuvannut toteutuksen tarkasti ja perustellen. Olen käyttänyt myös kuvioita selventämään työn etenemistä (LIITE 9). Toimintatutkimuksellinen ote mahdollisti työyhteisön näkemysten esiin tuomisen opinnäytetyöni raportoinnissa. Yleensä tutkijan roolin hyveinä pidetään objektiivisuutta ja ulkopuolisuutta, mutta toimintatutkija on aktiivinen vaikuttaja ja toimija. (Heikkinen 2006, 19.) Oma roolini toimintatutkimuksessa on ollut kehittämistyön innostaja, alustaja ja raportoiija sekä tasavertainen jäsen uuden kirjallisen mallin luomisessa. Roolini on toisaalta ollut kaksijakoinen, koska kehittämistyö toteutettiin omassa työyhteisössäni. Tasapainoilu työntekijän ja tutkijan roolin välillä on ollut haastavaa. Olen mielestäni kuitenkin pystynyt toimimaan siten, että tämä ei ole vaikuttanut opinnäytetyöni luotettavuuteen.

Oma työkokemukseni psykiatrisessa sairaalassa ja kokemukseni RAI-järjestelmän käytöstä ovat lisänneet tämän tutkimuksen luotettavuutta. Tutkijana tiedän ja ymmärrän, mistä tutkittavassa ilmiössä on kyse, koska olen ollut tutkittavan ilmiön kanssa tekemisissä jo ennen opinnäytetyöprosessia. Oma kokemukseni on lisännyt kehittämisprosessin luotettavuutta, koska kehittämisprosessiin osallistuvilla ja minulla on ollut yhteinen ammatillinen kieli. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi myös opintovapaani, jolloin olen keskittynyt täysin tutkijan rooliin. Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi olen pitänyt prosessin aikana päiväkirjaa, jonka avulla olen voinut tarkastella omia tuntojani ja käsityksiäni tutkimuksen eri vaiheissa.

Toikon ja Rantasen (2009) mukaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida vakuuttavuuden käsitteellä. Tutkijan tulee vakuuttaa tiedeyhteisö tekemällä tutkimusta koskevat valinnat ja tulkinnat näkyviksi. Tutkijan on näytettävä aineistonsa ja siihen perustuva argumentaatio mahdollisimman avoimesti, jolloin tutkija voi vakuuttaa tiedeyhteisön tutkimuksensa pätevydestä. Tutkimusaineiston keräämisen tulee olla johdonmukaista ja läpinäkyvää.

Opinnäytetyön aineiston keruu toteutui avoimilla kyselylomakkeilla. Kyselylomakkeiden kysymykset rakentuivat tutkimuskysymysten pohjalta. Alkukysely toteutui osaston kehittämissäpäivässä. Tilanne oli rauhallinen. Luotettavuutta lisäsi läsnäoloni kyselyn toteuttamishetkellä. Vastaajilla oli mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä kyselyyn liittyen. Vastausaikaa oli varattu riittävästi, jotta jokaisella oli mahdollisuus tuoda ajatuksensa ja näkökulmansa esille vastauksissaan. Loppukysely toteutui osastolla työyksikön tiloissa. Molempien kyselyjen vastaukset olivat kattavia ja laadukkaita. Kyselyjen luotettavuutta lisäsi se, että molempiin kyselyihin vastaajat olivat vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Opinnäytetyöni tulosten pohjalta voin todeta, että valitsemani tutkimusmenetelmä osoittautui oikeaksi. Kyselylomakkeiden avoimilla kysymyksillä sain vastaukset tutkimuskysymyksiini.

Aineiston analysoinnin kuvaamisen tulee olla johdonmukaista ja läpinäkyvää. Lukijalle tulisi kertoa aineiston analyysin luokittelun syntymisen alkujuuret ja perusteet. Tällöin tuodaan esille myös analyysivaiheen epävarmuustekijät ja johtopäätöksiä heikentävät osatekijät. Tulosten tulkinnasta olisi kerrottava, millä perusteella tutkija esittää tulkintoja ja mihin hän päätelmänsä perustaa. Toteutuksen ja tulosten läpinäkyvyys auttavat muita arvioimaan tulosten hyödynnettävyyden omassa yhteisössään. (Toikko & Rantanen 2009.)

Aineiston olen analysoinut induktiivisella sisällönanalyysillä. Luokittelut olen tehnyt aineistoon perustuen. Sisällönanalyysin avulla sain tulokset tiivistettyyn ja yleistettävään muotoon. Alkukyselyn aineisto tiivistyi seuraaviin yhdistäviin luokituksiin, kuten hyvän hoidon suunnittelu, RAI-arvio hoidon suunnittelussa, RAI-järjestelmän tulosten vaikutus hoidon suunnitteluun ja kehittämiskohteet hoidon suunnittelussa. Loppukyselyn aineiston yhdistävät luokitukset ovat RAI:n toimivuus hoidon suunnittelussa, kehittämistyön vaikutukset hoidon suunnittelussa, kehittämistyön arviointi ja kehittämistyön jatkokehittämishaasteet. Analysoinnin jälkeen kyselyjen vastausten yhteenvedot olen

esittänyt osaston henkilökunnalle. Kyselyjen tulokset ovat olleet henkilökunnan nähtävillä ja jokainen on saanut käydä läpi analysoidut tulokset ja antaa palautteensa tulosten luotettavuuden varmistamiseksi. Opinnäytetyöni aineiston olen säilyttänyt lukollisessa kaapissa ja tulen tuhoamaan sen opinnäytetyöni valmistuttua asianmukaisella tavalla.

Tässä opinnäytetyössä käyttämäni lähdekirjallisuuden olen etsinyt eri tietokannoista. Olen käyttänyt Colibri-, Medline Ovid-, Cihnah- ja Suomen sairaanhoitajaliiton tietokantoja. Lähteet ovat pääosin kotimaisia sekä ulkomaisia tieteellisiä julkaisuja. Olen kriittisesti arvioinut opinnäytetyöni lähdekirjallisuuden ja niiden julkaisuajankohdan. Olen pyrkinyt käyttämään tutkittua ja mahdollisimman uutta lähdekirjallisuutta.

Toikon ja Rantasen (2009) mukaan kehittämistoiminnan luotettavuuden arviointikriteereinä ovat toimijoiden sitoutuminen, käyttökelpoisuus ja siirrettävyys. Kehittämistoiminta on luonteeltaan sosiaalinen prosessi, jossa kehittäjät osallistuvat toimintaan ja toimijat kehittämiseen. Toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen kehittämisprosessiin vaikuttaa aineiston, metodin ja tuotosten luotettavuuteen. Luotettavuuden kannalta on oleellista tietää, missä prosessin vaiheessa toimijat ovat aktiivisesti osallistuneet kehittämistoimintaan. Kehittämistulosten kannalta käyttökelpoisuus tarkoittaa kehittämisprosessin seurauksena syntyneiden tulosten hyödynnettävyyttä. Tulosten siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, missä määrin tulokset ovat sovellettavissa muuhun kuin tutkimuskohteena olleeseen yhteyteen. Kehittämistoiminnan ainutkertainen luonne luo haasteen tulosten siirrettävyyteen. Tutkijan tehtävänä on tuoda esille tutkimuksen toteutus ja tulokset niin läpinäkyvästi, että muut voivat arvioida tulosten käyttökelpoisuutta ja siirrettävyyttä omaan yhteisöönsä.

Opinnäytetyöni toimijat eli psykiatrian osasto 16:den henkilökunta oli sitoutunut kehittämistoimintaan. Sitoutumiseen vaikuttivat opinnäytetyöni aiheen käytännönläheisyys ja osaston kehittämistarpeeseen vastaaminen. Osaston henkilökunta ja heidän esimiehensä ovat sitoutuneita kehittämään toimintaansa ja osaamistaan. Olen kuvannut opinnäytetyöni raportissa toimijoiden osallistumisen ja aktiivisuuden. Opinnäytetyöni toimintatutkimuksellinen ote mahdollisti henkilökunnan osallistuvuuden ja sitoutumisen kehittämistyöhön. Ilman työyhteisön aktiivista sitoutumista aineistoni olisi jäänyt liian suppeaksi ja tuloksien hyödynnettävyys minimiksi.

Tämän opinnäytetyön kehittämisprosessi on ainutlaatuinen, eikä se ole sellaisenaan siirrettävissä muiden käyttöön. Olen kuvannut opinnäytetyössäni käytetyt aineiston keruun ja analysoinnin sekä kehittämisprosessin etenemisen ja tulokset tarkasti, mikä mahdollistaa niiden hyödynnettävyyden muiden käyttöön. Kehittämistyön tuloksena syntynyt ohjeistus RAI-tulosten hyödynnettävyydestä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa on siirrettävissä muihin hoitoyksiköihin. Ohjeistuksen hyödyntäminen edellyttää sen muuntamista oman hoitoyksikön toimintaan ja käyttötarkoitukseen sopivaksi. Ohjeistuksen hyödyntäminen edellyttää RAI-järjestelmään perehtymistä ja sen kautta saadun tiedon ymmärtämistä. Ohjeistus edellyttää hoidon suunnittelun toteuttamista potilaslähtöisesti, tavoitteellisesti, systemaattisesti ja kokonaisvaltaisesti.

Mielestäni kehittämistyön tuloksena saatu ohjeistus RAI-tulosten hyödynnettävyydestä psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelussa on merkittävä saavutus. Mielenterveyshoidon RAI- tutkimus on vielä vähäistä, joten opinnäytetyöni tuloksilla on merkitystä tulevaisuuden psykiatrista hoitotyötä suunniteltaessa, toteutettaessa, arvioitaessa ja kehitettäessä.

7.3 Opinnäytetyön etiikka

Opinnäytetyöni eettisiä kysymyksiä pohdin tutkimuksen ongelmanasettelun, tutkijan ja tutkimusorganisaation suhteen sekä tutkijan roolin, aineiston keruun ja tulosten julkaisemisen kannalta. Tutkimuksen tai kehittämistyön tekemiseen liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Tutkimusaiheen valinta on jo eettinen ratkaisu. Tutkimuksen tiedonhankinnan ja julkistamisen tulee täyttää yleisesti hyväksytyt tutkimuseettiset periaatteet. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 23–25; Mäkinen 2006, 24.)

Opinnäytetyön aiheen valitsin itse. Valintaani vaikuttivat oma kiinnostukseni sekä käytännössä ilmennyt tarve toiminnan kehittämiseen. Alkuperäisessä tutkimussuunnitelmassani opinnäytetyön tarkoitus oli tutkia potilasasiakirjoista RAI-järjestelmän käyttöä ja hyödyntämistä hoidon suunnittelussa. Tutkimussuunnitelmaan tein tarkennuksia ja muutoksia, koska potilasasiakirjojen tutkimiseen luvan saaminen oli hankalaa. Luovuin potilasasiakirjojen tutkimisesta, koska psykiatrisilta potilailta luvan

saaminen potilaspapereiden tutkimiseen on haastavaa. Lisäksi psykiatrian osasto 16 potilasvaihtuvuus on suuri, joten aineiston kerääminen ja tutkiminen potilasasiakirjoista olisi ollut liian työlästä. Tutkimusluvan myönsi Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän johtajaylilääkäri Sakari Telimaa sekä hallintoylihoitaja Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä.

Tutkimuseettisiin periaatteisiin kuuluvat itsemäärääminen, nimettömyys, luottamuksellisuus, yksityisyys, reilu kohtelu ja harmin välttäminen. Ihmisarvon kunnioittaminen on kaiken tutkimuksen lähtökohta ja ketään ei voi pakottaa tutkimukseen osallistumiseen. Hyvän tieteellisen käytännön tulee leimata tutkimuksen tekoa. Tutkimuksen tekotavan keskeisiä eettisiä periaatteita ovat rehellisyys, tarkkuus, avoimuus, täsmällisyys ja kriittisyys. (Vilka 2009, 29.) Opinnäytetyöni tutkimus- ja kehittämistoimintaan osallistuminen oli vapaaehtoista ja jokainen työntekijä sai osallistua kehittämisprosessiin haluamallaan työpanoksella. Opinnäytetyöni toimintaympäristöä olen tiedottanut opinnäytetyöni tarkoituksesta ja tavoitteesta sekä heidän roolistaan opinnäytetyöni ja kehittämisprosessin suhteen. Olen tiedottanut opinnäytetyön prosessin etenemisestä ja tuloksista avoimesti ja rehellisesti.

Alku- ja loppukyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen tapahtui anonyymisti. Aineiston olen käsitellyt luottamuksellisesti. Opinnäytetyön tuloksista ei ole tunnistettavissa kyselyyn vastaajia. Opinnäytetyön prosessin eri vaiheet ja tulokset olen pyrkinyt kuvaamaan täsmällisesti, rehellisesti ja tarkasti. Olen kuvannut kehittämistoimintaa kaunistelematta ja antanut aineiston puhua puolestaan.

Tutkimusetiikkaan kuuluu tutkimustulosten julkaiseminen. Liitteessä 9 olen esittänyt opinnäytetyön etenemisen. Aloitin opinnäytetyön tekemisen tutkimussuunnitelman laatimisella kesällä 2009, joka hyväksyttiin syksyllä 2009. Tutkimuslupa myönnettiin marraskuussa 2009 (LIITE 2). Sen jälkeen opinnäytetyöni prosessi on edennyt alkukyselystä kehittämistyöhön ja sen arviointiin.

7.4 Jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyön kehittämistyön tuloksena syntynyt ohjeistus RAI-tulosten hyödynnettävyydestä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa ehti olla käytössä lyhyen ajanjakson. Tärkeää olisi tulevaisuudessa tutkia ohjeistuksen toimivuutta, arvioida sen hyötyjä ja haittoja sekä kehittää ohjeistusta näiden tulosten pohjalta. Tärkeää olisi myös tutkia ohjeistuksen vaikuttavuutta hoitotuloksiin sekä hoidon laatuun.

Mielenkiintoista olisi tutkia myös kehittämistyöhön osallistuneiden kokemuksia kehittämistyön vaikutuksista hoidon suunnitteluun. Potilaiden kokemukset uudesta hoidon suunnittelun ohjeistuksesta olisivat ensiarvoisen tärkeitä kehittämistyön jatkoa ajatellen. Tämän opinnäytetyön tuloksia ja kehittämisprosessia voitaisiin hyödyntää tulevaisuudessa, kun psykiatrian tulosalueen osastojen toimintamalleja hoidon suunnittelun osalta yhtenäistetään.

RAI-järjestelmä ei ole pelkkä hoidon suunnittelun väline, vaan se on myös johtajuuden väline. Tutkimushaasteena olisi tutkia hoitotyön johtajien kokemuksia RAI:n hyödynnettävyydestä esimiestehtävissä. RAI-järjestelmän avulla tuotetaan vertailutietoa niin yksilö- kuin osastotasolla. Näiden tietojen hyödyntäminen osaston toiminnassa ja esimiestyössä olisi jatkotutkimuksen arvoisia asioita.

7.5 Johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tulokset ovat tärkeitä, koska aihetta on tutkittu vähän. Opinnäytetyön tulosten mukaan RAI-järjestelmää ja sen tuloksia voidaan hyödyntää psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelussa. Sen avulla hoidon suunnittelusta saadaan potilaslähtöisempää ja kokonaisvaltaisempaa. Kehittämistoiminnan avulla psykiatrian osasto 16:ssa hoidon suunnittelua saatiin yhtenäistettyä ja selkiytettyä. RAI-järjestelmän hyödynnettävyys, toimivuus ja vaikuttavuus tarvitsevat tuekseen evidenssiä ja tutkittua tietoa. Psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelu on kulmakivi koko hoitoprosessille. Sen vuoksi on tärkeää kiinnittää huomiota hoidon suunnitteluun ja sen vaikutuksiin. Tulevaisuudessa tarvitaan hoitohenkilökunnan osaamista potilaiden hoidon suunnittelussa ja koko hoitoprosessissa, koska tulevaisuuden potilaat ovat tietoisempia palveluiden sisällöstä. Tulevaisuuden

potilaat osaavat myös vaatia hyvää hoidon laatua. RAI-järjestelmän avulla voidaan vastata osaltaan tulevaisuuden haasteisiin suunniteltaessa psykiatrisen potilaan hoitoa sekä arvioitaessa hänen saamansa hoidon laatua.

Tämän opinnäytetyön perusteella psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelun ja RAI-järjestelmän hyödynnettävyyden kehittämisessä on tärkeää huomioida seuraavat asiat:

1. RAI-järjestelmä on psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa konkreettinen apuväline, jonka avulla hoidon suunnittelua saadaan potilaslähtöisemmäksi, voimavarakeskeisemmäksi ja kokonaisvaltaisemmaksi.
2. RAI-järjestelmän hyödynnettävyyttä psykiatrisen potilaan hoidon suunnittelussa tulee kehittää edelleen, jotta sen vaikuttavuutta ja toimivuutta hoidon suunnittelussa ja hoitotuloksissa voidaan arvioida.
3. Henkilökunnan RAI-järjestelmän osaamista on ylläpidettävä ja lisättävä, jotta RAI-järjestelmän tuloksia voidaan hyödyntää hoidon suunnittelussa ja tulevaisuudessa myös hoidon laadun arvioimisessa.
4. Positiivinen suhtautuminen RAI-järjestelmään antaa hyvän pohjan jatkaa hoitotyön kehittämistä. Esimiehen tehtävänä on kannustaa ja tukea henkilöstön RAI-osaamista.
5. RAI-järjestelmän avulla voidaan kehittää henkilöstön omaa työtä ja seurata oman toiminnan vaikuttavuutta yksilö- ja osastotasolla potilaskohtaiseen tietoon perustuen. Kun potilasta kuvaava tieto on luotettavaa, saadaan tietoa, jonka avulla voidaan kehittää hoitotyötä ja johtamista.

LÄHTEET

- Ahonen, O., Ikonen, H. & Koivukoski, S. 2007. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Sairaanhoidajan ydinosamiseen kuuluu hoitotyön prosessin hallinta niin potilaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa kuin arvioinnissa. Sairaanhoitaja 10.
- Anttila, K., Kaila-Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2007. Hoitamalla hyvää oloa. 11., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Anttila, P. 2005. Ilmaisuu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Hamina: Akatiimi oy.
- Aspinwall, L.G. & Staudinger, U.M. (toim.) 2006. Vahvuuksien psykologia. Helsinki: Edita.
- Drach-Zahavy, A. 2004. Primary nurses' performance: role of supportive management. Journal of Advanced Nursing 1, 7–16.
- Finlex®. 2010a. Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>. Luettu 9.4.2010.
- Finlex®. 2010b. Mielenterveysasetus 21.12.1990/1247. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901247?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveysasetus>. Luettu 9.4.2010.
- Finlex®. 2010c. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=laki%20potilaan%20oikeuksista>. Luettu 9.4.2010.
- Hallila, L. (toim.) 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hautala-Jylhä, P-L. 2007. Psychiatric Post-ward Outpatient Services. Between Hospital and Community. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Hautala-Jylhä, P.-L. 2008. Hoitotyön toiminta- ja laadunhallintasuunnitelma 2009–2011. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito ja peruspalvelukuntayhtymä.
- Heikkinen, H. L. T. 2006. Tutkiva ote toimintaan. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä. (toim.) Toiminnasta tietoon. Vantaa: Dark Oy.
- Heikkinen, H. L. T, Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon. Vantaa: Dark Oy.
- Heikkinen, H. L. T. & Syrjälä, L. 2006. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. L. T. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä. (toim.) Toiminnasta tietoon. Vantaa: Dark Oy.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Prima

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen – avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hentinen, K. 2009. Psykoottisen potilaan kokemuksellisuus – hoitotyön lähtökohta. Teoksessa K. Hentinen, A. Iija & E. Mattila. (toim.) Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirdes, J.P. 2007. InterRAI MH – Mental Health. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.interrai.org/section/view/?fnode=21>. Luettu 5.8.2009.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14., osin uudistettu painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Hoikkala, M. & Tuuttila, T. 2009. Mielenterveysasiakkaiden tyytyväisyys julkisen sektorin terveydenhuollon palveluihin. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Holopainen, A. & Välimäki, M. 2000. Psykiatrinen hoitotyö – kykyä vastata muutoksen tuomiin haasteisiin. Teoksessa M. Välimäki, A. Holopainen & M. Jokinen. Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. Juva: WS Bookwell Oy.

Hsieh, H. & Shannon, S. 2005. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 9, 1277–1288.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Immonen, T. 2005. Kehittävä asiantuntijayhteistyö mielenterveystyön suunnitteluvälineenä. Helsinki: Stakes.

Inkilä, J., Paavilainen, E. & Halme, N. 2007. Psykiatriseen hoitoon liittyvästä häpeästä ei kerrota. Www-dokumentti. Saatavissa: https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti/11_2007/muut_artikkelit. Luettu 30.1.2010.

InterRAI MH ©. 2003–2006. Psykiatrisen hoidon RAI. Käsikirja interRAI MH arviointilomakkeen käytön tueksi.

InterRAI ©. 2006. Psykiatrisen akuuttitilanteen arviointi. Käsikirja interRAI ESP arviointilomakkeen käytön tueksi.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.

Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoito- ja peruspalvelukuntayhtymä. 2009. Aikuispsykiatria. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kpshp.fi/fi/default.asp?a=3&b=&c=530&d=keski/sairaalapalvelut/aikuispsykiatria.htm> Luettu 5.7.2009.

- Kiviniemi, Kari. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa L. T. H. Heikkinen, R. Huttunen & P. Moilanen. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköalaoja. Vantaa: Atena kustannus.
- Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Oulu: Oulu University Press.
- Kohlbacher, F. 2006. The use of qualitative content analysis in case study research. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-06/06-1-21-e.htm> Luettu 18.3.2010.
- Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 2. Kuopio: Edita Prima Oy.
- Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Esimerkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. Tutkiva Hoitotyö 2, 23–29.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulu: Oulu University Press.
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell Oy.
- Luhta, R. 2007. Psykiatrian osasto 16 hoitotyön periaatteet. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymä.
- Luhta, R. 2009. Keski-Pohjanmaan keskussairaala Psykiatrian osasto 16 keskeisimmät kehittämishankkeet 2008. Auditointia varten tehty asiakirja.
- Luhta, R. 2010. Henkilöstön rakenne. Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymä.
- McCabe, C. 2004. Nurse – patient communication: an exploration of patient' experiences. Journal of Clinical Nursing 1, 41–49.
- Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Viro: Jaabes Oy.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf> Luettu 10.4.2010.
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö.

Muurinen, S. & Luoma, M-L. 2007 laitoshoidon laatu ammatillisen työn näkökulmasta. Laitoshoidon henkilöstö laadun tuottajana. Teoksessa H. Lehtomäki, M-L. Luoma & S. Muurinen. (toim.) Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti. Stakes. Raportteja 19/2007.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimuseetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielensterveystyö perusterveydenhuollossa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

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

Oy RAIssoft Ltd. 2010a. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.raisoft.com/index.php?p=280>. Luettu 29.1.2010.

Oy RAIssoft Ltd. 2010b. Perusteet RAI:n käytöstä hoidon suunnittelussa. MH C1a-osio. Koulutusmateriaali. Kokkola.

Oy RAIssoft Ltd. 2010c. RAI:n käyttö hoidon suunnittelussa hoitoprosessin eri vaiheissa. MH C1b-osio. Koulutusmateriaali. Kokkola.

Paasivaara, L., Suhonen, M. & Nikkilä, J. 2008. Innostavat projektit. Helsinki: Silverprint Oy.

Parahoo, K. 2006. Nursing Research. Principles, Process and Issues. Second Edition. Basingstoke : Palgrave Macmillan, cop.

Piippo, J. 2008. Trust, Autonomy and Safety at Integrated Network- and Family-Oriented Model for Co-operation, A Qualitative Study. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto.

Pukuri, T. 2002. Yksilövastuinen hoitotyö ja sen mittaaminen. Teoksessa T. Munnukka & P. Aalto.(toim.) Minun hoitajani näkökulmia omahoitajuuteen. Vantaa: Dark Oy.

Punkanen, T. 2001. Mielensterveystyö ammattina. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Rissanen, P. 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Kehitys Oy.

Räsänen, H. 2009. Ikäntynytkin on ihminen – kuka päättää ikäntyneen hoidosta ja palvelusta? Www-dokumentti. Saatavissa: www.sairaanhoitajaliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin.32do3bc7c1ca9a87ee0b069b268/1269154861/application/pdf/15911827/Helena. Luettu 20.3.2010.

Saarela, T. 2008. Työ näkyväksi psykiatrisen hoidon RAI-järjestelmällä. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://raisoft.blogspot.com/2008/11/ty-nkyvksi-psykiatrisen-hoidon-rai.html>. Luettu 16.4.2010.

Skitsofrenia. 2008. Käypä hoitosuositus. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi35050#s15_50. Luettu 7.2.2010.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Www- dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3683.pdf&title=Sosiaali_ ja_ terveydenhuollon_ kansallinen_ kehittämisohjelma_ KASTE_ 2008_ 2011_ fi.pdf. Luettu 10.4.2010.

Stenvall, J. & Virtanen, P. 2007. Muutosta johtamassa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Suhonen, R., Österberg, K. & Välimäki, M. 2004. Polikliinisen hoidon laatu – potilaan näkökulma. Tutkiva hoitotyö 3, 22–27.

Syrjäpalo, K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa – henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteen tiedekunta.

Talseth, A. G., Jacobson, L. & Nordberg, A. 2001. The meaning of Suicidal psychiatric inpatients' experiences of being treated by physicians. Journal of Advanced Nursing 1, 96–106.

Tammi, O. 2008. Esimies tukee muutoksessa. Www- dokumentti. Saatavissa: http://www.keva.fi/Table_pict/cid3/Info_txt/id4235/Esimes_tukee_muutoksessa_9115_07.pdf. Luettu 12.4.2010.

Tiri, H. 2001. Psykiatrisen hoidon tuloksellisuus. Potilaiden, omaisten, työntekijöiden ja päättäjien käsityksiä psykiatrisen hoidon tuloksellisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Hoitotiede 2, 87–98.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenis Print.

Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 2. korjattu ja täydennetty painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi Oy.

Viitala, R. 2007. Henkilöstöjohtaminen strateginen kilpailutekijä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuori-Kemilä, A. 2007. Asiakassuhde hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa A. Vuori-kemilä, E. Stengård, R. Saarelainen & T. Annala. Mielen terveys- ja päihdetyö yhteistyötä ja kumppanuutta. 4. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

**KESKI-POHJANMAAN SAIRAANHOITOPIIRI
TUTKIMUSLUPA-ANOMUS****Hakijan nimi** Hakala Pia**Tutkimuksen ohjaajan nimi ja yhteystiedot**

Yliopettaja, TtT Annukka Klemola ja Osastonhoitaja, esh Ritva Luhta

Tutkimuksen nimi

RAI- järjestelmä osana psykiatrisen potilaan hoitotyön suunnittelua

Tutkimuksen tarkoitus

Opinnäytetyöni tehtävänä on kehittää RAI-järjestelmän hyödynnettävyyttä psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa.

Tutkimuksen tavoitteet

Tavoitteena on luoda hoidon suunnitteluun entistä systemaattisempi ja kokonaisvaltaisempi toimintamalli.

Tutkimustehtävät

Tarkentuvat opinnäytetyön prosessin aikana. Kts. tutkimuksen tarkoitus.

Aineistonkeruu ja analyysi

Tulen toteuttamaan opinnäytetyöni toimintatutkimuksena Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukuntayhtymän psykiatrian osasto 16:sta. Aineistoni koostuu lähdekirjallisuudesta, potilasasiakirjoista, hoitohenkilökunnan haastatteluista ja heille laadituista kyselyistä. Aineistonkeruumenetelmät tarkentuvat prosessin aikana. Analysoin potilasasiakirjoista, miten RAI-järjestelmää hyödynnetään hoidon suunnitteluun. Käytän analysointimenetelmänä deduktiivista sisällön analyysia. Alkuanalyysin jälkeen alamme kehittämään uutta toimintamallia hoidon suunnitteluun yhdessä henkilökunnan kanssa. Prosessiin sisältyy interventioita esimerkiksi koulutuksen muodossa, jotka tarkentuvat alkuanalyysin ja prosessin edetessä. Uuden toimintamallin arvioinnin tulen tekemään henkilökunnalle suunnatulla kyselyllä.

Paikka _____ Päiväys _____

Hakijan allekirjoitus:

Liitteet:

Tutkimussuunnitelma

**KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO- JA VIRANHALTIJAPÄÄTÖS
PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ**Tutkimuslupapäätös
Hallintoylihoitaja

12.11.2009

21 §

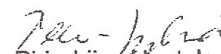
ASIA

Hakala Pia, Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu YAMK,
Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen, RAI-järjestelmä
osana psykiatrisen potilaan hoitotyön suunnittelua, 4.9.2009

PÄÄTÖS

Hyväksytty liittyen henkilökunnan haastatteluihin ja kyselyihin. Lupaa
ei myönnetä potilasasiakirjojen käyttöön tutkimuksessa.

ESITYKSEN TEKIJÄ**PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ**


Pirjo-Liisa Hautala-Jylhä
Hallintoylihoitaja


Sakari Telimaa
Johtajayliääkäri

Hyvä vastaaja!

LIITE 3/1

Opiskelen Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulu – tutkintoa. Tutkintooni liittyy opinnäytetyö aiheesta RAI-järjestelmän hyödynnettävyys psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa. Opinnäytetyöni tavoitteena on luoda hoidon suunnitteluun entistä systemaattisempi ja kokonaisvaltaisempi toimintamalli.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Vastauksesi käsitellään nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisesti eikä yksittäisiä vastauksia voi tunnistaa opinnäytetyöni loppuraportista.

Kyselyn kysymykset ovat avoimia kysymyksiä. Jokaiselle kysymykselle on varattu vastaustilaa ja vastausta voi jatkaa paperin taakse.

Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan oheiseen kyselylomakkeeseen, sillä mielipiteesi on erittäin arvokas sekä opinnäytetyöni onnistumisen että hoidon suunnittelun kehittämisen kannalta.

Opinnäytetyöni ohjaajina toimivat yliopettaja, TtT Annukka Klemola Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulusta sekä osastonhoitaja, Esh Ritva Luhta Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymän psykiatrian osasto 16:sta.

Vastauksestasi kiittäen

Pia Hakala

Taustatiedot

* **Ammattinimike** _____

* **Työkokemus vuosina** _____

1. **Mitä on hyvä hoidon suunnittelu?**

2. **Kuvaa, miten toteutat potilaan hoidon suunnittelua käytännössä?**

3. **Miten hyödynnät RAI-arviota potilaan hoidon suunnittelussa?**

4. **Mitä myönteistä RAI-arvio on tuonut hoidon suunnitteluun?**

5. **Mitä kielteistä RAI-arvio on tuonut hoidon suunnitteluun?**

6. **Miten kehittäisit RAI-arvion hyödynnettävyyttä hoidon suunnittelun osalta?**

Kiitos vastauksestasi!

Hyvä vastaaja!

Opiskelen Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulu – tutkintoa. Tutkintooni liittyy opinnäytetyö aiheesta ”RAI-järjestelmän hyödynnettävyys psykiatristen potilaiden hoidon suunnittelussa”. Opinnäytetyöni tarkoituksena on luoda hoidon suunnitteluun entistä systemaattisempi ja kokonaisvaltaisempi toimintamalli.

Alkukartoituskyselyn toteutin psykiatrian osasto 16:sta kehittämispäivällä marraskuussa 2009. Tämän jälkeen on kehitetty yhteistyössä RAI-tulosten hyödyntämiseen liittyvä yhteenvetopohja, jolla saadaan RAI-tulokset mukaan hoidon suunnitteluun. Tämän kyselyn tarkoituksena on arvioida uuden toimintamallin hyödynnettävyyttä käytännön hoitotyössä.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Vastauksesi käsitellään nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisesti eikä yksittäisiä vastauksia voi tunnistaa opinnäytetyöni loppuraportista.

Kyselyn kysymykset ovat avoimia kysymyksiä. Jokaiselle kysymykselle on varattu vastaustilaa ja vastausta voi jatkaa paperin taakse.

Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan oheiseen kyselylomakkeeseen, sillä mielipiteesi on erittäin arvokas sekä opinnäytetyöni onnistumisen että hoidonsuunnittelun jatkokehittämisen kannalta. Kyselyn vastaukset voit palauttaa kahvihuoneessa olevaan sissikaappiin 26.3.2010 mennessä.

Opinnäytetyöni ohjaajina toimivat yliopettaja, TtT Annukka Klemola Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulusta sekä osastonhoitaja, Esh Ritva Luhta Keski-Pohjanmaan erikoissairaanhoidon- ja peruspalvelukuntayhtymän psykiatrian osasto 16:sta.

Vastauksestasi kiittäen

Pia Hakala

Taustatiedot

* **Ammattinimike** _____

* **Työkokemus vuosina** _____

1. **Miten arvioit uuden toimintamallin vaikuttaneen potilaiden hoidon suunnitteluun**
 - A) **sinun työssäsi?**
 - B) **työyhteisössä yleensä?**
2. **Miten arvioit kehittämisprosessin toteutusta käytännössä?**
3. **Miten arvioit yleisesti RAI-järjestelmän toimivuutta potilaan hoidon suunnittelussa?**
4. **Miten uutta toimintamallia tulee kehittää jatkossa?**
5. **Muuta palautetta opinnäytetyön tekijälle.**

Kiitos!

Esimerkki luokitusten muodostamisesta induktiivisella sisällönanalyysillä oppinnäytetyön alkukyselyssä.

Pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittely	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
Potilaan tarpeiden huomioiminen Potilaan mielipiteiden huomioiminen Potilaan kuuntelu ja kunnioitus Yhteistyö potilaan kanssa	Potilaan tarpeet, voimavarat ja resurssit huomioita Hoidon suunnittelu yhteistyössä potilaan kanssa	Potilaslähtöisyys	
Potilaan tilanteen monipuolinen huomiointi Tilanteen kokonaisvaltainen huomioiminen	Huomioidaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet	Kokonaisvaltaisuus	
Hoidon suunnittelu alkaa tulotilanteesta ja loppuu loppuarvioon	Hoitosuunnitelma on systemaattinen ja kattava		
Osaston tiimin hyödyntäminen Moniammatillinen näkemys potilaan tilanteesta	Hoidon suunnittelu osaston tiimin kesken	Moniammatillisuus	
Potilaan koko verkoston huomioiminen	Avohoito ja verkosto mukaan suunnitteluun		
Ongelmien ja tavoitteiden määrittäminen Tavoitteiden priorisointi	Hoidon tarve ja tavoitteet		HYVÄ HOIDON SUUNNITTELU
Konkreettisuus ja realismi Arviointi Jatkuvuus Suunnitelman tarkistus ja päivitys	Suunnittelu ja arviointi jatkuvaa, loogisesti etenevää	Hoitotyön prosessimallin mukaisuus	
Tietää mitä tulee tehdä Helpottaa hoidon toteutusta ja arviointia	Antaa hoidolle rungon		
Henkilökunnan sitoutuminen Ohjaa työskentelyä Toimintatavat Ohjeet	Suunnittelua ohjaavat käytännöt	Osaston arvot, periaatteet ja toimintatavat	

Esimerkki luokitusten muodostamisesta induktiivisella sisällönanalyysillä opinnäytetyön loppukyselyssä.

Pelkistetty ilmaisujen ryhmittely	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä luokka
<p>Kaikille kattava ja laadukas suunnitelma Helpottaa kokonaisuuden hahmottamista Tavoitteellisempaa</p> <p>Yhteistyö potilaan kanssa lisääntynyt Potilas saa vaikuttaa suunnitteluun Yksilöllisempää</p> <p>Suunnittelu selkeämpää Tuo ryhtiä suunnitteluun Yhtenäistää suunnittelua Suunnittelu tarkempaa</p> <p>Oleellisia näkökulmia painottava Helpottaa suunnittelua RAI ja hoitosuunnitelma nivoutuvat yhteen Suunnittelu evidenssiin perustuvaa Lisää suunnittelun luotettavuutta Tukee suunnittelua</p> <p>Ei omintakeisuutta Ei vaikutusta Aikaa vievä juttu</p>	<p>Suunnittelu kokonaisvaltaisempaa</p> <p>Suunnittelu potilaslähtöisempää</p> <p>Suunnittelu järjestelmällisempää</p> <p>Työntekijöiden myönteiset kokemukset</p> <p>Työntekijöiden kielteiset kokemukset</p>	<p>Ohjeistuksen vaikutukset työntekijöiden työhön</p>	
<p>Suunnitelmat selkeämpiä Yhtenäistänyt suunnittelua Yhteinen juttu Suunnittelu merkityksellisempää Selkeä runko suunnittelulle</p> <p>Raportointi helpottunut Nopeuttaa ja helpottaa tiedon hakua Hoidon jatkuvuus lisääntynyt Käsitteet yhtenäisiä</p> <p>Ei vaikutusta Liian lyhyt käytössä oloaika</p>	<p>Viitekehys hoidon suunnittelulle ja arvioinnille</p> <p>Työnteon selkeytyminen ja helpottuminen</p> <p>Ei vaikutusta</p>	<p>Ohjeistuksen vaikutukset työyhteisöön</p>	<p>UUDEN OHJEISTUKSEN VAIKUTUS POTILAIEN HOIDON SUUNNITTELUUN</p>

RAI-työryhmän KOKOUS

AIKA: 28.1.2010

LÄSNÄ: Ritva, Jaana, Pia ja Raija-Leena

1. Miten RAI- ohjelmista saatua tietoa käytetään hoidon suunnittelussa.?

Osaston henkilökunnalle on tulossa sekä, MH-, että ESP- ohjelman koulutusosiot, joissa keskitytään RAI- tiedon hyödyntämiseen yksilöllisen hoitosuunnitelman teossa.

Mahdollisimman moni käy, joko MH C1a ja C1b(4h+4h) osiot, tai ESP C1(6h) osion. Koulutukset otetaan huomioon työvuorolistan suunnittelussa ja osallistujat nimetään.

2. Millaisessa muodossa RAI- arvioinneista saatu tieto välitetään hoitavalle tiimille?

Nyt on harjoiteltu saadun tiedon kirjaamista sanallisessa muodossa. Käytäntö on sekava, eikä yhtenäistä käytäntöä ole vielä sovittu.

Hankaluutena kirjaamisen päällekkäisyys, on tehty sekä hoitosuunnitelma, että RAI-selostus.

Pyrkimyksenä yhdistää nämä yhdeksi RAI- tulosten ja muun tiedon pohjalta tehdyksi hoitosuunnitelmaksi. Tavoitteena yksi hoitoprosessin mukainen suunnitelma, jossa olisi näkyvissä selkeästi potilaan

- voimavarat
- ongelmat
- riskit.

Tehdään kirjallinen ohje nyt sovitun mallin mukaan. Pia perehdyttää henkilökuntaa osastotunnilla sovittuun malliin ja se tulostetaan kanslian fläppitaululle.

3. Liitteenä malli hoitosuunnitelmaksi.

pj Ritva Luhta

siht. Raija-Leena Rekilä



**KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO-
JA PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ**

KESKI-POHJANMAAN KESKUSSAIRAALA
Psykiatrian tulosalue

HOITOTYÖN SUUNNITELMA

RAIESP:n pohjalta hoitotyön
prosessin mukaisesti

Versio 1.0
Päiväys 22.3.2010
Laatija Os.16 / RAI-
työryhmä
Oh Ritva Luhta

HOI- lehdelle kirjaaminen hoitotyön prosessin mukaisesti sekä akuutti RAI:n pohjalta

HTA/ TULOTILANNE

- sairaalan tulon aika ja kellonaika
- mistä tullut
- lähetävän tahon informaatio
- tulosity
- potilaan ja omaisten kuvaama hoidon tarve
- hoitajan tekemät havainnot ja taustatiedot

NYKYTILANNE/ TAUSTOJA

AIKAISEMMAT HOIDOT/ AVOHOITO

OMAHOITAJA

HOITOTYÖN SUUNNITELMA AKUUTTI RAI:N POHJALTA

VOIMAVARAT

- akuutti RAI:n mittarit, joissa ei nousua
- muut esille tulleet voimavarat

ONGELMAT

- akuutti RAI:n mittarit, joissa nousua
 - * tavoite
 - * keinot
- muut ongelmat, jotka nousevat esille potilasta haastateltaessa tai omaisten huoli

RISKIT

- asiat, joissa tilanne/ vointi huonontunut (esim. verrattuna edelliseen RAI- arviointiin)
- muuta riskiä, mitä RAI- ohjelmasta nousee esille (esim. alkoholin ja huumeiden käyttö)
- yksittäiset kysymykset RAI -arviosta, jotka potilaan tilanteen ja hoidon kannalta tärkeitä.

SOPIMUKSET/ RAJOITUKSET

- hoitopäätökset
- vapaakulut
- rahankäyttö
- yhteydenpito jne.

MUUTA HUOMIOITAVAA

VÄLIARVIO

- Hoitotyön suunnitelman tavoitteiden arviointia. Tehdään tarpeenmukaisesti:
- potilaan ja tarvittaessa läheisten käsitykset hoitotyön tavoitteiden toteutumisesta
 - kokemukset, tuntemukset, muutokset voinnissa
 - yhteistyösuhteen toimivuus
 - hoitotyön vaikuttavuuden arviointi suhteessa tavoitteisiin
 - tarkkailu, 100 %, turvahoito, suunnitelmiin eri neuvotteluiden pohjalta tehdyt muutokset



KESKI-POHJANMAAN ERIKOISSAIRAANHOITO-
JA PERUSPALVELUKUNTAYHTYMÄ

KESKI-POHJANMAAN KESKUSSAIRAALA
Psykiatrian tulosalue

HOITOTYÖN SUUNNITELMA
RAICMH:n ja RAIMH:n pohjalta
hoitotyön prosessin mukaisesti

Versio 1.0
Päiväys 22.4.2010
Laatija Os. 16 RAI-
työryhmä
Hyväksyjä Oh Ritva Luhta

HOITOTYÖN SUUNNITELMA CMH- ja MH-RAIn POHJALTA

VOIMAVARAT

- RAI:n mittarit, joissa ei nousua
- muut esille tulleet voimavarat
- CAPsit, jotka eivät aktivoidu

ONGELMAT

- RAI:n mittarit, joissa nousua
 - * tavoite
 - * keinot
- CAPsien mukaan.
 - * tavoite
 - * keinot
- muut ongelmat, jotka nousevat esille potilasta haastateltaessa tai omaisten huoli
 - *tavoite
 - *keinot

RISKIT

- asiat, joissa tilanne/ vointi huonontunut (esim. verrattuna edelliseen RAI- arviointiin)
- muuta riskiä, mitä RAI- ohjelmasta nousee esille (esim. alkoholin ja huumeiden käyttö)
- yksittäiset kysymykset RAI –arviosta, jotka potilaan tilanteen ja hoidon kannalta tärkeitä

SOPIMUKSET/ RAJOITUKSET

- hoitopäätökset
- vapaakulut
- rahankäyttö
- yhteydenpito jne.

MUUTA HUOMIOITAVAA

JATKOSUUNNITELMAT

- suunniteltu jatkohoito
- potilaan ja omaisten kanssa sovittu jatkohoito

VÄLIARVIO

- Hoitotyön suunnitelman tavoitteiden arviointia. Tehdään tarpeenmukaisesti:
- potilaan ja tarvittaessa läheisten käsitykset hoitotyön tavoitteiden toteutumisesta
 - kokemukset, tunteukset, muutokset voinnissa
 - yhteistyösuhteen toimivuus
 - hoitotyön vaikuttavuuden arviointi suhteessa tavoitteisiin
 - tarkkailu, 100 %, turvahoito, suunnitelmiin eri neuvotteluiden pohjalta tehdyt muutokset

