



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Vammaispalveluasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kehittäminen RAI-arviointia hyödyntäen

Eskola, Irmeli

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Vammaispalveluasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman
kirjaamisen kehittäminen RAI-arviointia hyödyntäen

Irmeli Eskola
Terveystieteiden
koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Tammikuu, 2015

Irmeli Eskola

**Vammaispalveluasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kehittäminen
RAI-arviointia hyödyntäen**

Vuosi 2015 Sivumäärä 66

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli kehittää hoitajien osaamista Palomäen palvelutalossa asuvien vammaispalveluasiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa niin, että RAI-arvioinnista saatavat tiedot ovat asiakkaan hoidon tarpeen määrittelyn perustana tehtävässä hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Tavoitteena oli kehittää asiakaslähtöistä hoitoa. Asiakaslähtöisessä palvelussa hoitoa saava asiakas on keskipiste.

Kehittämistehtävä toteutettiin juurruttamisen menetelmällä. Vammaispalveluasiakkaiden toimintakyvyn arviointiin käytetään monipuolista RAI-tietojärjestelmää, joka sisältää asiakaspohjaisen hoidon suunnitteluun sopivia mittareita. Tarkoituksena oli juurruttaa työyhteisöön uusi toimintatapa, jossa hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen tulee ottaa mukaan RAI-arvioinnin mittareista saadut tiedot, jotka määrittävät asiakkaan hoidon tarpeen. Kehittämistehtävän toteuttamisympäristö on palvelutalon vammaispalveluasunnot. Palvelutalo on tehostetun palveluasumisen yksikkö ja sen yhteydessä sijaitsevat myös vammaispalveluasunnot. Vammaispalveluasiakkaat saavat palvelutalon henkilökunnalta apua ympäri vuorokauden.

Kyselyn avulla kerättiin tietoa siitä, mikä on hoitajien osaamisen taso RAI-arviointien tekemisessä ja siitä saatavien tulosten hyödyntämisessä hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisessa. Hoitajat osaavat käyttää RAI-tietojärjestelmää, mutta RAI:n hyödyntämisestä hoito- ja palvelusuunnitelmien teossa on paljon kehitettävää. Tämä on johtanut siihen, että RAI-arviointia ei ole otettu työvälineeksi hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Hoitajat ovat saaneet ohjausta hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisessä niin, että RAI-mittarit on otettu arviointivälineeksi hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimiseen. Uudessa toimintatavassa hoito- ja palvelusuunnitelmat otetaan käyttöön päivittäistä työskentelyä ohjaavana välineenä.

Uuden toimintatavan käyttöönottoa arvioitiin havainnoimalla hoitajien työskentelyä. Arviointia suoritettiin myös keskustelemalla siitä, miten uuden toimintatavan käyttöönotto on vaikuttanut hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemiseen. Kyselylomakkeella kerättiin tietoa siitä, onko uusi toimintamalli auttanut hoitajia hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisessa. Hoito- ja palvelusuunnitelmia on tehty uuden toimintatavan mukaan, mutta muutos on vielä alkuvaiheessa. Hoitajat uskovat muutoksen juurtumiseen, kunhan saavat lisää kokemusta uuden toimintamallin käytössä. Kehittämistehtävä on tuonut esille myös lisäkoulutuksen tarpeen RAI-arviointien tekemisessä ja arviointitiedon hyödyntämisessä hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Tämä on nähty tarpeelliseksi myös kotihoidon kentällä ja koulutukset aloitetaan 2015 alkuvuodesta.

Asiasanat: vammaispalveluasiakas, RAI-arviointi, hoito- ja palvelusuunnitelma.

Irmeli Eskola

Development of recording Disability Service client's treatment and service plan using RAI evaluation

Year	2015	Pages	66
------	------	-------	----

The development task's target was to improve skills of nurses to record care and service plans of residents in Palomäki sheltered housing. Recording of care and service plan should be based on information gathered by Resident Assessment Instrument evaluation ("RAI"). The goal was to develop client centric treatment. Focus in client centric services is the client receiving the treatment.

The development task was implemented by dissemination. RAI monitoring measurement tools to support treatment planning and is used in evaluation of Disability Service client's functional abilities. The goal was to disseminate work community with a new method in care and service planning. RAI monitoring measurements should be part of the planning process of client's needs for care and services. The implementation environment for development task is sheltered housing services and disability services. Clients of disability services receive attendance of sheltered housing staff around the clock.

Nurses were inquired to gather information of their skill level to produce RAI evaluation and using the results in care and service plans. The results show that nurses can use RAI evaluation. There is a great need for improvement in the utilization of RAI. This has led a situation where RAI evaluation is not a part of the care and service plan. Nurses have received guidance in care and service planning using RAI evaluation and the method has been taken into use. The new approach will be introduced into everyday work.

The introduction of the new approach and methods was evaluated and measured by observing nurses at work. Discussions were used to evaluate the impact of the new approach in care and service planning. Questionnaires were used to gather information in order to find out the new approach has eased and improved care and service planning. The results show that care and service plans have been made according to the new approach but the change has only just begun. The nurses believe that when given sufficient training the new approach will work. The development task has revealed need for additional training in RAI evaluation and its utilisation in care and service planning. This need has also seen recognized in the field of home care and additional trainings is scheduled to commence in 2015.

Keywords: disability service client, RAI evaluation, care and service plan

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Kehittämisympäristö.....	8
2.1	Kehittämisympäristön kuvaus	8
2.2	Kehittämistyön tavoitteet	11
3	Kehittämistoiminnan tietoperusta	12
3.1	Vammaispalveluasiakkaan palveluntarvetta koskevaa lainsäädäntöä	12
3.2	Vammaisuuden määritelmiä.....	13
3.3	Toimintakyky ja vammaisen ihmisen toimintakyky	14
3.4	Vammaispalveluasiakkaan palvelut ja tukitoimet.....	15
3.5	Omahoitaja vammaispalveluasiakkaan tukena	19
3.6	RAI-järjestelmä	20
3.7	RAI:n hyödyntäminen hoito- ja palvelusuunnitelmassa.....	22
3.8	Hoitoprosessin vaihe ja hoito- ja palvelusuunnitelma	27
3.9	Hoitoyn rakenteinen kirjaaminen.....	29
4	Kehittämistoiminnan menetelmät	31
4.1	Juurruttaminen kehitystoiminnan menetelmänä	31
4.2	Informoitu kysely, avoimet kysymykset ja monivalintakysymykset	32
4.3	Tiedonkeruuaineiston sisällönanalyysi.....	32
4.4	Eettisyys kehittämistoiminnassa.....	33
4.5	Muutos kehittämistoiminnassa	34
5	Kehittämistoiminnan toteutus	35
5.1	Nykytilanteen kuvaus	35
5.2	Kehittämiskohteen valinta.....	37
5.3	Yhteenveto kehittämiskohteen tietoperustasta	37
5.4	Uuden toimintatavan rakentaminen	39
6	Uusi toimintatapa	41
6.1	Uuden toimintatavan kuvaus.....	41
6.2	Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet.....	44
7	Kehittämistoiminnan arviointi	45
7.1	Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi.....	47
7.2	Arviointituloksen raportointi	49
7.3	Eettiset kysymykset kehittämistyössä	56
8	Lopuksi	57
	Lähteet	58
	Kuviot	63
	Liitteet.....	64

1 Johdanto

Suomessa vammaispolitiikka perustuu maailmanlaajuisiin kolmeen vammaispoliittiseen periaatteeseen. Periaatteet ovat: 1) vammaisen henkilön oikeus yhdenvertaisuuteen, 2) vammaisen henkilön oikeus osallisuuteen ja 3) vammaisen henkilön oikeus tarpeellisiin palveluihin ja tukitoimiin. (Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006.)

Vammaisten henkilöiden itsenäistä suoriutumista, itsemääräämisoikeutta ja yhteiskunnallista osallisuutta ovat rajoittamassa yhteiskunnan rakenteelliset esteet. Vammaispoliittinen ohjelma VAMPO (2010-2015) käynnistettiin korjaamaan ja kehittämään toimenpiteitä vammaisen henkilön tasavertaisen ja oikeudenmukaisen aseman turvaamiseksi. (VAMPO 2010-2015, 23.)

Monet sosiaali- ja terveystieteelliset linjaukset korostavat sosiaali- terveydenhuollon asiakkaiden omavastuuta ja velvollisuutta ylläpitää omaa hyvinvointiaan. Asiakkuusajattelun kehittyminen on saanut vauhtia siitä, että vastuuta on koko ajan siirretty palvelujen käyttäjälle, kansalaiselle itselleen. Kuluttajat toimivat palvelujen käyttäjinä aktiivisena yhteiskunnan muuttujana tuomalla esiin erilaisia yhteiskunnallisia epäkohtia. Osa asiakkaista puolestaan joutuu pakosta käyttämään tiettyjä palveluja. Asiakas on palveluiden keskipisteessä ja palvelut organisoidaan häntä varten. Asiakas ei ole ainoastaan palveluiden kehittämisen kohteena, vaan osallistuu itse alusta asti palvelutoiminnan suunnitteluun. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 16.)

Vammaispalveluasukkaiden hoitotyön laatua on kehitettävä. Asukkaiden toimintakykyä arvioidaan tekemällä RAI-arviointeja. Arvioinneista saatavat raportit kertovat asiakkaan fyysisestä, kognitiivisesta ja sosiaalisesta toimintakyvystä. RAI on asiakkaan toimintakyvyn arviointiväline ja siitä saadaan mm. tietoa miten paljon asiakkaat tarvitsevat apua, mistä selviytyvät pienellä avulla ja missä tarvitsevat runsaasti apua päivittäin. RAI-arviointi tulee tehdä asukkaalle kahden viikon sisällä siitä kun hän on muuttanut palvelutaloon, ja vasta sen jälkeen tulisi tehdä hoito- ja palvelusuunnitelma. Tavoitteena on, että RAI-arvioinnista saadut tiedot otetaan työvälineeksi hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen.

Monille hoitajille RAI-mittareiden tulkitseminen on vielä haasteellista. Tarvittaisiin lisää koulutusta juuri näiden raporttien hyödyntämiseen, jotta ne voitaisiin ottaa avuksi hoito- ja palvelusuunnitelman tekoon. Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma on työntekijän tukena. Tällöin kaikilla asiakkaan tarvitsemien palvelujen tuottamiseen, asiakkaan avustamiseen, hoivaan ja hoitoon osallistuvilla on tiedossaan samat tavoitteet. Hyvässä hoito- ja palvelusuunnitelmassa on kirjallisesti selvästi ilmaistu, mihin kunkin asiakkaan osalta pyritään. (Päivärinta & Haverinen 2002, 17-18.)

Vammaispalveluasukkailla on oikeus saada elää ja toimia muiden kanssa tasavertaisina yhteiskunnan jäseninä. Jotta tämä toteutuisi, kuuluisi heidän saada kaikki mahdolliset tukitoimet ja apu, koskien myös hoitohenkilökunnan miehityksiä. Palvelutalossa on käytössä omahoitajajärjestelmä, joka tarkoittaa sitä, että jokaisella asukkaalla on nimetty omahoitaja. Omahoitajan tehtävänä on huolehtia asukkaan hoidon suunnittelusta, toteutuksesta, ja arvioinnista. Omahoitaja on tarvittaessa yhteydessä myös omaisiin ja viestittää heille asiakkaan tilanteesta.

Palomäki on tehostetun palveluasumisen yksikkö, jossa sijaitsevat myös vammaispalveluasunnot. Tällä hetkellä näissä vammaispalveluasunnoissa on asukkaana lähinnä sairauden vuoksi vammautuneita, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoivaa ja ovat vammansa perusteella oikeutettuja palveluasumiseen. Vammaispalvelulain 2§ mukaan vammaisella henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla vamman tai sairauden johdosta on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämäntoiminnoista. Lain tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden haittoja ja esteitä. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380.)

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli kehittää hoitajien osaamista vammaispalveluasukkaan hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa niin, että RAI-arvioinnista saatavat tiedot ovat asiakkaan hoidon tarpeen määrittelyn perustana tehtäessä hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Tavoitteena oli kehittää asiakaslähtöistä hoitoa. Asiakaslähtöisessä palvelussa hoitoa saava asiakas on keskipiste ja hänen toiveitaan kuunnellaan.

2 Kehittämissympäristö

2.1 Kehittämissympäristön kuvaus

Kehittämistehtävän toteuttamisympäristö on Palomäen palvelutalon vammaispalveluasunnot. Palomäki sijaitsee Porvoon keskustassa ja se on tehostetun palveluasumisen yksikkö, jossa sijaitsevat myös vammaispalveluasunnot. Tehostetussa palveluasumisessa hoito ja palvelut ovat asiakkaan tavoitettavissa ympäri vuorokauden. Asukkaiden palveluntarve on runsasta ja ympärivuorokautista. Palvelukeskuksessa sijaitsee myös muistipoliklinikka, päivätoiminta Rosa ja kolme kotihoidon aluetoimistoa, (itäinen, pohjoinen ja eteläinen aluetoimisto) sekä 55-paikkainen palvelutalo. Palveluasunnot sijaitsevat talon toisessa ja kolmannessa kerroksessa. Toisessa kerroksessa on viisi yksiötä vammaisille omalla keittiöllä ja wc-/suihkutilalla, sekä kaksi 12:sta asukkaan dementia yksikköä. Kolmannessa kerroksessa sijaitsee 26 yksiötä vanhusasiakkailla omalla keittiöllä ja wc-suihkutilalla. Molemmissa kerroksissa on yhteiset oleskelu-/ruokailutilat. (Porvoo 2010.)

Vammaispalveluasiakkaille on myönnetty palveluasuminen vanhusten tehostetun palveluasumisen yksiköstä, koska omaa tehostetun palveluasumisen yksikköä vammaisille ei ole. Vammaispalveluasukkaat saavat palvelutalon hoitajilta apua ympäri vuorokauden. Nämä vammaispalveluasunnot sijaitsevat eri kerroksessa kuin varsinainen asumispalveluyksikkö. Tämä hankkii asukkaiden siirtymistä ruokailu- ja muihin yhteisiin tiloihin. Vammaisen henkilö on usein täysin toisen ihmisen avun varassa ja jos tämä palvelu ei toimi, aiheuttaa se monia käytännön vaikeuksia (Hyvönen 2010, 23).

Kaikki palvelutalon vammaispalveluasiukkaat tarvitsevat runsaasti apua. He eivät selviä itsenäisesti mistään jokapäiväiseen elämään kuuluvista toiminnoista, kuten hygienian hoidosta tai pukeutumisesta. Heillä on erilaisia liikkumisen ja siirtymisen apuvälineitä asunnoissaan. Kolme asiakasta autetaan pyörätuoliin henkilönostimella. Asunnot ovat yksiöitä, joissa on liian pieni kylpyhuone. Sinne ei mahdu suuren erikoisvarustellun pyörätuolin kanssa. Asunnot sijaitsevat myös eri kerroksessa kuin varsinainen palveluyksikkö. Vammaispalveluasiukkaat tarvitsevat liikkumisen apuvälineeksi pyörätuolin. Matkalla on myös useampi ovi, ja ne ovat painavia. Isoniemen (2012) tutkimuksen mukaan vaikeavammaisilla on useimmiten vaikeuksia liikkumisessa niin kotona kuin kodin ulkopuolella. Raskaat ovet ovat yleisin liikkumiseste vammaisilla henkilöillä. Hissikään ei tee tiloista esteettömiä, jos se on pieni tai jos käytävän raskaat pallovet vaikeuttavat hissiin pääsyä. Liikuntaesteettömyys on kaikessa ympäristössä ja palveluissa sen vuoksi erittäin tärkeää. (Isoniemi 2012, 85-87.)

Asiakkaat joutuvat viettämään paljon aikaa yksin omissa asunnoissaan, sillä yläkerran yhteiset oleskelutilat ovat hyvin ahtaat, eikä siellä ole mahdollista järjestää kunnollista viriketoimintaa. Palvelutalossa sijaitsevassa päivätoiminta Rosassa järjestetään kerran viikossa viriketoimintaa viikossa myös vammaispalveluasunnoissa asuville MS-asiakkaille. Siellä he tapaavat vertaisiaan ja voivat osallistua ohjattuun toimintaan. Tämä on todella tärkeää vammaispalveluasiakkaille, joiden elämä on rajoittunutta, eikä arki aina kovin virikkeellistä ja he toivoisivatkin, että voisivat osallistua useammin kuin vain kerran viikossa yhden tunnin ajan. Vammaispalvelulaki velvoittaa kuntia tarjoamaan yksilöllisesti räätälöityä mielekästä päivätoimintaa vaikeavammaisille (Isoniemi 2012, 102).

Palomäen palvelutalossa on käytössä omahoitajamalli, joka on muokattu niin, että se ottaa asiakkaan tarpeet huomioon. Palveluasunnot on jaettu kahteen tiimiin. Molemmista tiimeissä on omat sairaanhoitajat, joka vastaavat asiakkaiden sairaanhoidollisesta puolesta. Sairaanhoitajat huolehtivat asiakkaiden lääkehoidosta, ottavat tarvittaessa verinäytteet, ovat mukana lääkärinkierroilla ja hoitavat lääkärin kanssa tiistaisin tapahtuvat puhelinkierrot. Sairaanhoitajilla ei ole varsinaisia nimettyjä omia asiakkaita, vaan he toimivat lähihoitajien tukena. Jokaisella lähihoitajalla on kaksi omaa asiakasta, joiden kokonaisvaltaisesta hoidosta hän omahoitajana vastaa. Palomäen palvelutalon henkilökunta teki suunnitelman omahoitajan toimenkuvasta neljä vuotta sitten, kun palvelutalo avattiin ja hoitajat valmistelivat paikkoja asiakkaita varten. Näitä ohjeita on välillä kerrattu, joskus kehittämisiltapäivässä ja joskus osastokokouksessa.

Omahoitajalla on kokonaisvaltainen näkemys asiakkaan hoidosta jota toteutetaan moniammatillisessa tiimissä ja yhteistyössä omaisten kanssa. Asiakas ja omainen tietävät kuka hänen omahoitajansa on ja miten omahoitajaan saa yhteyden. Tavoitteena on, että omahoitaja on vastaanottamassa asiakasta hänen muuttaessaan Palomäen palvelutaloon ja antaa tarvittavat yhteystiedot omaisille. Omahoitaja suunnittelee ja työvuorossa ollessaan vastaa asiakkaan hoidosta yhdessä muun hoitotiimin kanssa. Kun omahoitaja on poissa toiset tiimissä työskenteleväi huolehtivat asiakkaan hyvinvoinnista. Omahoitaja kartoittaa asiakkaan taustatiedot ja huolehtii, että yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa tehty hoito- ja palvelusuunnitelma on ajan tasalla. Omahoitajan vastuulla on tiedottaa asiakkaan voinnista ja sen mahdollisista muutoksista muulle henkilökunnalle ja kirjata tiedot asianmukaisesti potilastietojärjestelmään = Efficaan. Omahoitaja tekee puolivuositain RAI-arvioinnin. Muu hoitotiimi on tarvittaessa apuna arvioinnin sekä hoito- ja palvelusuunnitelman teossa ja päivityksessä. Omahoitaja huolehtii siitä, että asiakas saa mm. haluamansa kampaaja, jalkahoitaja, hammaslääkäri ym. talon ulkopuolelle suuntautuvat palvelut ja auttaa kuljetuksen tilaamisessa ja mahdollisen avustajan/saattajan hankkimisessa. (Palomäen omahoitajaohjeet 2010.)

Omahoitaja huolehtii asiakkaan asunnossa olevan lääkelistan päivityksestä yhdessä sairaanhoitajan kanssa. Omahoitajan vastuulla on selvittää ja sopia asiakkaan ja/tai omaisen/ edunvalvojan kanssa siitä kuinka raha-asiat hoidetaan. Omahoitaja vastaa, että asiakkaalla on riittävästi henkilökohtaisia tarvikkeita (hygieniatuotteet) ja ilmoittaa tarvittaessa puutteista omaisille tai hoitaa hankinnat asiakkaan kanssa/puolesta. Hän myös huolehtii siitä, että asiakkaalla on käytössään asianmukaiset apuvälineet ja siitä, että ne toimivat moitteettomasti ja tulevat puhdistetuksi ja huolletuksi tarvittaessa. Omahoitaja huolehtii siitä, että asiakkaalla on tarpeeksi vaatteita ja ne ovat kaikki nimikoituja. Hänen vastuulla on myös asiakkaan asunnon yleinen siisteys ja viihtyisyys. (vaatekaapit, jääkaapin siisteys, roskien vienti jne.) Omahoitaja suunnittelee mahdollisuuksien mukaan asukkaalleen liikuntasuunnitelman ja sitoutuu huolehtimaan siitä, että sitä myös toteutetaan. Toteutunut toiminta kirjataan aina asiakkaan tietoihin. Omahoitajan ja koko hoitotiimin vastuulla on se, että asiakkaan päivistä tulee vaihtelevia ja merkityksellisiä. Asiakkaalle järjestetään mielekästä viriketoimintaa, ulkoilua, sekä huomioidaan myös asiakkaan hengelliset/henkiset tarpeet. (Palomäen omahoitajaohjeet 2010.) Omahoitajan ammattitaitoon kuuluu myös hyvä kirjaamisen taito. Sähköinen kirjaaminen lisää uusia vaatimuksia hyvän kirjaamisen edellytykseksi. Hyvällä kirjaamisella on vaikutus asiakkaan hoidon suunnitteluun, kokonaishoitoon ja arviointiin. (Hjerpe 2008, 56.)

Omahoitajan laatima hoito- ja palvelusuunnitelma antaa kokonaiskuvan kotihoidon asiakkaan toimintakyvyn vahvuuksista sekä heikkouksista. Se on yksilöllinen ja realistinen toimintasuunnitelma toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja kuntoutumisen edistämiseksi. Sillä varmistetaan, että asiakkaan hoitoon osallistuvilla työntekijöillä on tiedossa samat tavoitteet. Hoito- ja palvelusuunnitelma koostuu asiakkaan toimintakyvyn vahvuuksista ja heikentyneen toimintakyvyn tukemisesta (Effic kotihoidon voimavarakartoitus), tukemisen tavoitteista ja auttamismenetelmistä (tavoitteet ja auttamismenetelmät) sekä toiminnan vaikutusten arvioinnista. Hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan asiakaslähtöisesti, huomioiden asiakkaan toimintakykyä edistävä kuntouttava työote. Kiinnitetään huomiota asiakkaaseen ja hänen elämäänsä. (Oja ym. Kirjaamisen laatukäsikirja.)

Toimintakyvyn arvioinnin mittareina käytetään mittareita esim. RAI-järjestelmästä, MNA:sta tai MMSE:tä. Arvioinnin tuloksena selviävät asiakkaan toimintakyvyn vahvuudet ja heikentyneen toimintakyvyn kuvaus: mistä selviytyy hyvin ja mistä ei selviydy täysin itsenäisesti tai missä tarvitsee muiden apua tai palvelua. Mitä huonompi toimintakyky on, sitä tärkeämpää on kuvata toimintakykyä yksityiskohtaisesti pienissä osissa, jolloin myös asiakkaan omat vahvuudet tulevat esiin. Hoito- ja palvelusuunnitelma tulisi tehdä yhdessä asiakkaan (ja omaisen) kanssa asiakkuuden aloitusvaiheessa ja päivittää 6 kuukauden kuluttua tai aikaisemmin, jos asiakkaan toimintakyvyssä tai hoidon- ja palveluntarpeessa ilmenee muutoksia. (Oja ym. Kirjaamisen laatukäsikirja.)

2.2 Kehittämistyön tavoitteet

Kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää hoitajien osaamista vammaispalveluasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa niin, että RAI-arvioinnista saatavat tiedot ovat asiakkaan hoidon tarpeen määrittelyn perustana tehtäessä hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Tavoitteena oli kehittää asiakaslähtöistä hoitoa. Asiakaslähtöisyys tarkoittaa asiakkaan kuuntelemista ja sen selvittämistä, mikä asiakkaalle on tärkeää (Kanste, Holappa, Miettinen, Rissanen & Törmänen 2010, 55). Asiakkaille tehdään RAI-arviointi kaksi kertaa vuodessa ja samalla tulisi päivittää myös hoito- ja palvelusuunnitelmat. Asiakkaan voinnin muuttuessa huonompaan tai parempaan suuntaan, hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee kirjata myös muuttunut tilanne. Hoitajat osaavat käyttää RAI-tietojärjestelmää, mutta monilla on puutteita siitä tiedosta, miten RAI:ta voidaan hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä. Tämä on johtanut siihen, että RAI-arviointia ei ole otettu työvälineeksi hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Kehittämistehtävään liittyy hoitajien perehdyttäminen RAI-mittareiden tulkintaan niin, että he voivat ottaa ne arviointivälineeksi hoito- ja palvelusuunnitelmien tekoon. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatut tiedot helpottavat myös hoitajien työskentelyä, sillä kaikilla on käytössä sama tieto asiakkaan hoidosta ja palveluntarpeesta ja siitä miten se toteutetaan.

Palomäen palvelutalossa toteutetaan kodinomaista hoitoa ja hoitotyön päivittäinen kirjaaminen on tehty kotihoidon kirjaamisohjeiden mukaan. Päivittäinen kirjaaminen tapatuu Effica kotihoidon toteuma-lehdelle (KHTOTS) ja kirjaamisessa käytetään rakenteista kirjaamista otsikkotasolla. Kirjaus on vapaana tekstinä otsikon alla. Hoitajat tekevät hoito- palvelusuunnitelmat kotihoidon palvelusuunnitelmaan. Ensimmäiselle lehdelle kirjataan asiakkaan perustiedot. Toiselle lehdelle tulevat tavoitteet/auttamismenetelmät ja viimeinen näkymä on arviointi. Kotihoidon hoitosuunnitelmasta puuttuu kokonaan hoitotyön tarve, mutta tavoitteet ovat aina asiakkaan tarpeista lähteviä. Hoitotyön toteutumista kirjataan päivittäin, mutta se on ollut puutteellista. Enimmäkseen kirjataan hoitotyön toiminnot otsikon alle ja paljon kirjataan sitä, mitä hoitaja on tehnyt. Otsikoista löytyy myös toimintakyky, joka sopii erittäin hyvin asiakkaan päivittäisen toimintakyvyn arviointiin. Porvoon vanhus- ja vammaispalveluiden uudessa toimintasuunnitelmassa vuodelle 2015 on tavoitteena kirjaamisen kehittäminen niin, että hoitotyötä kirjataan laadukkaasti ja tällöin tulisi päivittäisessä kirjaamisessa huomioida hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatut asiat.

3 Kehittämistoiminnan tietoperusta

3.1 Vammaispalveluasiakkaan palveluntarvetta koskevaa lainsäädäntöä

YK:n Euroopan unionin ja Euroopan neuvoston jäsenvaltiona Suomi on sitoutunut edistämään kaikille avointa ja syrjimätöntä yhteiskuntaa. Suomen perustuslaissa (731/1999) taataan vammaisten henkilöiden yhdenvertaisuus ja kielletään syrjintä. Vammaisten henkilöiden yhdenvertainen kohtelun sekä elämänhallinnan, työ- ja toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukeminen ovat olleet jo pitkään hallituksen keskeisiä vammaispoliittisia tavoitteita. Vammaisten henkilöiden asemaa on parannettu viime vuosina kehittämällä lainsäädäntöä ja palveluja. Yhteiskunnan esteettömyyttä ja saavutettavuutta on myös lisätty eri osa-alueilla. Vammaispoliittinen toimintaohjelma 2010-2015 tukee osaltaan muutosprosessia, vammaisuuden lääketieteellisestä, hoidollisesta ja huollollisesta näkökulmasta ihmisoikeudelle perustuvaan näkökulmaan. (VAMPO 2010-2015, 20.)

Vammaispalvelulain 2§ mukaan vammaisella henkilöllä tarkoitetaan henkilöä, jolla vamman tai sairauden johdosta on pitkäaikaisesti erityisiä vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämäntoiminnoista. Lain tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden haittoja ja esteitä. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380.)

Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista määrittävän lain (2000/812) 7§ mukaan toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus tai muu vastaava suunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Kotiin annattavia palveluita voidaan järjestää osana vaikeavammaisten palveluasumista, jolloin palvelut ovat maksuttomia (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/734). Palveluasuminen kuuluu sosiaalihuollon palveluihin ja sen järjestämisestä on kunnan huolehdittava (Sosiaalihuoltolaki 1982/710).

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn lain (159/2007) tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Laki koskee sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon potilaan asiakastietojen käsittelyä. Lain tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista käsittelyä. Esityksen tavoitteena on myös edistää asiakkaan tiedonsaantia omista asiakastiedoistaan ja niiden käsittelyyn liittyvistä lokitiedoista. Lailla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointi järjestelmä terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä potilaan tiedonsaanti mahdollisuuksien edistämiseksi. 2010 Uusitulla lailla Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä

(1227/2010) on muutettu mm. potilastietojen luovuttamiseen liittyviä pykälä, säädetty uusi potilaan tiedonhallintapalvelua koskeva pykälä ja tehty muutoksia siirtymäsäännöksiin. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä.)

Samaan aikaan asiakastiedon sähköisistä käsittelyä koskevan lakiehdotuksen kanssa eduskuntakäsittelyssä on ollut lakiehdotus sähköisestä lääkemääräyksestä (2007/61). Tämän lain tarkoituksena on parantaa potilas- ja lääketurvallisuutta. Reseptikeskukseen tallennetut lääkemääräykset mahdollistavat potilaan suostumuksella hänen kokonaislääkityksensä selvittämisen ja huomioon ottamisen lääkehoitoa toteutettaessa. (Laki sähköisestä lääkemääräyksestä 2007/61.)

Palvelutalon vammaispalveluasiakkaat ovat valikoituneet asumaan tehostettuun palveluasumiseen vammaispalvelun kautta. He ovat oikeutettuja palveluasumiseen, sillä vammaispalveluasuminen kuuluu sosiaalihuollon palveluihin ja sen järjestämisestä on kunnan huolehdittava. (Sosiaalihuoltolaki 1982/710). Lisäksi heille on myönnetty kotiin annattavia palveluita osana vaikeavammaisten palveluasumista, jolloin palvelut ovat maksuttomia (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992/734). Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista määrittävän lain (2000/812) 7§ mukaan toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus tai muu vastaava suunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Tämä on omahoitajan tehtävä. Lisäksi laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) velvoittaa hoitajia kirjaamaan asiakastietoihin tarkoituksenmukaiset ja tarpeelliset tiedot. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (2009/298) sanotaan, että merkintöjen tulee olla riittäviä, virheettömiä ja selkeitä, eikä merkintöjä tehdessä saa käyttää kuin yleisesti tunnettuja käsitteitä ja lyhenteitä. Myös salassapitovelvollisuus koskee kaikkia palvelutalossa työskenteleviä, ja sitä on noudatettava niin kuin laissa on määrätty. Terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa sivullisille luvatta ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon. Salassapitovelvollisuus säilyy ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559). Myös yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia käsiteltäessä on noudatettava sitä mitä Henkilötietolaissa (1999/523) sanotaan.

3.2 Vammaisuuden määritelmiä

YK:n yleissopimuksessa vammaisen henkilön oikeuksista vammaisuus määritellään seuraavalla tavalla: Vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne, joilla on pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, jonka vuorovaikutus erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muide

kanssa. YK:n vammaissopimus on historiallinen kansainvälinen sopimus, koska siinä määritellään vammaisuus käsitteenä toisin kuin aiemmissa YK:n kansainvälisissä sopimuksissa tai ihmisoikeusjärjestelmissä. (Gustafsson 2012, 6.)

Suomessa vammaisuuteen on suhtauduttu monella tavalla ja vammaisia henkilöitä koskeva yhteiskunnallinen ja sosiaalipoliittinen ajattelu on muuttunut huomattavasti ajan kuluessa. Suomen perustuslaki turvaa vammaisten henkilöiden yhdenvertaisuuden, mutta asenteissa vammaisryhmiä kohtaan on käytännössä edelleenkin ongelmia. (Haarni 2006, 31-32.)

Vammaisuutta on monenlaista. Vamma voi olla synnynnäinen tai sen voi saada jossakin elämän vaiheessa sairauden tai loukkaantumisen seurauksena. Vamma aiheuttaa erilaisia haittoja tai toimintarajoituksia elämässä ja arjen toiminnoissa. Pitkäaikainen sairaus voi myös aiheuttaa vastaavaa haittaa ja toiminnanrajoituksia. (Haarni 2006, 14.) Liikuntakyvyn huonontuessa ja voimien heiketessä vammainen tai pitkäaikaisesti sairas ihminen jää helposti neljän seinän vangiksi. Jokapäiväisiin lähipalveluihin liittyvät ongelmat ja asumiseen liittyvät ongelmat ovat omiaan lisäämään vammaisten ja vanhusten sosiaali- ja terveystalvveluita. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2010, 69.)

Nykyisin vammaisuus on yhä yleisempää ja näkyvämpää. Vammaisista vain pieni osa on syntyessään vammaisia. Suurin osa vammautumisista ja liikuntarajoitteista syntyy myöhemmin elämän aikana ja varsinkin ikääntymisen myötä. Vammaisuus ja vammaisten ihmisten hyvinvointi koskettaakin meitä kaikkia nyt ja tulevaisuudessa, eikä ole vain pienen vähemmistön ongelma. (Hyvönen 2010, 28.)

Multippeli skleroosi eli MS-tauti on neurologinen pitkäaikaisairaas, johon sairastuneiden määrä on viime vuosina lisääntynyt ja määrän ennustetaan lisääntyvän. Heiskanen (2009) väitöskirjan mukaan aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu pidempään MS-tautia sairastaneiden terveyteen liittyvän elämänlaadun olevan heikompi kuin terveellä väestöllä tai muilla pitkäaikaisairailla. Terveyteen liittyvän elämänlaadun heikentävinä tekijöinä ovat taudin aktiivisuus, oireet ja kognitiiviset häiriöt sekä tunne-elämään ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvät ongelmat. MS-tautiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta lääkehoidolla, kuntoutuksella ja psykososiaalisella tuella tiedetään olevan sairastuneiden terveyteen liittyvää elämänlaatua edistävä merkitys. (Heiskanen 2009, 37-38.)

3.3 Toimintakyky ja vammaisen ihmisen toimintakyky

Yleisesti toimintakyky on jaoteltu fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn (Heikinen, Laukkanen & Rantanen 2013, 278). Toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, että henkilö selviytyy itselleen merkityksellisistä ja välttämättömistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä

ympäristössä jossa hän arkeaan elää. Henkilön arvio omasta toimintakyvystään on yhteydessä hänen terveyteensä ja sairauksiinsa, toiveisiinsa ja asenteisiinsa sekä niihin tekijöihin, jotka haittaavat suoriutumista päivittäisistä perustoimista ja arjen askareista. Toimintakyvyn käsite liittyy ihmisen hyvinvointiin ja se voidaan määrittää joko voimavaralähtöisesti jäljellä olevan toimintakyvyn tasona tai todettuina toiminnan vajeina. (STM 2006.)

Väestön ikääntyminen merkitsee lisääntyvää sairastavuutta ja toimintakyvyn heikkenemistä sekä hyvinvointia heikentävää toiminnanvajavuutta ja vaikeuksia selviytyä arkielämän vaatimuksista. Päivittäisistä perustoiminnoista selviytymistä arvioidaan standardoiduilla testeillä, kuten ADL (activities of daily living). Tätä parempi toimintakyky edellyttää kykyä hoitaa asioita myös kodin ulkopuolella (instrumental activities of daily living) IADL. (Heikkinen ym. 2013, 279.)

Ihmisen toimintakyky on vuorovaikutuksessa hänen ympäristöönsä. Se joko mahdollistaa ja edistää turvallista omatoimista elämistä tai vaikeuttaa sitä. Ympäristöllä voidaan tarkoittaa kotia tai sen välitöntä ympäristöä, lähiseutua tai kaupunkia. (Finne-Soveri 2012, 40.) Ympäristö leimaa vammaisiksi henkilöt, jotka eivät selviydy ympäristön asettamista vähimmäisvaatimuksista (Maula 2014, 5).

Vammaisen asiakkaan pitkäjänteinen selviytyminen oman elämänsä eri tilanteissa ja ympäristöissä on tärkeää. Ei riitä, että hän selviytyy yksittäisistä toiminnoista. Hänen arkensa sujumisen näkökulmasta olennaista on se, miten hän selviytyy näistä kokonaisuutena. Pietiläisen ja Seppälän (2008) mukaan asiakkaan elämäntilanteen tarkastelun ja arvioinnin pohjalta voidaan tunnistaa niitä tarpeita ja ongelmia, joihin lähdetään etsimään ratkaisuja. Voimavarojen ja vahvuuksien tunnistaminen ja esiin nostaminen antaa myös viitteitä siihen, millaisiin ratkaisuihin on mahdollisuuksia. (Pietiläinen ja Seppälä 2008, 48.) Erityisen merkittävää on ottaa huomioon ne tilanteet, joissa hoitoa ja palvelua saavan asiakkaan toimintakyky tai edellytykset ilmaista tarpeensa ja mielipiteensä ovat heikentyneet (Hänninen 2007).

Hyvinvointi on kuitenkin paljon enemmän kuin vain palveluita, joilla yritetään täyttää hyvinvointivajeita. Jotta ihminen voi kokea elämänsä mielekkääksi, hän tarvitsee useimmiten kokemusta vaikuttamisen mahdollisuudesta tai osallisuudesta. Ihmisen perustarpeisiin liittyy tarve kuulua johonkin ja mahdollisuus toteuttaa itseään. (Häkkinen ym. 2010, 190.)

3.4 Vammaispalveluasiakkaan palvelut ja tukitoimet

Lähtökohtana palvelujen myöntämiselle on vamman tai sairauden aiheuttama tarve. Jos henkilö on vammaispalvelulain 2. pykälän tarkoittamalla tavalla vammainen, hänellä on oikeus

lain mukaisiin palveluihin ja tukitoimiin, joiden järjestämistä vastuu on säädetty kunnalle. Kunnan vastuu väistyy vain, jos vammaisen saa tarvitsemansa palvelut jonkin muun lain nojalla. Sosiaalilautakuntaa ja kunnan muita viranomaisia niin ikään veloitetaan edistämään ja seuraamaan vammaisten henkilöiden elinoloja sekä ehkäisemään ja poistamaan niiden epäkohtia. Kunnan on myös kehitettävä sekä yleis- että erityispalveluita vammaisten tarpeiden mukaisesti ja otettava huomioon heidän oma äidinkieltensä. (Stål & Rissanen 2008, 742.)

Jos MS-tautia sairastava tarvitsee ympärivuorokautista apua, hän on oikeutettu palveluasumiseen. Vammaispalvelulain mukaan se merkitsee, että kunnan on järjestettävä sen mahdollistavat erityispalvelut. Vammaispalvelulain 8 §:n mukaan kunnan on järjestettävä vammaiselle henkilölle palveluasunto, jos henkilö vammansa tai sairautensa vuoksi välttämättä tarvitsee palvelua suoriutuakseen tavanomaisista elämän toiminnoista. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 3.4.1987/380.) Rautiaisen, Wikströmin ja Siveniuksen (2008) mukaan vammaisen henkilön subjektiivinen oikeus palveluasumiseen kotona tai kodinomaisessa palveluasunnossa mahdollistaa joustavasti omaishoitajan, kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja henkilökohtaisen avustajan. Oleellista palveluasumisessa on, että henkilöllä on toimiva asunto, jossa asuessaan hänellä on asukkaan oikeudet ja velvollisuudet ja että hän saa asumisensa tueksi riittävästi palvelua ja tukea (STM. 2003:4).

Palveluasumiseen kuuluvat asunto sekä asumiseen liittyvät palvelut, jotka ovat välttämättömiä asukkaan jokapäiväiselle suoriutumiseksi. Näitä palveluja ovat avustaminen asumiseen liittyvissä palveluissa, kuten liikkumisessa, pukeutumisessa, henkilökohtaisessa hygieniassa, ruokataloudessa ja asunnon siivouksessa sekä ne palvelut, joita tarvitaan asukkaan terveyden, kuntoutuksen ja viihtyvyyden edistämiseksi. (Vammaispalveluasetus 18.9.1987/759.)

Asumispalvelu pysyvänä tai lyhytkestoisena on hyvin tärkeä palvelumuoto. ”Vammaisten asumispalvelu pysyvänä tai lyhytkestoisena samassa laitoksessa vanhusten kanssa tuntuu jo valmiiksi ahdistavalta ajatukselta” (Huilla 2010, 28).

Palvelujen järjestämisessä kunnalla on keskeinen vastuu. Kunnat ovat vastuussa niin vammaispalvelu- ja kehitysvammalaissa säädettyjen palvelujen järjestämisestä kuin niiden kehittämisestä. Vammaispalvelulain 7§ mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että kunnan yleiset palvelut soveltuvat myös vammaiselle henkilölle. Vammaisuuden perusteella järjestettäviä palveluja ja tukitoimia kehittäessään kunnan tulee ottaa huomioon vammaisten henkilöiden esittämät tarpeet ja näkökohdat. (Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 1987/380.)

Porvoon kaupunki on strategiansa uusimisen yhteydessä uusinnut myös vammaispoliittisen ohjelmansa vuosille 2014-2020. Se pohjautuu kaupungin aikaisempiin ohjelmiin sekä Suomen vammaispoliittiseen ohjelmaan VAMPO 2010-2015. Ohjelman tavoitteena on linjata kaupungin

vammaisten henkilöiden oikeudenmukaista asemaa parantavat konkreettiset korjaus- ja kehittämistoimenpiteet tulevana kautena. Keskeiseksi kehittämiskohteiksi ovat nousseet asuminen, esteettömyys ja liikkuminen, koulutus ja työllistäminen, vapaa-aika sekä tiedottaminen. (Uusimaa 4.12.2013.)

Vammaisten henkilöiden päivätoimintaan kuuluu kodin ulkopuolella järjestettyä itsenäisessä elämässä selviytymistä tukevaa ja sosiaalista vuorovaikutusta edistävää toimintaa. Päivätoimintaa järjestettäessä vaikeavammaisena pidetään työkyvyttöntä henkilöä, jolla vamman tai sairauden aiheuttaman erittäin vaikean toimintarajoitteen vuoksi ei ole edellytyksiä osallistua sosiaalihuoltolain (710/1982) 27 e pykälässä tarkoitettuun työtoimintaan ja jonka toimeentulo perustuu pääosin sairauden tai työkyvyttömyyden perusteella myönnettäviin etuuksiin. (Vammaispalveluasetus 18.9.1987/759.)

Kaikilla vammaispalveluasiakkaila on henkilökohtainen avustaja, mutta hän ei osallistu hoitoon. Henkilökohtaisen avustajan tehtävä on pääsääntöisesti avustaa kodin ulkopuolisissa tapahtumissa, kuten fysioterapia käynneillä, hammaslääkäri käynneillä, ostoksilla ja joskus elokuvissa tai teatterissa käynnillä. Näihin asiointeihin saataviin kuljetuspalveluihin ja niihin liittyviin saattajapalveluihin kuuluu vammaisen henkilön työssä käymisen, opiskelun, asioimisen, yhteiskunnallisen osallistumisen, virkistyksen tai muun sellaisen syyn vuoksi tarpeelliset, joka-päiväiseen elämään kuuluvat kuljetukset (3.1.1995/102). Vammaispalvelulain nojalla asiakas saa henkilökohtaisen avustajan, jos hän kykenee itse määrittämään avuntarpeensa ja toimimaan työnantajana. Isoniemen (2012) tutkimuksessa henkilökohtaisen avun kohdalla työnantajana toimiminen oli koettu hankalaksi ja aikaa vieväksi, vaikka itse palveluun oltiin tyytyväisiä. Vammaispalvelulain mukaiset palvelut ja tukitoimet lisäävät merkittävästi vammaisten henkilöiden omia voimavaroja ja sitä kautta itsenäistä selviytymistä.

Heta-Henkilökohtaisten avustajien liitto ry ja Invalidiliitto ry ovat vaatineet muutoksia heinäkuussa 2014 sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemaan vammaislainsäädännön uuteen lakiluonnokseen, ja siinä erityisesti työntajamalliin liittyviin säädöksiin. Heta-liiton ja Invalidiliiton mielestä on tärkeää, että vammaisille henkilöille on saatavilla heidän tarpeensa mukainen henkilökohtaisen avun järjestämistapa. Nykyisessä vammaispalvelulaissa henkilökohtaisen avustajan työaikamallista on erittäin niukat säädökset. Säätelyn niukkuuden on todettu aiheuttavan moninaisia ja vakavia perusoikeudellisia ongelmia. Se johtaa vaikeaan lain tulkintaan niin kunnissa kuin vammaisten osalta. Tämä aiheuttaa käytännön toiminnassa epätietoisuutta, turvattomuutta ja merkittäviä taloudellisia riskejä sekä vahinkoja. Järjestöt ehdottavat henkilökohtaisen avun työntajamallille selkeämpää ja yksityiskohtaisempaa säätelyä. (Heta-liitto 2014.)

Vammaiselle henkilölle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa siihen, millaisia palveluja ja tukitoimia hänelle järjestetään ja millä tavoin ne toteutetaan siten, että ne parhaiten edistävät hänen itsemääräämisoikeutensa toteutumista ja lisäävät hänen mahdollisuuksiinsa toimia ja osallistua yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä. Järjestelmä, joka mahdollistaa täysivaltaisen osallisuuden yhteiskunnassa, tukee vammaisen itsenäistä pärjäämistä ja omaa elämänhallintaa (Vimper 2010, 66). Erityisesti kun on kyse sellaisista palveluista tai tukitoimista, joilla on vaikutusta vammaisen henkilön henkilökohtaisen vapauden, koskemattomuuden, turvallisuuden, yksityisyyden suojan ja itsemääräämisoikeuden toteutumiseen, on ensisijaisesti otettava huomioon vammaisen henkilön oma käsitys hänen avun- tai palveluntarpeestaan ja palveluiden järjestämistavasta. Itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden huomioon ottaminen korostuu erityisesti henkilökohtaiseen apuun ja asumiseen liittyvien palveluiden järjestämisessä. (Ahola & Konttinen 2009, 9.)

Itsemääräämisoikeus ja oikeus henkilökohtaiseen integriteettiin perustuvat ajatukselle ihmisarvosta. Jos ihmisellä on arvo sinänsä, hänellä täytyy olla oikeus elää ainutlaatuisena yksilönä, jolla on oikeus tehdä omat päätöksensä omien arvostustensa ja vakaumuksensa pohjalta. Yksilöllä täytyy olla itsemääräämisen kyky eli pätevyyttä ja myös mahdollisuuksia käyttää kykyä. Itsemääräämisoikeuden on toteuduttava niin, ettei se rajoita toisen itsemääräämisoikeutta. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 137.)

Perustuslain 19 §:n 1 momentissa sanotaan, että jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Perustuslain 6 § 2 momentissa säädetään yhdenvertaisuudesta ja syrjinnän kiellosta. YK:n vammaisten ihmisoikeussopimuksen 19 artiklassa puolestaan säädetään valtion velvollisuudesta varmistaa muun muassa, että vammaisten henkilöiden saatavissa on valikoima kotiin annettavia palveluja, asumispalveluja sekä muita yhteiskunnan tukipalveluja, mukaan lukien henkilökohtainen apu, jota tarvitaan tukemaan elämistä ja osallisuutta yhteisössä ja estämään eristämistä tai erottelua yhteisössä. (Ahola & Konttinen 2009, 30-31.)

STM:n tavoitteena on jo vuonna 2006 ollut se, että yleiset palvelut vastaavat mahdollisimman pitkälle vammaisten ihmisten tarpeita. Erityispalveluilla turvataan vammaisten henkilöiden yhdenvertaisuus. Vammaisille soveltuvia asuntoja ja asumisyksiköiden henkilöstöä tarvitaan lisää, jotta siirtyminen laitoshoidosta yksilöllisempiin asumisratkaisuihin lähiyhteisössä on mahdollista. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:35, 20.)

Monet sosiaali- ja terveyspoliittiset linjaukset korostavat sosiaali- terveydenhuollon asiakkaiden omavastuuta ja velvollisuutta ylläpitää omaa hyvinvointiaan. Asiakkuusajattelun kehittyminen on saanut vauhtia siitä, että vastuuta on koko ajan siirretty palvelujen käyttäjälle, kansalaiselle itselleen. Kuluttajat toimivat palvelujen käyttäjinä aktiivisena yhteiskunnan

muuttujana tuomalla esiin erilaisia yhteiskunnallisia epäkohtia. Osa asiakkaista puolestaan joutuu pakosta käyttämään tiettyjä palveluja. Asiakas on palveluiden keskipisteessä ja palvelut organisoidaan häntä varten. Asiakas ei ole ainoastaan palveluiden kehittämisen kohteena, vaan osallistuu itse alusta asti myös palvelutoiminnan suunnitteluun. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 16.)

Palveluiden riittävyys luo pohjan laadulle. Lähtökohtana palvelujen riittävyttävyydelle pidetään sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä ja antaa hänelle tarvittavan tuen ja turvallisuuden. Vertaamalla palvelusuunnitelmia, asiakkaiden palvelutoiveita, tehtyjä päätöksiä ja toteutunutta palvelukokonaisuutta saadaan kokonaisnäkemys, joka kuvaa kunnan vammaisten ihmisten palveluiden toteutumista suhteessa tarpeisiin. (Väyrynen, Kärki, Heinonen, Kaisla & Metsävainio 2010.) Kun mietitään hyvää elämää, ajatteluun liittyy väistämättä pohdintoja eettisyydestä ja arvoista, jotka osaltaan ohjaavat hoitotyön toimintaa ja asiakkaan hoidon toteutumista filosofiasta näkökulmasta (Hjerppe 2008, 5). Yhteiset arvot, huolenpito ja osallistuminen luontuvat erittäin hyvin vammaisasiakkaiden hoidon perusarvoiksi. Lisäksi erittäin tärkeitä arvoja ovat jokaisen asiakkaan huomioiminen yksilönä ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Niemi 2007, 10.)

3.5 Omahoitaja vammaispalveluasiakkaan tukena

Omahoitajamalliin sitoutuminen edellyttää jämäkkää asennetta. Sitoutuminen ei liity pelkäämään yksilövastuiseen hoitotyöhön vaan myös kaikkiin muihinkin yhdessä sovittuihin asioihin. Yksilövastuinen hoitotyö edellyttää omahoitajalta vahvaa hoitotyön osaamista, jonka perustana on tieto oman asiakkaan sairauksista. Omahoitajan tehtävänä on kertoa omalle asiakkaalleen häntä koskevia asioita ymmärrettävästi. Ammatillisella osaamisella on yhteys yksilövastuiseen hoitotyön laadukkaaseen toteutumiseen. (Hjerppe 2008, 52-54.) Yksilövastuisen hoitotyön perusajatus lähtee siitä, että asiakas tietää kuka hänen omahoitajansa on ja että heidän välilleen muodostuu luottamuksellinen hoitosuhde (Nyman 2006, 41).

Yksilövastuisella hoitotyöllä tarkoitetaan hoitotyön organisointitapaa sekä filosofisia toimintaperiaatteita. Yksilövastuisessa hoitotyössä organisointitapa merkitsee sitä, että terveydenhuollon organisaatiossa nimetään asiakkaalle yksilöllisesti vastuussa oleva hoitaja, joka kantaa vastuun hoitotyöstä ja sen koordinoinnista asiakkaan koko hoitojakson ajan. Tämä asiakas-keskeinen työskentelytapa perustuu näkemykseen, jonka mukaan hoitotyön tulee olla yksilöllistä, jatkuvaa, kokonaisvaltaista ja koordinoitua. Omahoitajan toimiessa vastuullisesti ja itsenäisesti nämä ominaisuudet toteutuvat. Yksilövastuista hoitotyötä pidetään parhaana tapana toteuttaa hoitotyötä asiakaslähtöisesti niin, että asiakkaalla on mahdollisuus saada tietoa ja vaikuttaa omaan hoitoonsa. (Pukuri 2009, 57.)

Yksilövastuisten hoitotyön toteuttaminen vaatii omahoitajalta tietoa, taitoa ja tahtoa. Siihen kuuluu myös hoitotyön toimintojen suunnittelu niin, että omahoitajuus voi toteutua. Keskeistä on hoitotyön monipuolinen kehittäminen ja työssä oppiminen osana päämäärätietoista hoitotyötä. Yksilövastuisten hoitotyön toteutumiseen tarvitaan myös työyhteisössä erilaisia järjestelyitä. Tällaisia ovat esimerkiksi työvuorojen suunnittelu hoitotyön tarkoituksesta lähtien sekä erilaisten tukitoimien järjestäminen niin, että hoitotyön tekijät voivat keskittyä asiantuntijuuteensa hyödyntämiseen asiakkaan hyväksi. (Laitinen 2009, 161.)

Omahoitajalla on myös keskeinen tehtävä niin hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisessä kuin yhteistyössä omaisten kanssa (Niemi 2007, 11). RAI-arviointien tekeminen ja niihin paneutuminen auttavat omahoitajaa hahmottamaan paremmin oman asiakkaansa kokonaishoitoa ja hyvinvointia (Ristolainen 2007, 15). Hoitotyön kirjausten tulisi tukea asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa, jotta hoito olisi tavoitteellista (Hjerppe 2008, 28). Asiakkaan omaa tahtoa ja toiveita tulisi myös kuunnella ja ottaa ne huomioon hoitotyön suunnittelussa (Hjerppe 2008, 33).

3.6 RAI-järjestelmä

RAI on kansainvälisenä yhteistyönä kehitetty asiakkaan tarpeiden monipuolinen arviointijärjestelmä. Sen copyright kuuluu kansainväliselle voittoa tavoittelemattomalle tukijärjestö interRAI:lle. Suomessa oikeuksia hallinnoi Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja järjestelmän käyttö edellyttää sopimusta THL:n kanssa. ATK-sovelluksen voi ostaa kaupallisilta markkinoilta joko kotimaasta tai ulkomailta. Sen voi myös rakentaa omaan käyttöön, jolloin tarvittavat RAI-algoritmit saa veloitusetta THL:stä. Dokumentaatio ja salassapitovelvoitteet kokevat yhdenmukaisesti myös RAI:n käyttöä, sillä se on aina osa potilashallintojärjestelmää. (Finne-Soveri ym. 2009, 21.)

RAI-tietojärjestelmän keskeisin osa on Resident Assessment Protocols, RAPs (hoidon suunnittelun apuväline). RAP on eräänlainen hälytyslista, joka varoittaa mahdollisista asiakkaalla ilmenevistä ongelmista, mutta se tuo myös esiin asiakkaan yksilöllisiä vahvuuksia ja mieltymyksiä, joiden varaan on hyvä rakentaa hoitosuunnitelma. RAP:sin avulla luodaan kehykset yksittäisen asiakkaan hoitosuunnitelmalle. (Päivärinta & Haverinen, 2002, 74.)

THL tuottaa RAI-järjestelmää käyttäville kunnille vertailutietoa asiakasrakenteesta, hoidon laadusta, tuottavuudesta ja vaikuttavuudesta. RAI-järjestelmään kuuluvia mittareita, jotka kuvaavat ihmisten toimintakykyä, hoidon ja palvelun tarvetta sekä niitä mittareita ja tunnuslukuja, joita voidaan hyödyntää palvelutarpeen arvioinnissa palveluketjun eri tasoilla. Hoidon laadun epäkohtien arviointiin voidaan käyttää RAI-laatuindikaattoreiden tuottamaa tietoa.

Hoitajan keskeisenä tehtävänä on johtaa RAI:n käyttöönottoa ja juurruttaa RAI osaksi hoidon suunnitteluprosessia. Hänen tehtävänä on myös RAI tiedon hyödyntäminen johtamisessa organisaation strategian mukaisesti. Jotta esimies onnistuu tässä tehtävässä, hänen täytyy hallita RAI-toimintamalli ja sen perusideologia kokonaisuudessaan ja pystyä jalostamaan ideologia käytännön toimenpiteiksi. Toimintamallin toteutuminen edellyttää vahvaa asiantuntijuutta sekä esimieheltä että hoitajilta. RAI-toimintamallin keskeisiä elementtejä ovat asiakaslähtöisyys, hoidon perustuminen asiakkaan toimintakyvyn arviointiin, hoidon suunnittelun tavoitteellisuus, kuntoutumista edistävä toiminta sekä hoidon systemaattinen arviointi. Toimintamallin perustana on se, että ihminen nähdään aktiivisena, omaan hoitoonsa ja sen suunnitteluun aktiivisesti osallistuvana henkilönä, jolla on itsemääräämisoikeus ja jota arvostetaan tasavertaisena ihmisenä. (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012, 24-25.)

RAI on hoidon ja palvelun laadun parantamisjärjestelmä monen tyyppisten potilas- ja asiakasryhmien tarpeisiin eri palvelumuodoissa. Se koostuu kolmesta osatekijästä, kysymyslomakkeesta, hoitosuunnitelman apuvälinelistasta ja käsikirjasta. RAI sisältää asiakaspohjaisen hoidon suunnitteluun sopivia mittareita. Eri hoito- ja palvelumuotoja varten on kehitetty omat RAI-versiot. Jokaisella on sama perusrakenne, ja kukin sisältää kaikille versioille yhteisen ytimen sekä joukon kullekin versiolle tyypillisiä erityiskysymyksiä. (Finne-Soveri, Noro, Björkgren & Vähäkangas 2006, 24.)

RAI Long Term Care, RAI-LTC	➔	Pitkäaikainen laitoshoido
RAI Home Care, RAI-HC	➔	Kotihoito
RAI Assisted Living, RAI-AL	➔	Palveluasuminen
RAI Acute Care, RAI-AC	➔	Akuuttihoito
RAI Post Acute Care, RAI-PAC	➔	Jatkohoito/kuntoutus akuuttihoiton jälkeen
RAI Palliative Care, RAI-PC	➔	Palliatiivinen hoito
RAI Mental Health, RAI-MH	➔	Mielenterveyshoito

Kuvio 1: RAI-järjestelmän versiot palvelumuodoittain (Finne-Soveri ym. 2006, 24.)

Organisaatio voi valita myös muun kuin ensisijaisesti kyseiseen hoitoyksikköön suunnitellun RAI-arviointivälineen, silloin kun se ideologialtaan tai asiakasrakenteellisista syistä on tarkoituksenmukaisempaa. Tällöin kaikkien yksikön asiakkaiden arviointiin suositellaan käytettäväksi samaa työvälinettä. (Finne-Soveri 2007, 26.) Palomäen palvelutalon asukkaille tehdään nykyisin laitoshoidon RAI. Palomäessä kokeiltiin ensin kotihoidon RAI:ta, mutta se ei vastannut

asiakkaiden hoitotyön haasteisiin, koska asiakkaat ovat huomattavasti enemmän apua tarvitsevia, kuin kotona asuvat kotihoidon asiakkaat.

RAI-järjestelmä on alkujaan laadittu laitoksessa asuvan henkilön hoidon ja hoivan tarpeisiin. Siihen sisältyy monipuolisesti kattava, mutta mahdollisimman lyhyt standardoitu kysymyssarja, jonka vastauksia voidaan hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa. Kysymyssarjan nimeksi tuli Minimum Data Set. Myöhemmin perään liitettiin kirjainyhdistelmä kuvaamaan sitä nimenomaista hoito- palvelumuotoa, johon versio on tarkoitettu. Kirjainyhdistelmän perässä oleva numero ilmaisee version kehitystasetta. Tällä hetkellä Suomessa on laitoshoidossa käytössä kysymyssarja MDS-LTCF 2,0 (Minimum Data Set for long-term care facilities 2,0) ja kotihoidossa MDS-HC 2,0 (Minimum Data Set for Home - Care 2,0). (Finne-Soveri ym. 2006, 25.)

RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto vaatii perehtymistä arvioinnin tekemiseen, atk-ohjelmiston käyttöön sekä siihen, miten tietoja hyödynnetään hoitotyössä. Usein käyttöönoton haasteena ei kuitenkaan ole itse järjestelmän oppiminen. Enemmän opettelua vaatii asiakaslähtöisen ja tavoitteellisen hoito- ja palvelusuunnitelman rakentaminen kuin myös asiakkaiden hoitoketjuihin liittyvät asiat. Käytännön hoitotyössä myös hoidon tulosten ja toiminnan vaikuttavuuden arviointi koetaan usein vaikeasti sisäistettävänä. Näihin asioihin tulisi keskittyä enemmän koulutuksia järjestettäessä. (Vähäkangas & Björkgren 2006, 46-47.)

3.7 RAI:n hyödyntäminen hoito- ja palvelusuunnitelmassa

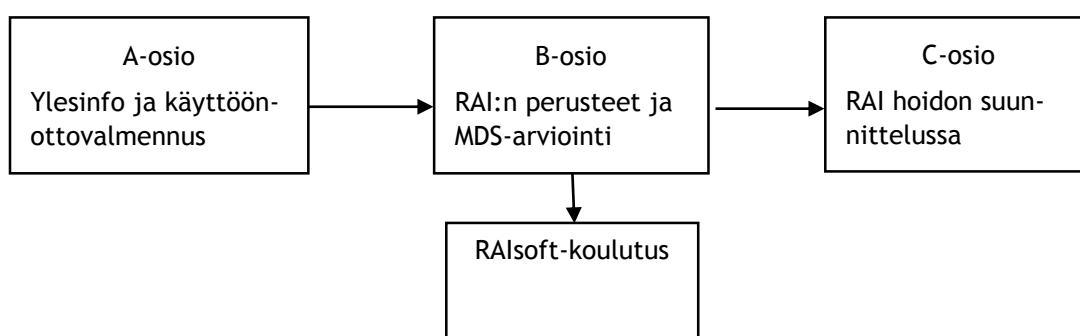
RAI-järjestelmä on ensisijaisesti suunniteltu helpottamaan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista. RAI:n avulla tietoa kerätään systemaattisesti tutustumalla asiakkaan asiapapereihin, haastatteleamalla ja havainnoimalla. Lisäksi siihen sisältyy joukko monipuolisia ydinkysymyksiä asiakkaan terveydentilasta, toimintakyvyn eri ulottuvuuksista, sosiaalisesta kanssakäymisestä ja hyvinvoinnista sekä hoivan ja palvelun tarpeesta. (Finne-Soveri ym. 2009, 21.)

Kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma muodostaa asiakkaan hoidossa peruskiven, jonka pohjalta kokonaisvaltaista hoitoa toteutetaan ja arvioidaan. RAI-tietojärjestelmästä voidaan koota hoitosuunnitelmaan tarvittavaa tietoa esimerkiksi asiakkaan fyysisestä, kognitiivisesta ja sosiaalisesta toimintakyvystä. RAI-tietojärjestelmä on hoitajan työväline, jonka tuottamaa tietoa voidaan soveltaa erilaisiin hoitotyön malleihin ja kirjaamistapoihin. (Vähäkangas, Lindman & Uusitalo 2005, 148.)

RAI-järjestelmää voidaan hyödyntää monipuolisesti hoitotyön prosessin eri vaiheissa. Asiakkaan hoidon tarvetta määriteltäessä suoritetaan MDS-arviointi, jonka pohjalta saadaan RAI-mittarit ja RAPs-tarkistuslista avuksi hoidon suunnitteluun. Hoidon tavoitteita aseteltaessa

apuvälineenä ovat RAI-mittarien numeroilla mitattavat asteikot. RAI- järjestelmässä asiakas arvioidaan MDS-arvioinnilla puolen vuoden välein tai tarvittaessa voinnin oleellisesti muuttuessa. Asiakkaan hoidon tuloksia arviotaessa hyödynnetään aikaisempia MDS-mittauksia ja verrataan niiden tuloksia keskenään. (Noro 2005, 32.) RAI-tietojärjestelmän käyttöön tulee perehtyä, jotta arvioinneista tulee luotettavia ja niitä voidaan hyödyntää asiakkaan palveluissa. RAI-tietojärjestelmä edistää kirjaamisen tasoa asiakaslähtöisiin ja tavoitteellisiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin. RAI-tietojärjestelmän hallinta mahdollistaa RAI-arviointimittareiden ja tulosten hyödyntämisen käytännön hoitotyössä. Tavoitteena on taata asiakkaalle paras mahdollinen palvelu. (Vähäkangas & Björkgren 2005,35.)

RAI-arvioinnista saatavien RAPS-listojen hyödyntäminen hoitosuunnitelmassa kannattaa opetella ja aloittaa heti alkuun. Tällöin ne ohjaavat hoitotyöntekijöitä huomioimaan ne osana normaalia hoidon suunnittelua. Kannattaa miettiä sitä, miten oikeasti RAI:ta voidaan hyödyntää asiakkaan hoidon suunnittelussa ja miten sitä voidaan hyödyntää myös hoitoyksikön toiminnan kehittämisessä. Jotta RAI-arviointitiedon hyödyntäminen asiakkaan hoidon arviointijärjestelmänä olisi luotettavaa ja sujuvaa, tulisi esimiesten huolehtia henkilökunnan riittävästä koulutuksesta. Koska arviointien tekeminen ilman perustietoa RAI-arviointijärjestelmästä on vaikeaa, täytyisi uusille omahoitajille ehdottomasti järjestää A- ja B-osion koulutus. A-osion koulutus on ylesinformaatiota ja B-osion koulutus sisältää asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin sisällön opettelua MDS (Minimum Data Set) - arviointia käyttäen (Vähäkangas & Björkgren 2006, 46). Jos arvioinnit opitaan tekemään väärin, on opitut tulkinnat ja arviointitiedot vaikea muuttaa oikeiksi. Vasta myöhemmin, kun on opittu tekemään enemmän RAI-arviointeja, kannattaa osallistua C-osion koulutukseen, tällöin koulutuksesta saa parhaimman hyödyn. (Ristolainen 2007, 14-16.)



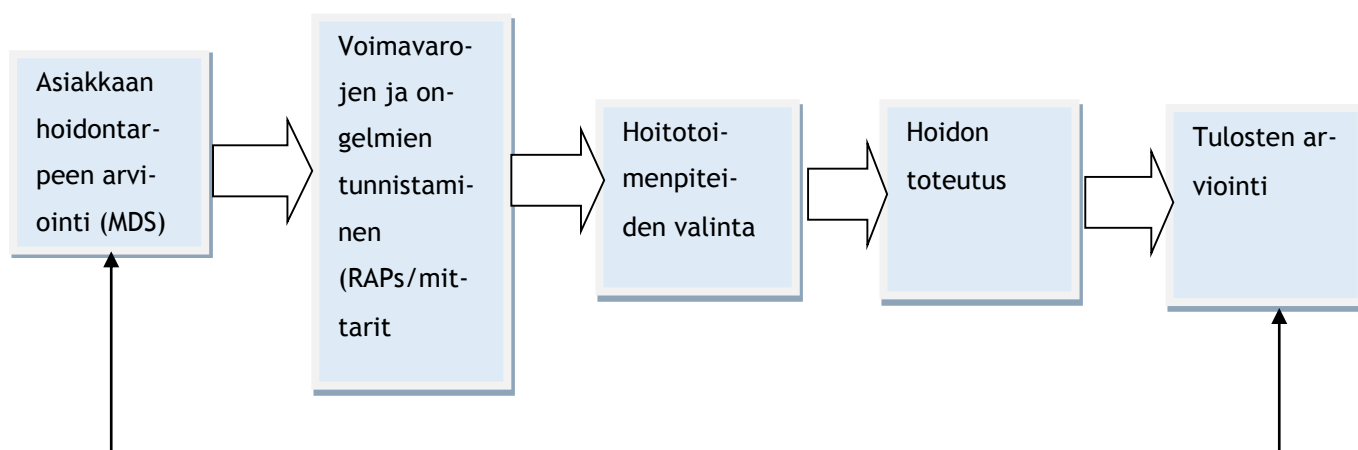
Kuvio 2: RAI-ABC-koulutus (Vähäkangas & Björkgren 2006, 47)

RAI-järjestelmän käyttöönoton koulutuskokonaisuuden tarkoituksena on tukea koulutuksiin osallistuvien hoitajien ja esimiesten reflektivoivaa oppimista. Koulutus lähtee käytännön toiminnasta ja työprosesseista sekä hoidettavien toimintakyvyn arvioinnista. Käyttöönoton haasteena ei yleensä ole järjestelmän käytön oppiminen, vaan asiakaslähtöisen ja tavoitteellisen

hoito- ja palvelusuunnitelman rakentaminen. Käytännön hoitotyössä vaikeasti sisäistettäviä asioita ovat myös toiminnan vaikuttavuuden ja hoidon tulosten arviointi. (Vähäkangas & Björkgren 2006, 47.)

Ei riitä, että osataan käyttää RAI-järjestelmää, vaan on myös tiedettävä miksi sitä käytetään ja miten käytännön työssä voidaan hyödyntää siitä saatavia tuloksia. Sillä on oltava jokin merkitys. Muuten on vaarana, että teknistyvä maailma muokkaa kulttuuriamme siten, että ihminen käyttää pelkästään koneita tai järjestelmiä, mutta osaa tehdä ja tuottaa yhä vähemmän. (Räsänen 2007, 19.)

RAI-tietojärjestelmän keskeisin osa on Resident Assessment Protocols, RAPs (hoidon suunnittelun apuväline). RAP on eräänlainen hälytyslista, joka varoittaa mahdollisista asiakkaalla ilmenevistä ongelmista, mutta se tuo myös esiin asiakkaan yksilöllisiä vahvuuksia ja mieltymyksiä, joiden varaan on hyvä rakentaa hoitosuunnitelma. RAP:sin avulla luodaan kehykset yksittäisen asiakkaan hoitosuunnitelmalle. Se auttaa hoidon kohdistamisessa avainongelmiin ja toisaalta varmistaa, etteivät vähemmän kiireiset mutta kuitenkin tärkeitä hoitoon vaikuttavat yksityiskohdat jää huomiotta (esim. kaatumisen tai painehaavojen uhka). Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tukevat muut mittarit, kuten dementia (CPS), fyysinen toimintakyky (ADL ja Hierarkkinen ADL), masennusoireet, käytösoireet, sosiaalinen osallistuminen ja diagnoosit. Hoidon vaikuttavuutta voidaan seurata useilla mittauksilla sekä hoidon laatuindikaattoreita tarkastelemalla. (Päivärinta & Haverinen 2002, 74.)



Kuvio 3: RAI-arviointi ja hoito- ja palvelusuunnitelma (Finne-Soveri ym. 2005, 23)

RAI-järjestelmää käytettäessä hoidon laatua on mahdollista parantaa, koska asiakkaat saavat omista tarpeistaan lähtevän hoidon. Henkilöstö voi kehittää omaa työtään ja seurata toimintansa vaikuttavuutta sekä yksilö- että osastotasolla. Vertailuhankkeen tuottamat laatuindi-

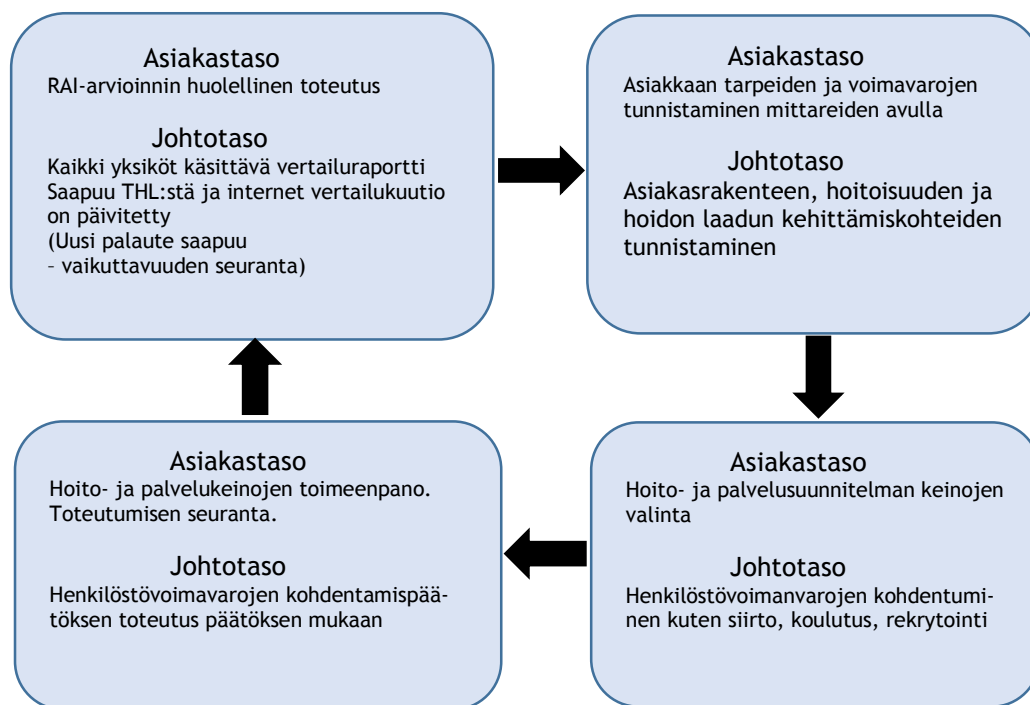
kaattorit tuovat esille osastolla mahdollisesti olevia hoidon laadun ongelmia joita voidaan lähteä selvittämään erilaisilla kehittämishankkeilla tai työpaikka koulutuksella. Asiakkaiden arviointi itsessään on tärkeä prosessi, joka vaatii tarkoituksenmukaiset arviointivälineet vertailukelpoisen tiedon tuottamiseksi. Kun hoidetaan moniongelmaisia ja monisairaita asiakkaita, on tärkeä tunnistaa asiakkaan ongelmat ja jäljellä olevat voimavarat, jotta hoito osattaisiin kohdistaa oikein. Organisaatiossa tehtävät päätökset voidaan perustaa asiakkaiden tarpeisiin ja perustella päätökset numeerisilla tunnusluvuilla. Organisaation johdolla on käytettävissä tunnuslukuja resurssien ja käyttövarojen jaon perusteeksi esimerkiksi asiakasrakenteesta ja heidän kuormittavuudestaan sekä vertailulukuja vastaavista yksiköistä. Selkeitä tunnuslukuja voidaan käyttää myös toimintasuunnitelman tavoitteiden asettelussa ja niiden toteutumisen seurannassa, osaamiskarttojen laatimisessa, kehityskeskusteluissa sekä toiminnan vaikuttavuuden seurannassa. (Noro ym. 2005, 32-33.)

RAI:n luotettavuus ja pätevyys (reliabiliteetti ja validiteetti) on testattu ja todettu hyväksi useissa eri maissa, myös Suomessa. RAI-järjestelmä asettaa asiakkaiden hoidon tarpeen arvioinnin samalle viivalle ja tukee hoitajia hoitosuunnitelmien teossa ja arvioinnissa. (Päivärinta & Haverinen, 2002, 75.)

Valtakunnallisessa RAI-vertailukehittämisessä arvioidaan ja seurataan asiakasrakennetta, hoidon laatua, tuottavuutta ja henkilöstöä organisaation RAI-tietojärjestelmästä sekä toiminta- ja taloustiedoista koottavan vertailukelpoisen tiedon avulla. Kopiot paikallisista tietokannoista siirretään THL:n perustietokantaa kaksi kertaa vuodessa. Tietokannoista lasketaan asiakasrakennetta, hoidon laatua, henkilöstömitoitusta ja työvuorojen järjestelyä sekä työn organisoimistapoja ja tuottavuutta kuvaavia tunnuslukuja. Niistä koostetaan ja lähetetään osallistujille palauteraportti, johon sisältyy osaston omien tunnuslukujen lisäksi oman laitoksen tunnusluvut sekä laitostyyppin vertailuluvut. Internet vertailutietokantoihin on tuotettu palauteluvut osastoittain, laitoksittain, kunnittain sekä lisäksi on laskettu vertailuarvot eri laitostyypeille: palvelutalo, vanhainkoti ja terveyskeskus. Vertailutieto antaa mahdollisuuden verrata omaa toimintaa muiden vanhuspalveluiden tuottajien toimintaan ja kehittää sitä kohti parempia käytäntöjä. (Noro, Finne-Soveri ym. 2005, 29-31; Itkonen, Lindman & Corin 2007, 9.)

Heinäkuussa 2013 voimaan tullut vanhuspalvelulaki (980/2012) edellyttää, että kunnat ja palveluja tuottavat organisaatiot varmistavat henkilöstön määrän ja osaamisen. Henkilöstön määrän, koulutuksen ja tehtävärakenteen pitää vastata palveluja saavien iäkkäiden määrää ja toimintakykyä ja turvata heille laadukkaat palvelut (20§). (Voutilainen, Finne-Soveri, Noro & Mäkelä 2013, 33.) Toimintakykyä edistävä asiakastyö edellyttää suurempaa henkilökuntamäärää, sillä asiakkaan voimavarojen hyödyntäminen, ja yhdessä tekeminen, vie enemmän aikaa, kuin asiakkaan puolesta tekeminen (Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014, 19).

Hoidon vaikuttavuuden arviointi ja seuranta yksilö- ja kuntatasolla on koottu laatuymyräksi kuviossa 4. Kuvion neljä osoittamaa laatuymyrää ja THL:n tuottamia vertailukehittämispalautteita voidaan käyttää omien voimavarojen kohdentamiseen ja suunnitteluun.



Kuvio 4: Yksilö- ja kuntatasoinen laatuymyrä (Finne-Soveri ym. 2009, 23)

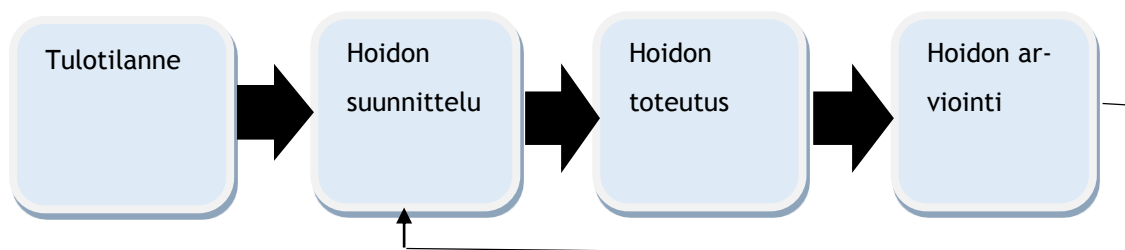
Ylimmän johdon tietokantaan on asiakasrakenteen ja hoidon vaatavuuden lisäksi koottu henkilöstörakennetta ja osaamistasoa osoittavia tunnuslukuja. RAI-järjestelmä sisältää asiakasrakenneluokituksen (RUG-III). Jokaisen asiakkaan hoidon vaatavuus on todennettavissa henkilöstön ajankäyttöä ja osaamista kuvaavan suhdeluvun avulla. (Finne-Soveri ym. 2009, 22.)

Henkilöstömitoituksen kuvaamiseen on Suomessa käytetty yleisimmin henkilöstön ja hoidettavien asiakkaiden tai henkilöstön ja asiakaspaikkojen välistä laskennallista suhdelukua. Juuri uudistetussa laatusuosituksessa 2013 Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto esittävät toimintayksikön henkilöstömitoitukseen asiakkaan välittömään hoitoon osallistuvat sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät. Mikäli yksikössä toimii muita hoitotyöhön osallistuvia esimerkiksi hoito- ja laitosapulaisia ja hoiva-avustajia, joilla ei ole sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillista peruskoulutusta, heidät sisällytetään henkilöstömitoitukseen vain siltä osin, kun heidän työnsä sisältää asiakkaiden perustarpeisiin vastaamista. Perustarpeilla tarkoitetaan avustamista ruokailussa, peseytymisessä ja wc-käynneillä. He eivät kuitenkaan voi olla yksin työvuorossa eivätkä he saa vastata lääkityksestä. Riittävä määrä osaavaa henkilöstöä on

välttämätön hoitohenkilöstön työhyvinvoinnin ja pysyvyyden kannalta. Erityisesti osaavaa henkilöstöä tarvitaan takaamaan turvallinen hoito asiakkaille. RAI-tietokantaan kootun tiedon analyysi osoittaa, että henkilömitoitukset ovat nousseet vuosien 2009-2011 tarkastelussa tehostetussa palveluasumisessa sekä laitoshoidossa. Henkilöstövoimavarojen kohdentamistehokkuuden parantaminen edellyttää sen, että mitoitussuhteita kehitetään ottamaan huomioon asiakkaiden toimintakyky ja palvelujen tarve. Tätä kehittämistyötä tehdään parhaillaan Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksessa. (Voutilainen, Finne-Soveri, Noro & Mäkelä 2013, 34-36 mukaan.)

3.8 Hoitoprosessin vaihe ja hoito- ja palvelusuunnitelma

Hoitoyön prosessi tuli WHO:n hoitotyön mallina 1970-luvulla Suomeen (Hopia & Koponen 2007, 6). Hoitotyön prosessin vaiheet ovat: hoidon tarpeen määrittäminen, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Tietojärjestelmät on rakennettu niin, että asiakkaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen kirjaaminen on mahdollista toteuttaa prosessin vaiheiden mukaisesti kertakirjaamisen periaatetta noudattaen. (Liljamo, Kinnunen & Ensio 2012, 21.)



Kuvio 5: Hoitoprosessin vaihe (Lehtovirta & Vuokko 2014, 30)

Hoitoprosessiin vaiheisiin sisältyy tulotilanne, jossa hoidon tarve määritellään (Lehtovirta & Vuokko 2014, 30). Hoidon tarpeen määrittäminen sisältää asiakasta koskevien tiedon keräämisen ja analysoinnin (Ensio & Saranto 2004). Hoitoprosessin vaihe kuvaa hoidon pääasiallista vaihetta asiakkaan näkökulmasta. Hoitoprosessi on jatkumo hoidon suunnittelusta sen arviointiin ja edelleen tarvittaessa uuden hoidon suunnitteluun. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 30.) Hoidon suunnittelu sisältää hoidon tarpeen kirjaamisen, tavoitteen määrittämisen jokaiselle kirjatuille tarpeelle. Tarpeet ovat toimintoja, joilla määritelty tavoite voidaan saavuttaa. Hoidon toteutus sisältää hoitotoimenpiteet ja toteutuneen hoidon kirjaamisen. Hoidon arviointi kuvaa asiakkaan voinnissa tapahtuneita muutoksia ja hoidon vaikutuksia suhteessa asiakkaan tarpeisiin, asetettuihin tavoitteisiin ja toteutuneeseen hoitoon. Arviointia lukemalla pitäisi pystyä selvittämään, miten asiakkaan vointi on hoidon aikana muuttunut. (Ensio & Saranto 2004.)

Asiakaslähtöisessä hoitotyön suunnitelmassa kirjaamisen tavalla on merkitystä. Kirjaamisessa heijastuu kirjaajan oma työskentelytapa ja vallitseva hoitokulttuuri. Arvioiva kirjaamisen tapa on asiakaslähtöistä. Tällöin se on kuvailevaa, vertailevaa, kriittistä ja sen avulla voidaan nostaa esille asiakkaan hoidossa tapahtuvia muutoksia tai uutta tietoa. Kun verrataan aikaisemmin tapahtunutta, voidaan kirjaamisen avulla havaita hoidon edistyminen, taantumisen tai pysähtyminen. Tällöin tilanteisiin voidaan tarttua heti ja ne voidaan välittömästi korjata. Hoitotyön suunnitelman arvioiva kirjaaminen antaa arvokasta tietoa myös niille hoitotyön tekijöille, jotka eivät ole aikasemmin tavanneet asiakasta. (Laitinen 2009, 158.)

Asiakkaan palveluntarvetta kartoitetaan tekemällä hänelle hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelma on pakollinen perustuen lakiin potilaan asemasta oikeuksista (785/1992), lakiin sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000/812) sekä vammaispalvelulakiin (1987/812), eikä sillä ole mitään tekemistä sähköisen järjestelmän kanssa, sillä hoito- ja palvelusuunnitelmaa ei tehdä järjestelmän vaan asiakkaan vuoksi, helpottamaan ja jäsentämään hoitajan työtä. (Mäkilä 2007, 36.) Omahoitajien mielestä hoitotyön kirjaamisen tulisi tukea asiakkakaan hoitosuunnitelmaa, jotta hoito olisi tavoitteellista (Hjerppe 2008, 28). Hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulee olla kuvaus nykytilanteesta ja henkilön olosuhteista sekä käydä ilmi suunnitelman laatijat. Palvelusuunnitelman tavoitteet ja keinot tulisi kuvata hyvinkin yksityiskohtaisesti. Tällöin suunnitelmaan voidaan kirjata esimerkiksi miten henkilön itsenäistä selviytymistä on mahdollista tukea apuvälineiden, palveluiden ja muiden tukitoimien avulla. Palvelusuunnitelmaa tehtäessä sovitaan, milloin suunnitelmaa tarkistetaan. Palvelusuunnitelmaa muutetaan aina asiakkaan tarpeiden mukaan. Palvelun suunnittelun ja toteutuksen tulisi perustua asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin vastataan omahoitaja järjestelmällä. Asiakkaalla on nimetty omahoitaja. Tämä malli helpottaa työn organisointia ja asiakkaan tarpeisiin vastaamista. Omahoitajan velvollisuudeksi ymmärrettään asiakkaan etujen ajaminen, asioiden koordinointi palvelujen järjestämisessä sekä yhteydenpito omaisiin. (Niemi 2006, 60-62.)

Hoitotyön toiminnan tulisi olla näyttöön perustuvaa ja kirjaamisessa tulisi käydä ilmi, että käytetyt hoitotyön auttamismenetelmät ovat näyttöön perustuvia. Näyttöön perustuvalla hoitotyön toiminnalla tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon käyttöä asiakkaan hoidossa ja terveyden edistämässä (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 11). Hoitotyön auttamismenetelmän tarkoituksena on vaikuttaa ihmisen hyvän edistämiseen. Fyysiseen olemukseen vaikuttavat tekijät voivat olla hyvinkin konkreettisia, kuten syöttäminen, juottaminen, kivun lievittäminen ja hierominen. Ne voivat sisältää myös neuvontaa tai ympäristön järjestämiseen liittyviä seikkoja, kuten valaistus, eettisyys ja huoneilman raikkaus. Asiakkaan asioiden hallintakykyä voidaan pyrkiä lisäämään tajunnan kautta vaikuttavilla menetelmillä. Asiakkaan tunne-elämän eheyttä voidaan vahvistaa esimerkiksi tuen ja ajan antamisella, rohkaisulla, lohduttamisella, empatialla, kuuntelulla ja huumorilla. (Hallila & Graeffe 2005, 87.)

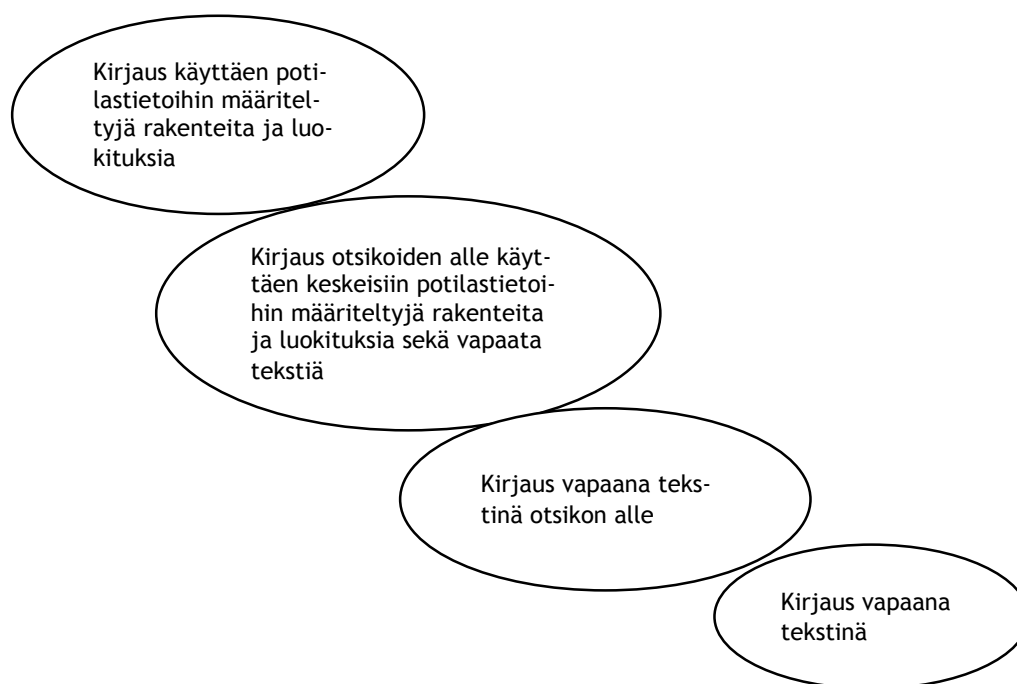
Mäkilän (2007) mukaan hyvin laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma helpottaa hoitotyön toteutuksen kirjaamista. Päivittäinen kirjaaminen helpottuu, kun tarpeet ja ongelmat on nimetty. Selkeästi suunnitellut toiminnot helpottavat ja ohjaavat kirjaamaan olellisia asioita asiakkaan voinnista ja asioista. Rakenteiseen, luokituksiin perustuvaan hoitotyön kirjaamisen siirtyminen ja järjestelmien kehittyminen ovat mahdollistaneet myös hoitotyön kirjaamisen kehittymisen ja luoneet sille hyvän pohjan. (Mäkilä 2007, 37-38.)

3.9 Hoitotyön rakenteinen kirjaaminen

Suomessa kirjataan hoitotyötä ainakin seuraavalla kolmella tavalla: hoitotyön kansallisen kirjaamismallin mukaan, yliopistollisten sairaaloiden yhteisesti kehittämän moniammatillisen hoitokertomuksen otsikkorakenteen mukaan ja potilaiden hoitoisuuden arviointiin käytettävän osa-alueiden mukaisesti. Potilaskertomuksiin kirjataan tietoa kolmesta syystä: hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi, terveydenhuollon ammatillaisen oikeusturvan varmistamiseksi ja tiedonvaihdon mahdollistamiseksi. Sähköinen hoitokertomus on osa potilaskertomustiedon tallennusta. (Nykänen & Junttila 2012, 15.) Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan ja myös muiden ammattiryhmien laatima potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. (Saranto & Sonninen 2008, 12-13).

Potilastiedon kirjaamisessa voidaan hyödyntää valtakunnallisesti yhtenäisiksi sovittuja tietorakenteita. Samalla vähenee tiedon manuaalinen kopiointi järjestelmästä, asiakirjasta tai näytöstä toiseen. Potilaskertomuksen rakenteistamisella on tarkoitus helpottaa kirjaamista, tiedon hakua ja hoidon seurantaa. Potilastietojärjestelmän sisällä rakenteinen kirjaaminen parantaa potilastiedon laatua, kun tiedon kirjaaminen on yhdenmukaisempaa. Rakenteinen kirjaaminen myös helpottaa tiedon löytymistä sekä hyödyntämistä kun tietoa kirjataan yhteisesti sovittujen tietorakenteiden avulla. Potilaskertomuksissa käytettävien rakenteiden tulee olla yhteisesti sovittuja, jotta potilaskertomuksia voidaan käyttää ja hyödyntää eri terveydenhuollon toimipaikoissa ja organisaatioissa riippumatta siitä, kuka tiedon on tuottanut. Kirjattua tietoa voidaan hyödyntää päivittäistä potilastyötä laajemmin esimerkiksi sähköisiin lääkemääräyksiin, läheteisiin hoitopalautteisiin, hoitoilmoituksiin tai lakisääteisiin rekisteri-ilmoituksiin. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 11-13.)

Tiedon rakenteistamisessa voidaan erotella eri rakenteistamisen asteita (kuvio 6.) ja kirjaamista voidaan toteuttaa kulloinkin riittäväksi arvioidulla rakenteisuudella (Lehtovirta & Vuokko 2014, 11).



Kuvio 6: Rakenteisuuden asteita (Lehtovirta & Vuokko 2014, 11)

Sähköinen potilaskertomus sisältää näkymiä, joille terveydenhuollon ammattilainen kirjaa potilastietoa valitussa näkymissä otsikoilla asiakokonaisuuksia jäsentäen. Otsikon alle kirjattavaa tietoa voidaan rakenteistaa edelleen käyttämällä kirjaamiseen määriteltyjä koodistoja ja luokituksia. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 4.) Rakenteisella tiedon kirjaamisella voidaan saavuttaa se etu, että tieto on usein suoraan hyödynnettävissä eri näkymillä ja se voidaan poimia suoraan esimerkiksi yhteenvetoon. Vapaamuotoisen tekstin hyödyntäminen toisella näkymällä tarkoittaisi tekstin kopioimista manuaalisesti tai uudelleen kirjaamista kokonaan uudelle näkymälle. (Lehtovirta & Vuokko 2014, 22.) Hyvän kirjaamiskäytännön mukaan kirjaaminen on hoitajan dokumentti ja asiakkaan turva (STM, 2009). Nykäsen ym. (2010) raportin mukaan rakenteisen kirjaamisen käyttöönottovaiheessa hoitajien aikaa kului paljon paitsi kirjaamismallin ymmärtämiseen ja sisäistämiseen, myös potilastietojärjestelmän käytön oppimiseen.

Systemaattinen rakenteinen kirjaaminen on tietojen kirjaamista sovittujen sääntöjen mukaan. Systemaattisuudella tarkoitetaan sitä, että on sovittu kirjausten sisältö eli mitä kirjaetaan ja kirjausten rakenne eli miten kirjataan. Rakenteisella kirjaamisella tarkoitetaan hoitotyön kirjaamista vähintään otsikkotasolla määritellyn sisällön mukaan, sekä luokitusten ja koodistojen käyttöä. Rakenteisessa kirjaamisessa hoitotiedot kirjataan kansallisen kirjaamismallin (FinnCC) mukaan, joka on kehitetty systemaattisen rakenteisen hoitotyön kirjaamisen yhtenäistämiseksi eri potilasjärjestelmissä. Kun kirjaaminen on standardoitua hoitotietoja pystytään käyttämään mahdollisimman hyvin ja kattavasti asiakkaan hyödyksi. (Nykänen, Viitanen & Kuusisto, 2010, 11.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat uudistaneet potilastietojärjestelmiään KanTa-arkiston vaatimuksia vastaaviksi. Luokitusten käyttö hoitotyön päivittäisessä kirjaamisessa ei ole vielä pakollista, koska päivittäinen kirjaaminen ei vielä ensivaiheessa siirry e-Arkistoon (Kärkäinen 2014, 22). Hoitotyön osalta Potilastiedon arkistoon arkistoituva tietosisältö on hoitajakson yhteenveto. Hoitajakson ajalta koostetaan hoitotyön yhteenveto joka sisältää hoidon kannalta keskeiset rakenteiset tiedot (entiset hoitotyön ydintiedot), joita ovat: hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Yhteenveto koostuu rakenteisesta tiedosta ja vapaasta tekstistä. (Liljamo ym. 2012, 10; Lehtovirta & Vuokko 2014, 72.) Palvelutalossa asuville ei tehdä hoitotyön yhteenvetoa, koska asiakkaat asuvat omissa koteissaan ja heidät hoidetaan palvelutalossa loppuun saakka.

4 Kehittämistoiminnan menetelmät

4.1 Juurruttaminen kehitystoiminnan menetelmänä

Käytännön työprosessien kehittämisen menetelmä on juurruttaminen, jossa uuden toimintatavan käyttöönotto ja tuottaminen tapahtuu samanaikaisesti. Työyhteisöissä juurruttaminen tapahtuu opiskelijoiden ja hoitohenkilökunnan välisenä toimintana jota työryhmä, työyhteisön esimies ja ohjaava opettaja edistävät. Työyhteisön toiminnassa muutoksen aikaansaaminen edellyttää aktiivista työskentelyä sen jäseniltä. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 21-22.)

Muutosprosessi, vuorovaikutus ja johtajuus ovat juurruttamisen peruspilareita. Kehittämisprosessille täytyy antaa aikaa ja se tulee resursoida niin, että työryhmän ja työyhteisön jäsenet voivat viedä kehittämisprosessia eteenpäin. Tämä mahdollistetaan johtajuudella. Muutosprosessin keskeinen työväline on vuorovaikutus, jonka avulla tuotetaan ja toteutetaan muutos. Työyhteisön vastarinta tai sitoutumisen puute liittyy muutosta estäviin tekijöihin, ja niistä tulee keskustella avoimessa vuorovaikutuksessa. Opettaja ja opiskelijat voivat omalla toiminnallaan edistää muutosprosessia. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 24.)

Uuden toimintatavan kokeilu tapahtuu työyhteisöstä käsin ja yhdessä pohditaan sen sopeuttaminen juuri omaan työyhteisöön ja sen käytänteisiin. Työryhmän ja esimiehen on tärkeä tuoda esiin pienetkin hyödyt siitä, miten uusi toimintatapa edistää työyhteisön toimintaa. Uuden toimintatavan myötä saattaa tulla esiin uusia muutostarpeita, joihin on tärkeä reagoida. Vaikka uusi toimintatapa ei juurtuisi, niin prosessia on tärkeä arvioida. Tällöin saatetaan löytää uusia tapoja toteuttaa haluttuja muutoksia työyhteisössä. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 26.)

Kehittämisen tavoitteena oli käytännön työn muutos ja siksi sen tarkoituksena oli tuottaa jotain uutta, joka parantaisi, tehostasi ja sujuvoittaisi päivittäistä työtä. Uuden osaamisen odotetaan automaattisesti siirtyvän toimintatavoiksi käytäntöön ja oletetaan, että työyhteisön jäsenet ottavat ne käyttöön tuota pikaa. Vaikka olisi opittu uusi tapa, se ei välttämättä tuota muutosta käytännön toimintaan. Jos uusia työvälineitä ei oteta käyttöön, on onohdettu, että työvälineen käyttö on kokonaisen toimintaprosessin osa ja tällöin kokonaisuus on jäänyt huomioimatta. Yksilön omassa toiminnassaan oppimisen seurauksena toteuttama muutos ei vielä saa aikaan työyhteisön toimintatapojen muutosta. Uusi toimintatapa tulee muodostaa osana työprosessia ja sen toimijoita. Sosiaali- ja terveydenhuollossa sen on lisäksi oltava säädösten mukainen ja asiakkaalle hyödyksi. (Ora-Hyytiäinen 2012, 30.)

4.2 Informoitu kysely, avoimet kysymykset ja monivalintakysymykset

Informoitu kysely tarkoittaa sitä, että tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti. Hän voi mennä työpaikoille, koulutustilaisuuksiin ym. yleensäkin sellaisiin paikkoihin, joissa hänen suunnittelemat kohdejoukot ovat henkilökohtaisesti tavoitettavissa. Jakaessaan lomakkeet tutkija samalla selostaa kyselyä ja kertoo tutkimuksen tarkoituksesta. Vastaajat täyttävät lomakkeet omalla ajallaan ja palauttavat ne postissa tai johonkin sovittuun paikkaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 196-197.)

Avoimet kysymykset ovat kysymyksiä, joissa esitetään vain kysymys ja jätetään tyhjä tila vastausta varten. Avoimen vaihtoehdon avulla voidaan saada esiin näkökulmia, joita ei ole etukäteen osattu ajatella. Avoimet kysymykset myös antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on todella mielessään. Stukturoidut eli monivalintakysymykset tarjoavat valmiit vastausvaihtoehdot ja vastaaja valitsee niistä sopivimman. (Hirsjärvi ym. 2013, 198-201.)

4.3 Tiedonkeruuaineiston sisällönanalyysi

Aineistoa voidaan analysoida monin tavoin. Ymmärtämiseen pyrkivässä lähestymistavassa käytetään tavallisesti laadullista analyysia ja päätelmien tekoa. Pääperiaate on helppo sanoa, valitaan sellainen analyysitapa, joka tuo vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. Laadullisessa tehtävässä erityisesti analyysi koetaan vaikeaksi, koska vaihtoehtoja on paljon tarjolla eikä tiukkoja sääntöjä ole olemassa. Aineistoon tutustuessaan ja sitä teemoittaessaan tutkija tekee jo alustavia valintoja. (Hirsjärvi ym. 2013, 224.)

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Sillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta kuitenkaan sen sisältämää informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.) Sisällönanalyysi on menetelmä, jonka

avulla voidaan tehdä havaintoja aineistosta ja analysoida niitä systemaattisesti. Aineiston sisältöä kuvataan tai selitetään sellaisenaan. Aineistosta voidaan myös kerätä tietoa ja tehdä päätelmiä muista ilmiöistä. Sisällönanalyysiprosessi etenee seuraavien vaiheiden avulla: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta, sekä sisällön analyysin luotettavuuden arviointi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23-24.)

4.4 Eettisyys kehittämistoiminnassa

Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tutkijan on otettava huomioon. Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen yksittäisen tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää, että tutkimusteoksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Epärehellisyyttä on vältettävä tutkimustyön kaikissa vaiheissa. Keskeisiä periaatteita ovat: Toisen tekstiä ei plagioida. Luvatonta lainaamista on se, jossa jonkun toisen tekstiä esitetään omana. Jokaisella on tuottamaansa tekstiin copyright-oikeus, joka tarkoittaa sitä, että toisen tekstiä käytettäessä lainaus on osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin. Tuloksia ei sepitetä eikä niitä kaunistella. Raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista. Toisten tutkijoiden osuutta ei myöskään vähätellä. (Hirsjärvi ym. 2013, 23-26.)

Eettinen tutkimuksen toteutus kunnioittaa ilmiöitä ja kysymyksen asettelua. Siksi aineistonkeruuseen ja sen analysointiin liittyvät asiat on perusteltava. Tutkijan on toimittava jokaisessa tutkimusprosessin vaiheessa eettisten sääntöjen mukaan joustavasti, vilpittömästi, avoimesti ja rehellisesti tutkimuksen kohdehenkilöitä kunnioittaen. Tutkijaa sitoo vaitiolovelvollisuus tutkimukseen osallistuneisiin ihmisiin ja heidän tietoihinsa. Tutkija on myös vastuussa tutkimukseen osallistuneiden yksityisyyden suojasta. Raportoinnissa anonymiteetti on suojattava ja osattava arvioida, mitkä asiat täytyy raportoida erityisen varovasti tunnistamisriskin vuoksi. Tutkijaa sitoo kolme eettistä perusvelvollisuutta: velvollisuus luotettavan tiedon tuottamiseen, tieteellisen julkisuuden ylläpitämiseen ja tutkittavien oikeuksien kunnioittamiseen. (Lapin yliopiston tutkimuseettiset ohjeet 2009.)

Kaikenlaisen kehittämisen tulee perustua eettisesti kestäviin päätöksiin. Näiden päätösten tulee olla realistisessa suhteessa todellisuuteen ja sen voimavaroihin. Kehittämistyössä tapahtuva eettisten näkökohtien arviointi ei saa olla vain ammattilaisten asia. Myös asiakkaiden ja potilaiden, sekä juurruttamisen menetelmässä opiskelijoiden näkökulmalle on annettava arvoa. Eettisten periaatteiden mukaisesti kaikilla osapuolilla on oikeuksia ja velvollisuuksia. (Etene 2011, 32.)

Juuruttamisen menetelmään liittyviä eettisiä kysymyksiä voidaan peilata suoraan sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin. Juuruttamisen tavoitteena on niin työyhteisön kuin oman työn kehittäminen. Juuruttamisen näkökulmassa ihminen nähdään aktiivisena ja oppivana toimijana. (Ahonen ym. 2012, 12-15.) Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden (1996) mukaan sairaanhoitajan tuleekin arvioida omaa ja muiden pätevyyttä ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Sairaanhoitajan velvollisuus on kehittää ammattitaitoaan jatkuvasti toimiessaan ammatissaan. Työyhteisössä työskentelevien sairaanhoitajien tulee myös yhdessä vastata siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvää ja että sitä parannetaan jatkuvasti. Oman työn kehittämiseen osallistuminen on tärkeä eettinen näkökulma (Etene 2011, 28).

4.5 Muutos kehittämistoiminnassa

Muutos lähtee yleensä liikkeelle siitä, että tunnistetaan muutoksen tarve toiminnassa tai jokin epäkohta, johon halutaan tarttua. Muutos on aina haaste, oli se pieni taikka suuri. Esimies voi tukea alaisiaan eri tavoin, mutta työntekijän on kuitenkin itse innostuttava muutoksesta. Jotta muutos olisi onnistunut, esimies tarvitsee tuekseen myös muutokseen sitoutuneen johdon. (Ponteva 2010, 10-12.) Hyvin johdetussa muutostilanteessa työyhteisön kehittämiseen osallistuu koko henkilökunta johto mukaan lukien (Luomala 2008, 22).

Muutoksen hallinta ei aina ole helppoa. Yksilötasolla voidaan erottaa harkittu muutos ja satunnainen muutos. Satunnainen muutos tapahtuu meistä riippumatta ja siihen voimme vain sopeutua. Harkittu muutos taas on omaehtoinen jolloin olemme itse päättäneet muuttaa jotain. Tällöin on tehty valinta ja muutos edellyttää suunnitelmaa ja aktiivista toimintaa. Toivotunkin muutoksen toteuttaminen on usein vaikeaa ja vaatii yllättävän paljon energiaa. Tiimin tasolla muutoksen toteuttaminen on monesti vielä vaikeampaa kuin yksilötasolla. Helpointa ja vähiten aikaa vievää on yleensä uuden tiedon hankinta. Uusia taitoja on jo vaikeampi hankkia ja omien asenteiden muuttaminen onkin huomattavasti vaikeampaa. Yksilön käyttäytyminen muuttuu, kun tarvittavat tiedot, taidot ja asenteet ovat muuttuneet. Käyttäytyminen ei muutu tiedon vaikutuksesta, vaan myös tunteet ovat tärkeitä. Ryhmän käyttäytyminen edellyttää yksilön käyttäytymisen muutosta. (Sydänmaalakka 2007, 70-71.) Kehittäminen on ihmisten välistä vuorovaikutusta ja tarvitsee ryhmän, jotta sosiaalista oppimista tapahtuisi ja työkäytäntöjä pystyttäisiin aidosti ja kestävästi muokkaamaan (Seppänen-Järvelä 2009, 44).

Muutos merkitsee aina luopumista jostakin ja jotta voisi kiinnittyä ja sitoutua uuteen, on kuitenkin luovuttava vanhasta. Sitoutuminen uuteen ei onnistu ennenkuin on hyväksytty todellisuus ja pystytty käsittelemään muutoksen mukanaan tuomat asiat. Vasta perinpohjaisesti muutoksen aiheuttamat asiat käsiteltyään ihminen on valmis hyväksymään muutoksen. (Ylikoski

& Ylikoski 2009.) Uuden toimintatavan rakentaminen ei vielä riitä muuttamaan yhteisön työprosesseja. Muutoksen aikaansaamiseksi tarvitaan myös muutoksen yhteistä hyväksymistä ja motivoitumista sen toteuttamiseen. (Ora-Hyytiäinen 2012, 51.)

5 Kehittämistoiminnan toteutus

5.1 Nykytilanteen kuvaus

Kun vammaispalveluasukas on hakenut paikkaa palvelutalosta on hänelle tehty hoito- ja palvelusuunnitelma vammaispalvelun toimesta. Tätä suunnitelmaa palvelutalon hoitajat eivät ole nähneet, mutta se suunnitelma kattaa tiedon siitä, mitä palveluja vammaispalveluasukas tarvitsee ja miten ne toteutetaan. Palvelutaloon muutettuaan vammaispalveluasiakkaan hoidon tarpeesta on saatu kuvaus edellisestä hoitopaikasta. Jos hän on muuttanut palvelutaloon omasta kodista, tietoa saadaan yleensä omaisilta tai asukkaalta itseltään. Palvelutaloon muuttamisen jälkeen asiakkaita tarkkaillaan ja seurataan noin kaksi viikkoa ja vasta tämän seurantaajan jälkeen tehdään RAI-arviointi. Luotettavan vertailukelpoisen arviointitiedon kokoaminen asiakkaista on tarpeen, sillä sen perusteella voidaan seurata palveluntarpeen muutoksia sekä hoidon vaikuttavuutta (Noro ym. 2006, 19). Näiden tietojen kokoamisen jälkeen asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Yksilöllisen hoito- palvelusuunnitelman laatimisen tavoitteena on varmistaa palvelujen laatua ja helpottaa palvelujen kohdentumista (Päivärinta & Haverinen 2002). Tämä on suositus ja näin tulisi menetellä koko Porvoon kaupungin kotihoitossa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä, jotka kuuluvat kotihoiton piiriin. Tästä on puhuttu jo pitkään, mutta se on jäänyt toteutumatta, koska henkilökunta on ilmaissut tarvitsevänsä lisää tietoa ja koulutusta siitä, miten RAI-arvioinnista saatavia tietoja voidaan hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa. Nyt hoitajat tekevät ensin hoito- ja palvelusuunnitelmat käytännön lähtökohdista ja RAI-arviointi on tehty puolivuositain maaliskuun loppuun mennessä sekä syyskuun loppuun mennessä. RAI-arvioinnit tulee tehdä puolen vuoden välein, koska THL kerää RAI-arviointien kopiot kahdesti vuodessa ja tuottaa siitä veloituksetta yksikkökohtaisen palautteen kaikille RAI-järjestelmän käyttäjille (Finne-Soveri ym. 2009, 21).

Kehittämistehtävä on toteutettu juurruttamisen menetelmää käyttämällä. Aluksi suunniteltiin pienryhmähaastattelua, mutta haastatteluista luovuttiin, koska ne olisivat vieneet liikaa aikaa. Syyskuun kehittämisiltapäivä tarjosi hyvän tilaisuuden pienimuotoiselle lomakekyselylle. Kysely jaettiin kaikille kehittämisiltapäivään osallistuville. Kehittämisiltapäivän aihe oli RAI-arviointitiedon hyödyntäminen hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisessä. Esimies antoi suullisen luvan kyselyn tekemiseen. Osallistujille kerrottiin, mihin tätä tietoa tarvitaan ja heitä ohjeistettiin vastaamaan enemmän kuin yhdellä tai kahdella sanalla. Vastajina oli 17:sta lähihoitajaa sekä yksi sairaanhoitaja. Kyselyyn vastasi koko palveluasumisen henkilökunta. Ke-

hittämislomapäivän lopussa kyselylomakkeet kerättiin ja havaittiin, että kaikki olivat vastanneet. Kyselylomakkeella kerättiin tietoa siitä, mikä on henkilökunnan tieto/ajatus nykytilanteesta hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen liittyen. Kyselyn avulla pyrittiin saamaan tietoa siitä miten RAI-tietojärjestelmä auttaa hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa? Osaavatko hoitajat tulkita ja hyödyntää Raps-mittareita? Sekä, miten RAI-tietojärjestelmän käyttäminen koetaan hoitajien keskuudessa?

Kysymyksessä ei varsinaisesti ole tutkimus, vaan kyselylomakkeella on haettu tietoa hoitajien osaamisesta RAI-arvioiteja tehtäessä sekä sen tiedon hyödyntämisestä hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Kyselylomakkeen kysymykset olivat avoimia kysymyksiä ja niihin toivottiin vastausta enemmän kuin vain yhdellä sanalla. Kaikki 18:sta joille kysymyslomake oli jaettu, vastasivat siihen. Vastauksia tarkastellessa poimittiin sieltä samankaltaiset vastaukset.

Vaikka kysymyksissä ei kysytty, että oletko tehnyt RAI-arvioiteja, selvisi se kuitenkin heti ensimmäisessä kysymyksessä. Miten hoitajat kokivat RAI-arviointien tekemisen? Vastaajista 17:sta oli tehnyt arvioiteja, ja vain yksi ei ollut koskaan tehnyt arviointia. RAI-arviointien tekeminen koettiin hieman työlääksi seitsemässä vastauslomakkeessa. Kysymykset koettiin monimutkaisiksi ja liian paljon oli samankaltaisia kysymyksiä, joita oli vaikea tulkita. Kymmenen vastaajista oli sitä mieltä, että RAI-arviointijärjestelmää on helppo käyttää, mutta tekeminen vaatii huolellisuutta ja joutuu miettimään tarkkaan, mitä kysymykset tarkoittavat. Vaikka ohjelmaa pidetään helppona, niin koulutusta kaivataan RAI-arvioinnin tulosten hyödyntämisessä.

Toisessa kysymyksessä kysyttiin, miten RAI-arviointijärjestelmä auttaa hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa? Tässä koettiin selkeästi se, että tarvitaan lisää neuvoa ja koulutusta arvioinnin hyödyntämisessä hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Seitsemän vastaajista ei kokenut RAI-arvioinnin auttavan mitenkään hoito- ja palvelusuunnitelmien laatimisessa. Kaksi vastaajaa piti RAI:ta hyvänä pohjana hoito- ja palvelusuunnitelmalle. Kuudessa vastauksessa kerrottiin RAI-arvioinnin tuovan hyvin esille asiakkaan toimintakyvyn ja voimavarat sekä voimavara-ajajat ja ongelmien huomioimiset. Kaksi vastaajaa ilmaisi tuntevansa omat asiakkaat hyvin ja tekevänsä hoito- ja palvelusuunnitelmat käytännönläheisesti ja maalaisjärjellä.

Kolmannessa kysymyksessä haluttiin selvittää miten hoitajat osaavat tulkita ja hyödyntää RAPS- mittareita hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä? Kahdeksan vastaajaa kertoi, että ei osaa tulkita eikä hyödyntää mittareita hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä. Neljä vastaajaa osasi jollakin tavalla hyödyntää mittareita, mutta toivoo lisää opetusta/koulutusta. Yksi vastaaja käyttää arviointia keskustelussa hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä. Kaksi vastaajaa osaa tulkita ja katsoa onko asiakkaan kunto parantunut/huonontunut, mutta ei osaa käyttää mittareita hyödyksi. Vain kaksi vastaajaa kertoi käyttävänsä RAPS mittareita hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehdessään.

Kysymyslomakkeessa ei kysytty koulutuksen tarpeesta mutta se tuli vastauksissa kuitenkin selvästi ilmi. Kolmetoista vastaajaa oli sitä mieltä, että koulutusta tarvitaan ehdottomasti lisää. Neljä vastaajaa ei maininnut ollenkaan koulutuksen tarpeesta. Yksi vastaaja ei kertonut mitään, koska ei ollut tehnyt RAI-arviointeja eikä myöskään hoito- ja palvelusuunnitelmia.

5.2 Kehittämiskohteen valinta

Kehittämiskohteeksi valikoitui vammaispalveluasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaimisen kehittäminen RAI-arviointia hyödyntäen. Kaikki palvelutalossa asuvat vammaispalveluasukkaat tarvitsevat runsaasti tukea ja apua päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä. Hoito- ja palvelusuunnitelman tehtävänä on kartoittaa asukkaiden palvelun ja avun tarvetta. Hyvistä ohjeista huolimatta hoito- ja palvelusuunnitelmat ovat olleet puutteellisia tai niitä ei ole arvioitu säännöllisesti. Vaikka asiakaskohtaisia hoito- ja palvelusuunnitelmia on ollut käytössä jo vuosikymmeniä niiden päivittäminen ja käyttö arkityötä ohjaavana välineenä vaatii edelleen työtä (Päivärinta & Haverinen 2002, 29).

Porvoossa on tehty RAI-arviointeja jo reilut kymmenen vuotta. Vuonna 2002 kaksi Porvoon kotihoidon tiimiä lähti mukaan RAI:n käytön kotihoidon esitutkimukseen. Vuonna 2003 aloitettiin RAI:n pilottihanke Porvoossa ja kaksi kotihoidon tiimiä lähti silloin mukaan. Vuonna 2006 RAI-järjestelmän käyttö oli Porvoossa laajentunut kuuteen tiimin, joka tarkoittaa sitä, että yli puolet kotihoidon tiimeistä ei edelleenkään ollut mukana. (Räsänen 2007, 20.)

5.3 Yhteenveto kehittämiskohteen tietoperustasta

RAI-arviointijärjestelmä on ensisijaisesti suunniteltu helpottamaan hoito- ja palvelusuunnitelman laatimista. Järjestelmä perustuu systemaattiseen tiedonkeruuseen, joka tehdään tutustumalla asiakkaan asiapapereihin, haastatteleamalla asiakasta sekä havainnointiin. (Finne-Soveri 2009, 21.) RAI-järjestelmästä voidaan koota hoitosuunnitelmaan tarvittavaa tietoa esimerkiksi asiakkaan fyysisestä, kognitiivisesta ja sosiaalisesta toimintakyvystä ja se on hoitajan tärkeä työväline (Vähäkangas ym. 2005, 148).

RAI-tietojärjestelmän käyttöön tulee perehtyä, jotta arvioinneista tulee luotettavia ja niitä voidaan hyödyntää asiakkaan palveluissa. Oikein tehty arviointi auttaa laadukkaan hoidon suunnittelussa sekä toteuttamisessa ja on näyttöön perustuvaa (Demirtas 2014). RAI-arvioinnin pohjalta saadaan MDS-mittarit ja RAPs tarkistuslista avuksi hoidon suunnitteluun. RAI edistää myös kirjaamisen tasoa asiakaslähtöisiin ja tavoitteellisiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin. RAI-tietojärjestelmän hallinta mahdollistaa myös RAI-arviointimittareiden ja tulosten hyödyntämisen käytännön hoitotyössä. (Noro. 2005, 32.) Kannattaa miettiä sitä, miten RAI:ta oikeasti voidaan hyödyntää asiakkaan hoidon suunnittelussa ja miten sitä voidaan hyödyntää myös

hoitoyksikön toiminnan kehittämisessä (Ristolainen 2007, 14). Ei riitä, että RAI-järjestelmää osataan käyttää, vaan on myös tiedettävä miksi sitä käytetään ja miten käytännön työssä voidaan hyödyntää siitä saatavia tuloksia (Räsänen, 2007, 9).

Hoito- ja palvelusuunnitelma on keskeinen väline suunniteltaessa ja toteutettaessa laadukasta ja ammatillista kotipalvelua. Hoito- ja palvelusuunnitelma tulisi laatia yhteistyössä asiakkaan kanssa. Mikäli asiakas ei sairauden tai henkisen toimintakyvyn tai muun vastaavan syyn vuoksi pysty osallistumaan ja vaikuttamaan palvelutarpeensa suunniteluun ja toteuttamiseen tai ymmärtämään ehdotettuja vaihtoehtoja ja päätösten vaikutuksia, on asiakkaan tahtoa selvitettävä hänen laillisen edustajansa, omaisen tai muun läheisen henkilön kanssa. (Sosiaalihuollon asiakaslaki 2000/812; Vammaispalvelulaki 1987/380; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.)

Asiakkaan palveluntarvetta kartoitetaan tekemällä hänelle hoito- ja palvelusuunnitelma. Hoito- ja palvelusuunnitelman tulee sisältää erilaisia ja eritasoisia tavoitteita, ja palveluille tulisi määritellä omat yksityiskohtaiset tavoitteet, sekä mahdolliset tukitoimet tavoitteiden saavuttamiseksi. Tällöin suunnitelmaan voidaan kirjata esimerkiksi miten henkilön itsenäistä selviytymistä on mahdollista tukea apuvälineiden, palveluiden ja muiden tukitoimien avulla. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa tulee olla kuvaus nykytilanteesta ja henkilön olosuhteista sekä käydä ilmi suunnitelman laatijat. Palvelun suunnittelun ja toteutuksen tulisi perustua asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin vastataan omahoitaja järjestelmällä. Asiakkaalla on nimetty omahoitaja, jonka tehtävänä on seurata palvelujen toteutusta sekä hoito- ja palvelusuunnitelman ajantasaisuutta. Omahoitajan velvollisuudeksi ymmärretään asiakkaan etujen ajaminen, asioiden koordinointi palvelujen järjestämisessä sekä yhteydenpito omaisiin. Omahoitaja välittää seurantatietoa asiakkaasta myös muulle tiimille. Erityisen tärkeä on viestiä asiakkaan voinnin muutoksista. (Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014, 24-25.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan vähintään seuraavat tavoitteet: Selkeät ja konkreettiset tavoitteet sekä yksilölliset tavoitteet palveluille ja hoidolle asiakkaan fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan myös keinot tavoitteiden saavuttamiseksi sekä suunnitelma tavoitteiden toteuttamisen arvioimiseksi, suunnitelman seurannan vastuuhenkilöt sekä asiakasturvallisuus. On suositeltavaa, että hoito- ja palvelusuunnitelman toteutusta seurataan sovitusti ja säännöllisesti yhteisymmärryksessä suunnitelman laatimiseen osallistuneiden kanssa. Asiakkaalle annetaan myös kopio hoito- ja palvelusuunnitelmasta. (Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014, 25.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä on hyvä varmistaa, että palvelutapahtumassa ja palveluprosessissa on tilaa asiakkaan kohtaamiselle, henkilökohtaiselle mielipiteelle ja vaikuttamiselle. Asiakkaan kohtaamiseen ja vuorovaikutukseen liittyy vuoropuhelu asiakkaan kanssa ja siksi on hyvä tiedostaa miten vuorovaikutus sujuu ja miten se vaikuttaa saadun palvelun lopputulokseen. Asiakaslähtöisen toiminnan näkökulmasta asiakkaan oma aktiivisuus ja vastuuntunto häntä itseään koskevasta osuudesta hoito ja/tai palveluprosessista on asiakkaan velvollisuus. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaat ottavat aktiivisesti vastuuta omaa elämäänsä koskeviin asioihin. Asiakasta voidaan vastuuttaa siinä määrin, kun hän kulloisessakin tilanteessa pystyy kantamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. (Virtanen ym. 2011, 32-35.) Asiakkaan osallistuminen oman hoidon päätöksentekoon edistää myös hoitoon sitoutumista (Sarajärvi ym. 2011, 72).

5.4 Uuden toimintatavan rakentaminen

Tarkoituksena oli juurruttaa työyhteisöön uusi toimintatapa, joka vahvistaa hoitajien osaamista hoito- ja palvelusuunnitelmia tehtäessä. Hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen tulee ottaa mukaan RAI-arvioinnista saadut mittarit.

Tavoitteena oli kehittää hoitajien osaamista vammaispalveluasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa niin että, RAI-arvioinnista saatavat tiedot ovat asiakkaan hoidon tarpeen määrittelyn perustana tehtäessä hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Tavoitteena oli kehittää asiakaslähtöistä hoitoa. Asiakaslähtöisessä palvelussa hoitoa saava asiakas on kaiken lähtökohta, keskeinen ja tärkeä ja hänen toiveitaan kuunnellaan. Asiakkaille tehdään RAI-arviointi kaksi kertaa vuodessa ja samalla tulisi päivittää myös hoito- ja palvelusuunnitelmat. Asiakkaan voinnin muuttuessa huonompaan tai parempaan suuntaan, hoito- ja palvelusuunnitelmaan tulee kirjata myös muuttunut tilanne. Hoitajat osaavat käyttää RAI-tietojärjestelmää, mutta monilla on puutteita siitä tiedosta, miten RAI:ta voidaan hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä. Tämä on johtanut siihen, että RAI-arviointia ei ole otettu työvälineeksi hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen. Kehittämistehtävään liittyy hoitajien perehdyttäminen RAI-mittareiden tulkintaan niin, että he voivat ottaa ne arviointivälineeksi hoito- ja palvelusuunnitelmien tekoon. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatut tiedot helpottavat myös hoitajien työskentelyä, sillä kaikilla on käytössä sama tieto asiakkaan hoidosta ja palveluntarpeesta ja siitä miten se toteutetaan.

Työyhteisössä on tarvittu käytännön tietoa siitä miten RAI-arvioinnin mittareita voidaan hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisessä niin, että kirjaaminen on asiakaslähtöistä ja johtaa tavoitteellisiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Puolivuositaiset RAI-arvioinnit oli tehty syyskuun 2014 loppuun mennessä, niin kuin pitikin ja lokakuun alussa aloitettiin hoito-

ja palvelusuunnitelmien versiointi ja tarkastaminen. Hoitajia on ohjattu uuden tavan käyttöönotossa ja hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittämisessä. Hoitotyön suunnitelman onnistunut käyttö edellyttää mahdollisuutta harjoitella, käyttää aikaa ja saada ohjausta suunnitelman laatimiseen (Hallila 2005, 34).

Palvelutalossa hoito- ja palvelusuunnitelman hyödyntäminen päivittäisessä kirjaamisessa ei ole ollut näkyvää. Päivittäin on kirjattu toteutunutta hoitoa ja sitä mitä on tehty. Kotihoidossa kirjaamiskäytännöt vaihtelevat ja kirjaamista ei välttämättä toteuteta kaikissa vuoroissa, jos ei ole tapahtunut erityistä. Aamuvuoron aikana kirjataan yleensä enemmän, koska tällöin myös tapahtuu enemmän. Asiakkaita avustetaan suihkussa, mitataan verenpainetta, otetaan näytteitä ja hoidetaan lääkäriasioita.

Hoito- ja palvelusuunnitelman käyttö ja hyödyntäminen hoitotyössä on näyttöön perustuvaa. Tavoitteena on vastata asiakkaan hoidon tarpeeseen käyttämällä vaikuttavaksi tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytänteitä. Hoito- ja palvelusuunnitelma on todistusaineisto suunnittelusta ja toteutuneesta hoidosta ja palvelusta. Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakaslähtöinen sekä tarvelähtöinen ja sen laatiminen lähtee aina asiakkaan tarpeesta. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että toiminnan lähtökohtana ovat asiakkaan tarpeet, toiveet, odotukset ja asiakkaan omaan kokemukseen perustuva tieto eivätkä hoitotyöntekijän tai organisaation tavoitteet (Sarajärvi ym. 2011, 70).

Asiakas on hyvä ottaa mukaan oman hoitosuunnitelman tekoon, jos se vain on mahdollista. Asiakkaan tai omaisen kanssa voidaan keskustella siitä, mitkä asiat tekevät arjesta tarkoituksellisen. Yhteiset keskustelut asiakkaan tavoitteista luovat hyvän pohjan asiakkaan osallisuudelle sekä tiimin työskentelylle. Samalla mahdollistuu myös työn jatkuva arjessa tapahtuva arviointi ja kehittäminen sekä työskentelyä ohjaavien tavoitteiden uudelleen suuntaaminen. (Päivärinta & Haverinen 2002, 18.)

Uuden toimintatavan kokeilu tapahtuu työyhteisöstä käsin ja yhdessä pohditaan sen sopeuttaminen juuri omaan työyhteisöön ja sen käytänteisiin. Työryhmän ja esimiehen on tärkeä tuoda esiin pienetkin hyödyt siitä, miten uusi toimintatapa edistää työyhteisön toimintaa. Uuden toimintatavan myötä saattaa tulla esiin uusia muutostarpeita, joihin on tärkeä reagoida. Vaikka uusi toimintatapa ei juurtuisi, niin prosessia on tärkeä arvioida. Tällöin saatetaan löytää uusia tapoja toteuttaa haluttuja muutoksia työyhteisössä. (Ora-Hyytiäinen ym. 2012, 26.)

6 Uusi toimintatapa

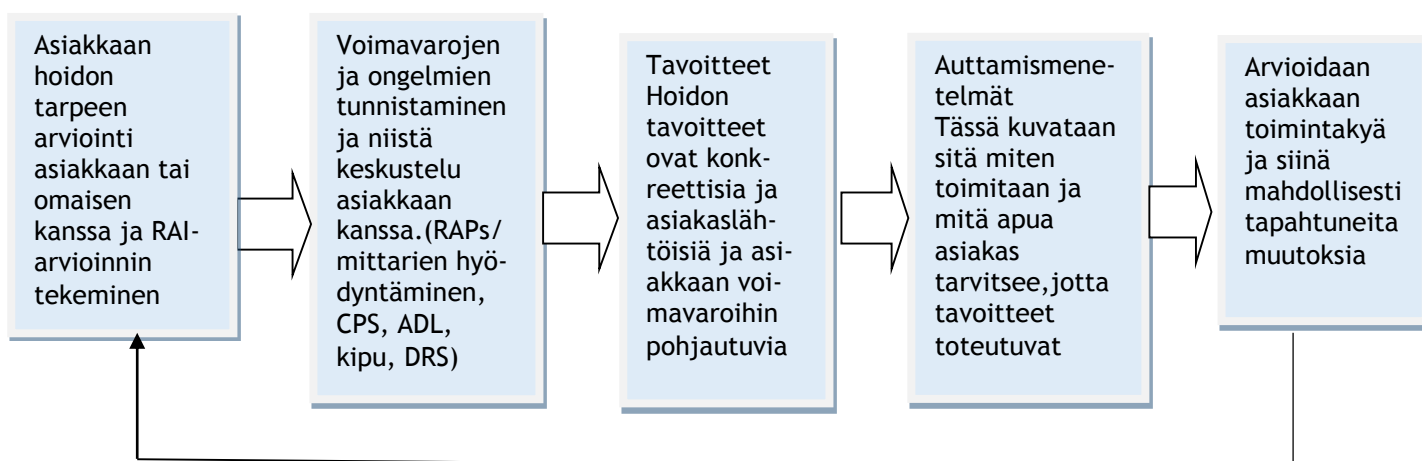
6.1 Uuden toimintatavan kuvaus

Tässä työssä avoimilla kysymyksillä selvitettiin hoitajien tietämystä RAI-arvioinnin tekemisestä, sekä sitä miten he osaavat käyttää RAI-arviointeja hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä. Kehittämisiltapäivässä hoitajille jaettiin kyselylomakkeet, joissa oli kolme kysymystä. Hoitajat vastasivat kysymyksiin iltapäivän aikana ja palauttivat lomakkeet heti kysymyksiin vastattuaan.

Kyselyn tuloksista selvisi, että lähihoitajilla on kokemusta ja tietoa RAI:n tekemisestä ja yleisesti RAI:n tekeminen koetaan melko helpoksi, joskin kysymyksiä on liikaa ja monet niistä ovat vaikeasti tulkittavia. Arviointia tehdessä joutuu miettimään tarkkaan, mitä kysymykset tarkoittavat kunkin asiakkaan kohdalla. Toisinaan tekeminen aiheuttaa stressiä työilmapiiriin. Keskusteltaessa RAI-arvioinnin tekemisestä on tullut ilmi, että lähihoitajat haluavat tehdä arviointeja pareittain ja mieluummin niin, että parina on sairaanhoitaja, jos se on mahdollista.

RAI-arviointeja osataan kyllä tehdä, mutta siitä saatavia tietoja ei ole opittu hyödyntämään hoito- ja palvelusuunnitelmien teossa. Hoitajat osaavat verrata arvioinnin tuloksia ja siten seurata, miten asiakkaan vointi on muuttunut, onko esimerkiksi toimintakyky heikentynyt tai parantunut. Hoito- ja palvelusuunnitelmat on tehty käytännön kokemuksen kautta. Omahahoitajat tuntevat omat asiakkaat niin hyvin, että osaavat omasta mielestään huomioida asiakkaan tarpeet ilman RAI-arviointiakin. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto vaatii perehtymistä arvioinnin tekemiseen, atk-ohjelmiston käyttöön sekä siihen, miten tietoja hyödynnetään hoitotyössä. Usein käyttöönoton haasteena ei kuitenkaan ole itse järjestelmän oppiminen. Enemmän opettelua vaatii asiakaslähtöisen ja tavoitteellisen hoito- ja palvelusuunnitelman rakentaminen kuin myös asiakkaiden hoitoketjuihin liittyvät asiat. Käytännön hoitotyössä myös hoidon tulosten ja toiminnan vaikuttavuuden arviointi koetaan usein vaikeasti sisäistettävänä. Näihin asioihin tulisi keskittyä enemmän koulutuksia järjestettäessä. (Vähäkangas & Björkgren 2006, 46-47.)

RAI-tietojärjestelmän keskeisin osa on Resident Assessment Protocols, RAPs (hoidon suunnittelun apuväline). RAP on eräänlainen hälytyslista, joka varoittaa mahdollisista asiakkaalla ilmenevistä ongelmista, mutta se tuo myös esiin asiakkaan yksilöllisiä vahvuuksia ja mieltymyksiä, joiden varaan on hyvä rakentaa hoito- ja palvelusuunnitelma. RAP:sin avulla luodaan kehykset yksittäisen asiakkaan hoitosuunnitelmalle. (Päivärinta & Haverinen, 2002, 74.)



Kuvio 7: Uusi hoito- ja palvelusuunnitelma

Tässä uudessa toimintatavassa otetaan huomioon asiakkaan omat toiveet hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä. Keskustellaan asiakkaan ja/tai omaisen kanssa siitä, mitkä asiat ovat tärkeitä. Pienetkin toiveet ja tavoitteet otetaan huomioon. Tavoitteet ja auttamismenetelmät ohjaavat myös päivittäistä toimintaa ja siksi on hyvä aivan konkreettisesti kuvata, mihin kenenkin asiakkaan kohdalla pyritään. Tavoitteet voidaan määritellä fraasien avulla (löytyvät hoito- ja palvelusuunnitelman ohjelmasta) ja niiden valinnassa käytetään RAI-arvioinnin RAPs-listalta poimittuja ongelmia, asiakkaan toimintakyvystä, asiakkaan omia vahvuuksia tai mieltymyksiä. Fraasit tarjoavat otsikoita, jotka täytyy täydentää tekstillä, koska tavoite ei voi olla pelkkä otsikko esim. turvallinen lääkehoto. Tämä täytyy avata selkeästi tekstillä, mitä turvallisella lääkehoidolla tarkoitetaan. Esimerkiksi tavoitteena on, että asiakas saa oikeat lääkkeet oikeaan aikaan. Tavoitteet lähtevät aina asiakkaan tarpeesta ja siksi ne täytyy kuvata hyvin yksilöllisesti ja realistisesti. Tavoitteiden tulee olla asiakaslähtöisiä, yksilöllisiä, konkreettisia ja realistisia (Hallila & Graeffe 2005, 84).

Auttamismenetelmissä kuvataan sitä miten toimitaan, jotta tavoitteet toteutuvat. Auttamismenetelmissä tulee näkyä, kuinka usein jotkut toiminnot tulee toteuttaa. Missä asioissa asiakas selviytyy omatoimisesti ja missä hän tarvitsee enemmän apua. Tilanne voi olla myös niin, että asiakas tarvitsee runsaasti apua selviytyäkseen jokapäiväistä elämäntoimintoistaan. Tällöin kirjataan kaikki ne asiat, joissa asiakas tarvitsee apua, ei pelkästään sitä, että asiakas on täysin autettava. Hoitotyön auttamismenetelmän tarkoituksena on vaikuttaa ihmisen hyvän edistämiseen (Hallila & Graeffe 2005, 87). Asiakkaan toimintakyvyn arviointia toteutetaan säännöllisesti kuuden kuukauden välein ja aina kun asiakkaan tilanteessa tapahtuu muutoksia. Jos asiakkaan tilanne ei ole muuttunut, arviointi tehdään viimeistään ennen seu-

raavan hoito- ja palvelusuunnitelman päivittämistä, uuden RAI-arvioinnin jälkeen. Toimintakyvyn arvioinnin tuloksena syntyy käsitys siitä, mitkä ovat henkilön omat voimavarat, mihin hän tarvitsee apua ja missä hän suoriutuu itsenäisesti (Hallila 2005, 68).

Hyvin laaditun hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea päivittäistä kirjaamista (Nykänen, Viitanen, Kuusisto 2010, 32). Palomäen palvelutalossa, jossa toteutetaan kodinomaista hoitoa, hoitajat kirjaavat päivittäin toteutunutta hoitoa rakenteisesti otsikon alle käyttäen vapaata tekstiä. Ohjelma tarjoaa otsikoita ja niistä valitaan sopivin. Luokituksia ei kotihoidon kirjaamisessa käytetä, vaikka kirjataankin terveys Efficään. Päivittäistä kirjaamista tulee tehostaa niin, että käytetään monipuolisemmin otsikoita, se selkeyttää myös tekstin luettavuutta. Kun kuvataan asiakkaan toimintakykyä ja sitä miten hän suoriutuu esimerkiksi aamupesusta tai ruokailusta, tulisi käyttää toimintakyky-otsikkoa. Usein käytetään pelkästään hoitotyön otsikkoa ja sen alle kuvataan kaikki muut paitsi lääkehoito.

Hoitotyön toiminnan tulisi olla näyttöön perustuvaa ja kirjaamisessa tulisi käydä ilmi, että käytetyt hoitotyön auttamismenetelmät ovat näyttöön perustuvia. Näyttöön perustuvan kirjaamisen tavoitteena on, että asiakkaat saavat asiakirjoistaan luotettavaa tietoa, hoitotyöstä karsiutuvat tehottomat tai vailla tieteellistä näyttöä olevat auttamismenetelmät, voimavarat kohdistetaan oikein ja taloudellisesti, huomioidaan tiedonkulun tuomat hyödyt, suullisesta, epätakkasta muistinvaraiseen tietoon perustuvasta tiedottamisesta päästään eroon (Hallila 2005, 13). Näyttöön perustuvalla hoitotyön toiminnalla tarkoitetaan parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon käyttöä asiakkaan hoidossa ja terveyden edistämässä (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 11).

Tämän kehittämissuunnitelman tavoitteena on ollut kehittää hoitajien osaamista vammaispalveluasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa niin että, RAI-arvioinnista saatavat tiedot ovat asiakkaan hoidon tarpeen määrittelyn perustana tehtäessä hoito- ja palvelusuunnitelmia. Hoitajat osaavat käyttää RAI-tietojärjestelmää, mutta monilla on ollut puutteita siitä tiedosta, miten RAI:ta voidaan hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä. Kehittämissuunnitelmaan liittyi hoitajien perehdyttäminen RAI-mittareiden tulkintaan niin, että he voivat ottaa ne arviointivälineeksi hoito- ja palvelusuunnitelmien tekoon.

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjatut tiedot helpottavat myös hoitajien työskentelyä, sillä kaikilla on käytössä sama tieto asiakkaan hoidosta ja palveluntarpeesta ja siitä miten se toteutetaan. Päivitetty hoito- ja palvelusuunnitelma takaa palvelun ja hoidon jatkuvuuden työntekijöiden vaihtuessa. Kirjattu hoito- ja palvelusuunnitelma ehkäisee myös väärinymmärryksiä eri osapuolten kesken ja auttaa niiden selvittämisessä. Tällöin hyvin yhteisymmärryksessä

suunniteltu, kirjattu ja ajallaan arvioitu hoito- ja palvelusuunnitelma tukee sekä työntekijöiden että asiakkaan kokemusta tasa-arvoisesta kohtelusta ja toteutuvasta oikeusturvasta. (Päivärinta & Haverinen 2002, 18.)

6.2 Toimintatavan juurruttaminen työyhteisöön ja jatkotoimenpiteet

Hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen otetaan avuksi RAI-arvioinnista saatavat mittarit. Niistä löytyy tieto asiakkaan avun tarpeesta ja siitä mitä hän pystyy tekemään omatoimisesti ja missä tarvitsee apua ja kuinka paljon. Tämä on haastavin asia, koska omahoitajat tuntevat omat asiakkaat ja mielellään tekevät hoito- ja palvelusuunnitelmat nopeasti oman toiminnan pohjalta. Hoito- ja palvelusuunnitelman on tarkoitus olla asiakaslähtöinen ja tarvelähtöinen niin, että sen laatiminen lähtee asiakkaan tarpeiden pohjalta. Lähtökohtana on, että asiakkaalla on oikeus saada kirjatuksi se, mitä hän pitää tärkeänä ja miten hän haluaa tulla hoidetuksi, sekä oikeus siihen, että kirjaaminen perustuu hänen yksilölliseen tilanteeseensa (Kärkkäinen 2007, 89). Uusi toimintatapa on kuvattu kuviossa 7. sivulla 42.

RAI-arviointiedon hyödyntäminen asiakkaan hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa edellyttää ohjelman hyvää tuntemista. Oikein tehty arviointi auttaa myös laadukkaan hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa ja on näyttöön perustuvaa. (Demirtas 2014.) Näyttöön perustuvassa hoitotyössä on kyse tieteellisen tiedon, asiantuntijan kliiniseen kokemukseen perustuvan tiedon ja asiakkaan oman kokemuksen tuoman tiedon yhdistämisestä hoitotyön päätöksenteossa (Sarajärvi ym. 2011, 18).

Effica-tietojärjestelmän kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmasta löytyy fraasit eli otsikot kirjaamisen avuksi. Hoitotyön tavoitteiden tulee olla asiakaskeskeisiä, yksilöllisiä, konkreettisia ja realistisia (Hallila & Graeffe 2005, 84). Jos tavoitteena on, että asiakas saa oikeat lääkkeet oikeaan aikaan, niin auttamismenetelmään kirjataan, miten lääkehoito toteutetaan, jotta tavoite saavutetaan. Auttamismenetelmät ovat konkreettista tekemistä. Hoitotyön auttamismenetelmien tarkoituksena on vaikuttaa ihmisen hyvän edistämiseen (Hallila & Graeffe 2005, 87). RAI-arvioinnin raporteista saadaan tieto esimerkiksi siitä, miten asiakas selviytyy lääkkeiden ottamisesta tai selviytyykö ollenkaan. Asiakkaan selviytymistä mittaava RAPs-lista käydään läpi kohta kohdalta ja poimitaan sieltä ne toiminnan vajeet ja ongelmat, missä asiakas tarvitsee apua ja ne kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan myös, miten asiakkaan ulkoilu on järjestetty, onko asiakkaalla mielekästä harrastetoimintaa ja jaksako hän osallistua yhteiseen toimintaan.

Hoitajat ovat aloittaneet hoito- ja palvelusuunnitelmien versioinnin ja päivittämisen. Versiointi tehdään siksi, että saadaan näkyviin vain uusin suunnitelma. Hoitajat ovat saaneet ohjausta hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisessä. Uuden tavan oppiminen on haastavaa ja

vaatii perusteluja. Päivitetty hoito- ja palvelusuunnitelma takaa palveluiden ja hoidon jatkuvuuden työntekijöiden vaihtuessa ja se on myös olennainen osa uuden työntekijän tai opiskelijan perehdyttämisessä asiakkaan tilanteeseen (Päivärinta ja Haverinen 2002, 18). Työyhteisö on itse muutostoimija ja oppimisteot ovat muutostekoja, oivaltaminen mahdollistaa oman toiminnan pysyvän muuttumisen (Ora-Hyytiäinen 2012, 42).

Kehittämistoiminnalle pitää antaa aikaa ja se pitää resursoida niin, että työyhteisön ja työryhmän jäsenet voivat viedä kehittämisprosessia eteenpäin. Henkilökunnan sitoutuminen muutokseen työyhteisössä tapahtuu vuorovaikutuksessa. Työryhmässä on tärkeä tuoda esiin pienetkin hyödyt siitä, miten uusi toimintatapa edistää työyhteisön toimintaa. (Ora-Hyytiäinen, Ahonen, & Partamies 2012, 24-26.) Rakentuva tieto ja siitä muodostuva uusi osaaminen ovat kehittämistoiminnan tuloksia, jotka syntyvät yksilössä yhteisöllisenä toteutuvan oppimisen avulla. Yksilön oppiminen muuttaa hänen ajatteluaan ja mahdollisesti myös hänen toimintaansa uuden tiedon muodostumisen kautta. (Ora-Hyytiäinen 2012, 50.)

Kehittämistehtävä on tuonut esille myös parannusehdotuksen siitä, voidaanko hoito- ja palvelusuunnitelmaan liittää suoraan RAI-arvioinnista saatavat tiedot. Tässä on siis aihetta jatkoselvittelyille. Lisäksi on ilmennyt tarvetta koulutukselle RAI-arvioinnin tekemisessä. Koulutusta olisi hyvä järjestää säännöllisesti ja aina uusille hoitajille. Kehittäminen tarvitsee jatkukseen tiettyjä rituaaleja, tapoja ja traditioita sekä yhteisen kokemuksen siitä, että kehittämisestä on hyötyä päivittäiseen työhön (Seppänen-Järvelä 2009, 47).

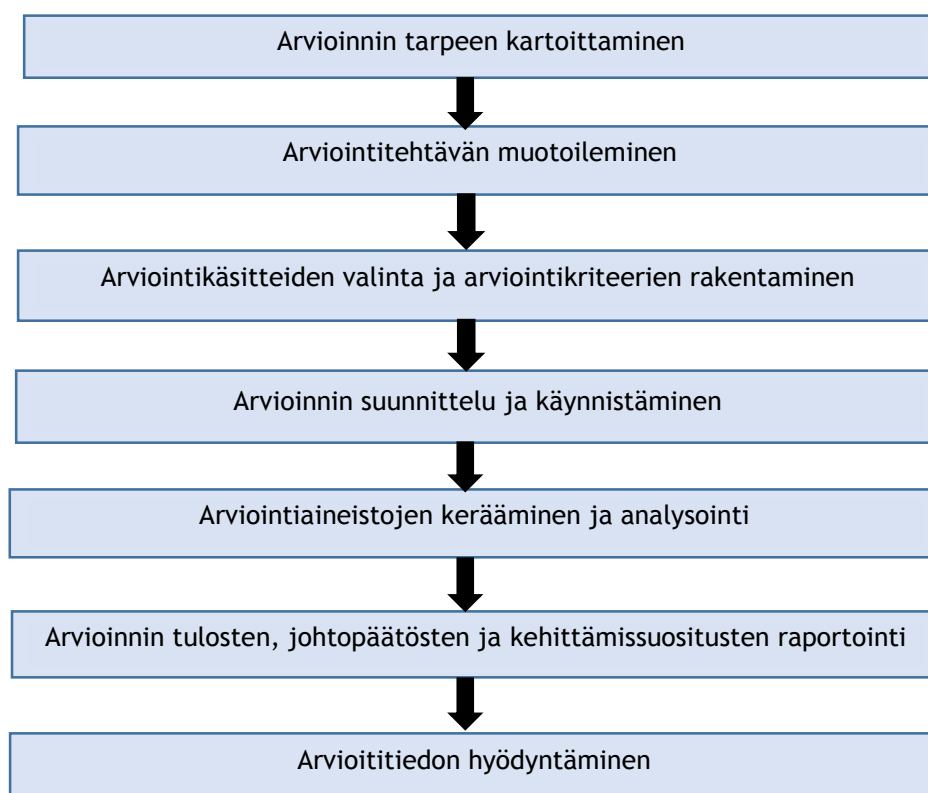
7 Kehittämistoiminnan arviointi

Työyhteisössä tulee arvioida kehittämistoimintaa ja työyhteisön tehtävänä ja velvollisuutena on osoittaa kehittämistoiminnasta syntynyt hyöty, tulokset ja vaikutukset. Arvioinnissa tulee kuvata toimintaprosessi sekä sen toimintaympäristö. Ympäristöinä kuvataan työyhteisön fyysinen ympäristö, tilat ja välineet sekä sosiaalinen ympäristö johon liittyy arvot, tieto, roolit ja toimintatavat. Arvot vaikuttavat siihen, miten arvokkaina kehittämistä ja oppimista pidetään. Tieto ja tietämys vaikuttavat siihen, minkälaista osaamista työyhteisöllä on ja roolit vaikuttavat siihen, miten aktiivisesti toimitaan yhteistyössä. Toimintatavoilla on vaikutus siihen, miten osaamista on totuttu tuottamaan. Arviointia tehdään realistisesti ja siinä pyritään ymmärtämään paremmin sitä, mitä kehittämisprosessissa tapahtuu. Arviointia varten kuvataan toimintaprosessi teoreettisesti tai siten kuinka sen ajatellaan toteutuvan. (Ora-Hyytiäinen 2012, 47.)

Riippumatta siitä, millaisesta arvioinnista on kyse, voidaan se hahmottaa prosessiksi eli loogisesti toisiinsa liittyvien toimintojen sarjaksi. Virtasen (2007) mukaan arviointiprosessi koostuu

seitsemästä vaiheesta ja ne kukin jakautuvat useampaan tehtävään ja osatehtävään. Osaprosessit ovat: arvioinnin tarpeen kartoittaminen, arviointitehtävän muotoileminen, arviointikäsitteiden valinta ja arviointikriteerien rakentaminen, arvioinnin suunnittelu ja käynnistäminen, arviointiaineiston kerääminen ja analysointi, arvioinnin tulosten, johtopäätösten ja kehittämissuosituksen raportointi sekä saadun arviointitiedon hyödyntäminen. (Virtanen 2007, 143).

Arviointiprosessiin käynnistää arvioinnin tarpeen kartoittaminen ja vaihe onkin arvioinnin liikelle paneva voima ja sillä on merkitystä koko arvioinnille. Kun arvioinnin tarpeet on kartoitettu, voidaan arviointitehtävä muotoilla. Arviointikäsitteiden ja arviointikriteeriden valinta puolestaan vaikuttaa siihen, mistä näkökulmasta arvioitavaa kohdetta tarkastellaan ja millaisen logiikan perusteella tehdään päätelmiä arvioinnin kohteesta. Tällöin ratkaistaan myös arviointiaineiston keräämistä koskevat kysymykset. Kenen mielipiteistä ollaan kiinnostuneita ja millaisia dokumenttiaineistoja tarvitaan. Arviointiaineiston keräämisellä ja analysoinnilla on keskeinen osa arviointityössä. Arvioinnin tulosten, johtopäätösten ja kehittämissuosituksen raportoinnilla on merkitystä arviointitiedon hyödyntämiseen. Arviointiraportin tulee olla ymmärrettävä, puhutteleva ja selkeä kokonaisuus. Arviointiprosessi päättyy arviointitiedon hyödyntämiseen ja se kertoo arvioinnin hyödyllisyydestä ja laadusta. (Virtanen 2007, 144.)



Kuvio 8: Arviointiprosessi Virtasta (2007) mukailleen

Tässä kehittämistehtävässä arviointia on tehty vähän kerrallaan työskentelyn edetessä. Aluksi tarkoitus ei ollut tehdä mitään kyselyä, vaan seurata hoitajien kirjaamista ja havainnoida heidän työskentelyään. Hyvän hoitotyön käytännön tietoa voidaan edistää kertomalla siitä suullisesti, tarjoamalla mahdollisuus toiminnan havainnointiin ja antamalla palautetta (Sarajärvi ym. 2011, 65). Kehittämistehtävän edetessä on käyty keskusteluja hoito- ja palvelusuunnitelmia tehtäessä. Normaalisti sairaanhoitajat eivät osallistu osallistu hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemiseen muuten kuin neuvonantajana, mutta tämän kehittämistehtävän aikana myös sairaanhoitajat ovat perehtyneet enemmän hoito- ja palvelusuunnitelmien tekoon.

Realistisessa arvioinnissa tarkastellaan ja pyritään ymmärtämään sitä, mitä kehittämisprosessissa tapahtuu. Arviointitietoa voidaan kerätä erilaisilla menetelmillä ja on suositeltavaakin yhdistellä erilaisia menetelmätapoja. Keskeistä on ymmärtää, miksi tulokset saavutetaan tai miksi niitä ei saavuteta. (Ora-Hyytiäinen 2012, 47.)

Hoitajille tehtiin arviointikysely, jonka tarkoituksena oli selvittää, onko kehittämistehtävä tuottanut tulosta. Vastaamalla kyselyyn hoitajilla oli mahdollisuus arvioida kehittämistoiminnan hyötyä ja onnistumista. Kyselyn vastausten valmistuttua kirjoitettiin arviointiraportti.

7.1 Muutosprosessin ja lopputuotoksen arviointi

Tämän kehittämistehtävän tavoitteena oli kehittää hoitajien osaamista vammaispalveluasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa niin, että RAI-arvioinnista saatavat tiedot ovat asiakkaan hoidon tarpeen määrittelyn perustana tehtäessä hoito- ja palvelusuunnitelmaa. RAI-arviointeja osataan kyllä tehdä, mutta siitä saatavia tietoja ei ole opittu hyödyntämään hoito- ja palvelusuunnitelmien teossa. Hoitajat osaavat verrata arvioinnin tuloksia ja siten seurata, miten asiakkaan vointi on muuttunut, onko esimerkiksi toimintakyky heikentynyt tai parantunut. Hoito- ja palvelusuunnitelmat on tehty enemmän käytännön kokemuksen kautta. Omahoitajat tuntevat omat asiakkaat niin hyvin, että osaavat omasta mielestään huomioida asiakkaan tarpeet ilman RAI-arviointiakin.

RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto vaatii perehtymistä arvioinnin tekemiseen, atk-ohjelmiston käyttöön sekä siihen, miten tietoja hyödynnetään hoitotyössä. Usein käyttöönoton haasteena ei kuitenkaan ole itse järjestelmän oppiminen. Enemmän opettelua vaatii asiakaslähtöisen ja tavoitteellisen hoito- ja palvelusuunnitelman rakentaminen kuin myös asiakkaiden hoitoketjuihin liittyvät asiat. Käytännön hoitotyössä myös hoidon tulosten ja toiminnan vaikuttavuuden arviointi koetaan usein vaikeasti sisäistettävänä. Näihin asioihin tulisi keskittyä enemmän koulutuksia järjestettäessä. (Vähäkangas & Björkgren 2006, 46-47.)

Hyvin laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma takaa palvelujen ja hoidon jatkuvuuden työntekijöiden vaihtuessa. Tutustuminen asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan on myös osa uuden työntekijän tai opiskelijoiden perehdyttämistä asiakkaan tilanteeseen. Kaikilla asiakkaan hoitoon osallistuvilla on käytössä sama tieto siitä, miten toimitaan. Tiedonkulun parantuessa vähenevät myös mahdollisuudet siitä, että hoidossa tapahtuisi virheitä tai, että asiakkaan toivomukset tulkittaisiin väärin. (Päivärinta & Haverinen 2002, 18.)



Kuvio 9: Prosessin eteneminen uuden toimintatavan mukaan

Tavoitteisiin on päästy uudesta toimintatavasta tiedottamalla. Se on vaatinut tiivistä yhteistyötä, jossa vuorovaikutuksen merkitys on korostunut. Hoitajat ovat saaneet ohjausta hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisessä ja heitä on kannustettu toimimaan uuden mallin mukaan, kun he laativat tai päivittävät hoito- ja palvelusuunnitelmia. Asioista on keskusteltu yhdessä ja työskentelyä arvioitu samalla kun hoito- ja palvelusuunnitelmia on päivitetty ja täydennetty. Keskusteluissa on ilmennyt tarvetta lisäkoulutukselle. RAI-arvioinnin hyödyntäminen hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä puhuttaa edelleen. Hoitajien mielestä RAI-arvioinnista saatavia mittareita ei ole edelleenkaan helppo käyttää. Omahoitajat tuntevat omat asiakkaat hyvin, koska vammaispalveluasiakkaat ovat asuneet palvelutalossa jo pidempään, osa jopa neljä vuotta. On opittu tekemään hoito- ja palvelusuunnitelmat siitä, miten nähdään tarpeet kunkin asiakkaan kohdalla. Rakentuva uusi tieto ja siitä muodostuva osaaminen ovat kehittämistoiminnan tuloksia, jotka syntyvät yksilössä yhteisöllisenä toteutuvan oppimisen

avulla, tällöin oppiminen muuttaa yksilön ajattelua ja mahdollisen uuden tiedon kautta myös hänen toimintaansa (Ora-Hyytiäinen 2012, 50).

Tämän opinnäytetyön tekemisen aikana kehittämistyö eteni tavoitteiden suuntaisesti, mutta muutos on vielä alkuvaiheessa. Lopullinen arviointi siitä, tuottiko kehittämistyö toimintaan vaikuttavaa tavoitteellista osaamista ja juurtuiko se käytäntöön, selviää paremmin vasta seuraavia RAI-arviointeja tehtäessä ja uuden arviointitiedon hyödyntämisessä hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Päivittäisen hoitotyön kirjaamista ja arviointia hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti täytyy kehittää edelleen, jotta hoitotyö olisi suunniteltua ja asiakaslähtöistä. Tavoitteena on asiakkaan tarpeisiin vastaaminen sekä asiakkaan kohtelemineen ainutlaatuisena yksilönä ja oman elämänsä asiantuntijana (Sarajärvi ym. 2011, 70).

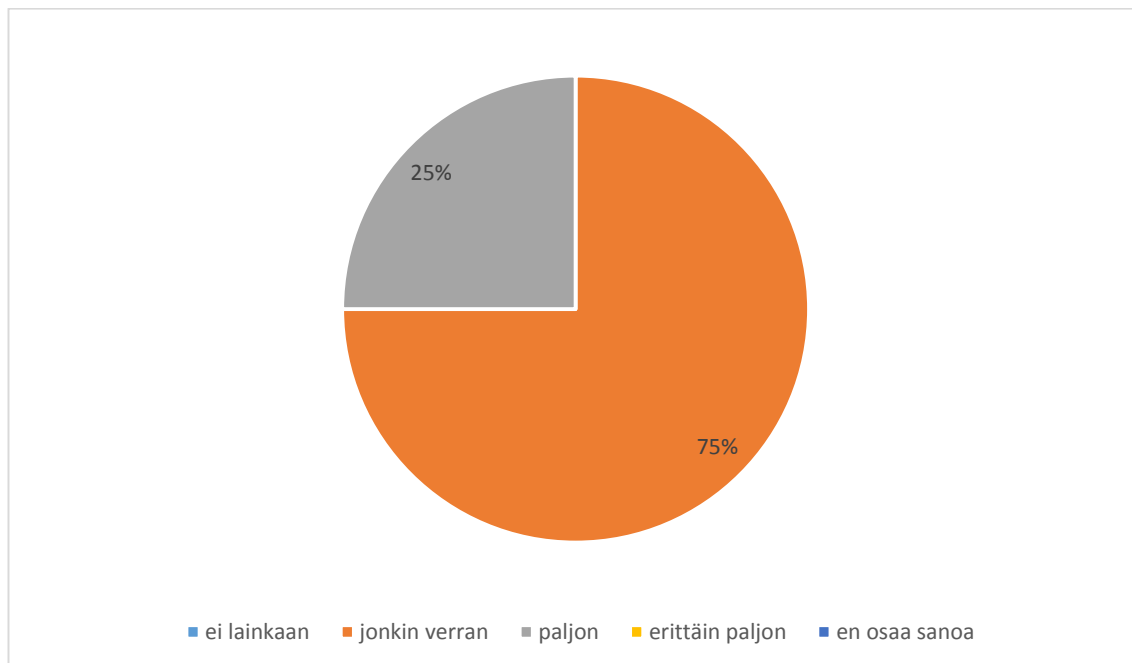
7.2 Arviointituloksen raportointi

Työyhteisön tehtävänä ja velvollisuutena on luonnollisesti osoittaa kehitystoiminnasta syntynyt hyöty, tulokset ja vaikutukset. Arvot vaikuttavat siihen, miten oppimista ja kehittämistä pidetään arvokkaana, tieto ja tietämys vaikuttavat siihen, miten aktiivisesti toimitaan yhteistyössä ja toimintatavat siihen, miten on totuttu tuottamaan osaamista. (Ora-Hyytiäinen 2012, 47.)

Jos arvioinnin päätarkoitus on saada selville, saavutettiinko kehittämistyön tavoitteet, käytetään kyselylomaketta, mikäli se auttaa vastaamaan tähän kysymykseen (Robson 2001, 127). Jotta saatiin selville, onko kehittämistehtävä tuottanut tulosta, tehtiin hoitajille arviointikysely. Vastaamalla kyselyyn hoitajilla oli mahdollisuus arvioida kehittämistoiminnan hyötyä ja onnistumista. Kysymyksistä kuusi ensimmäistä oli strukturoituja kysymyksiä, eli kysymyksiin oli annettu vaihtoehdot. Seitsemännessä kysymyksessä vastaajat saivat halutessaan perustella kysymysten 1-6 vastauksiaan. Kahdeksas ja yhdeksäs kysymys olivat myös avoimia kysymyksiä ja niissä kysyttiin mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen ja mitä muuta palautetta haluaa antaa kehittämistoiminnasta?

Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Ihmisten itsemääräämisoikeutta pyritään kunnioittamaan sillä, että ihmisille annetaan mahdollisuus päättää haluavatko he osallistua tutkimuksiin (Kuula 2011, 61). Kyselylomakkeita jätettiin 16:sta joista kahdeksan palautettiin täytettynä. Vastausprosentti oli siis 50, joka on melko hyvä, sillä vakituisilla hoitajilla oli lomaa ja muita poissaoloja ja sijaiset eivät yleensä osallistu mielellään kyselyihin.

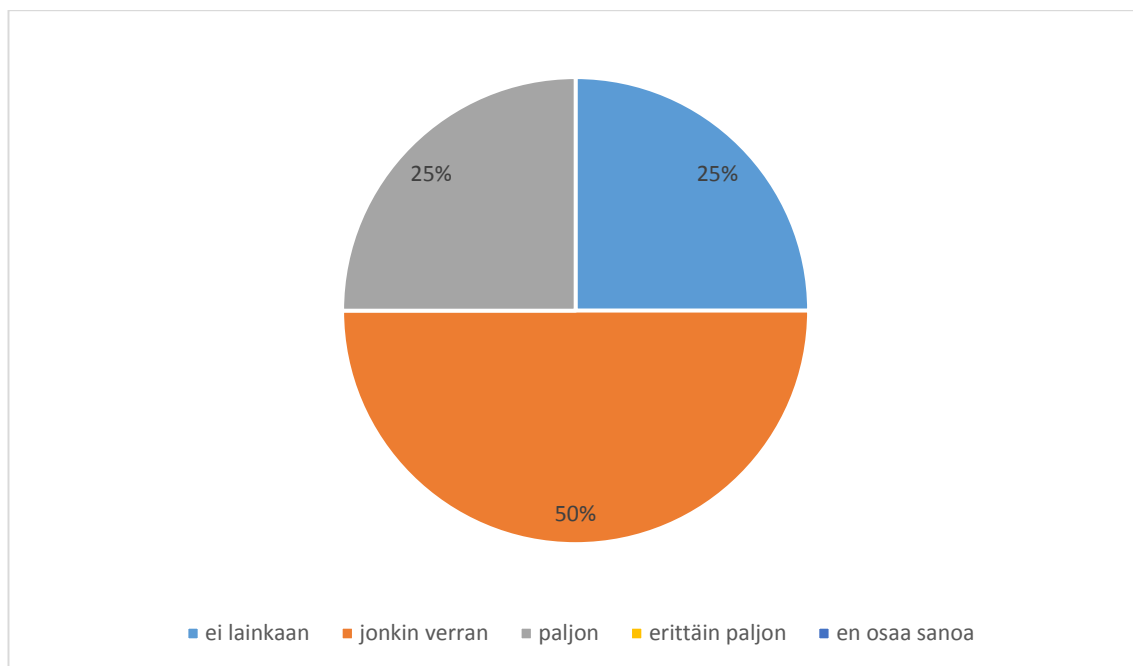
Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin kuinka paljon työryhmä oli edistänyt hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella?



Kuvio 10: Hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kehittyminen työyhteisössä

Kysymyksiin vastanneista hoitajista 75% oli sitä mieltä, että työryhmä oli edistänyt hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kehittymistä jonkin verran. Vastajista 25% oli sitä mieltä, että edistymistä on tapahtunut paljon.

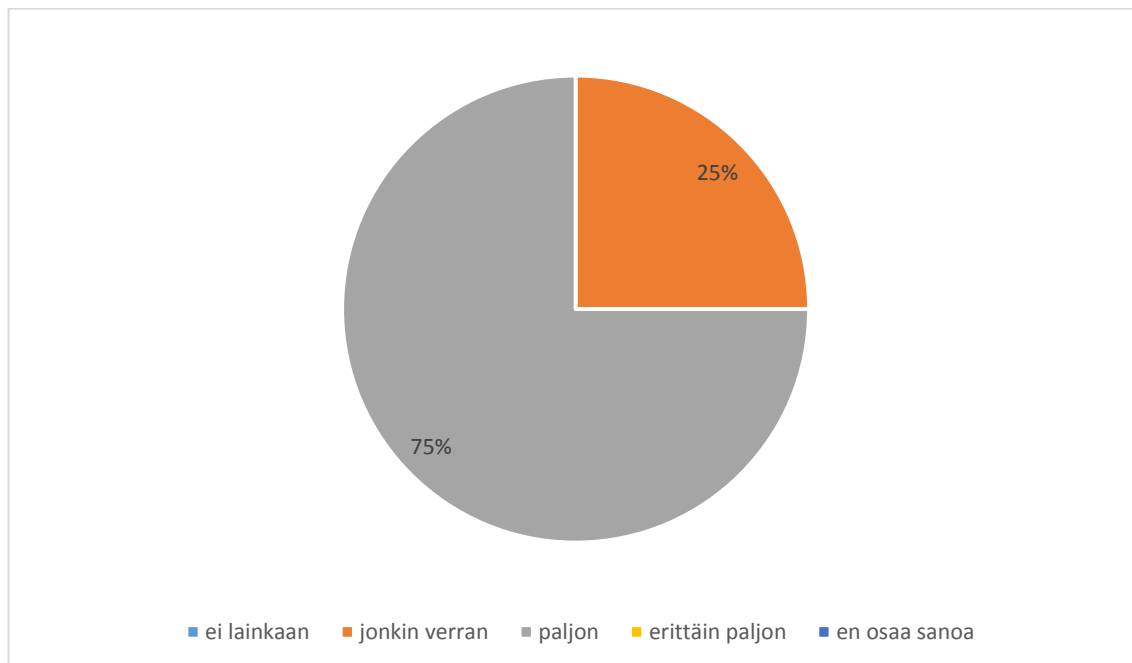
Toisessa kysymyksessä pyydettiin hoitajia arvioimaan kuinka paljon työyhteisö oli osallistunut uuden toimintamallin työstämiseen?



Kuvio 11: Työyhteisön osallistuminen uuden toimintamallin kehittämiseen

Työryhmän osallistumisesta uuden toimintamalliin työstämiseen, hoitajista 25% oli sitä mieltä että osallistumista ei ollut lainkaan. 50% hoitajista vastasi, että osallistumista oli jonkin verran ja 25% prosenttia arvioi osallistumista olevan paljon.

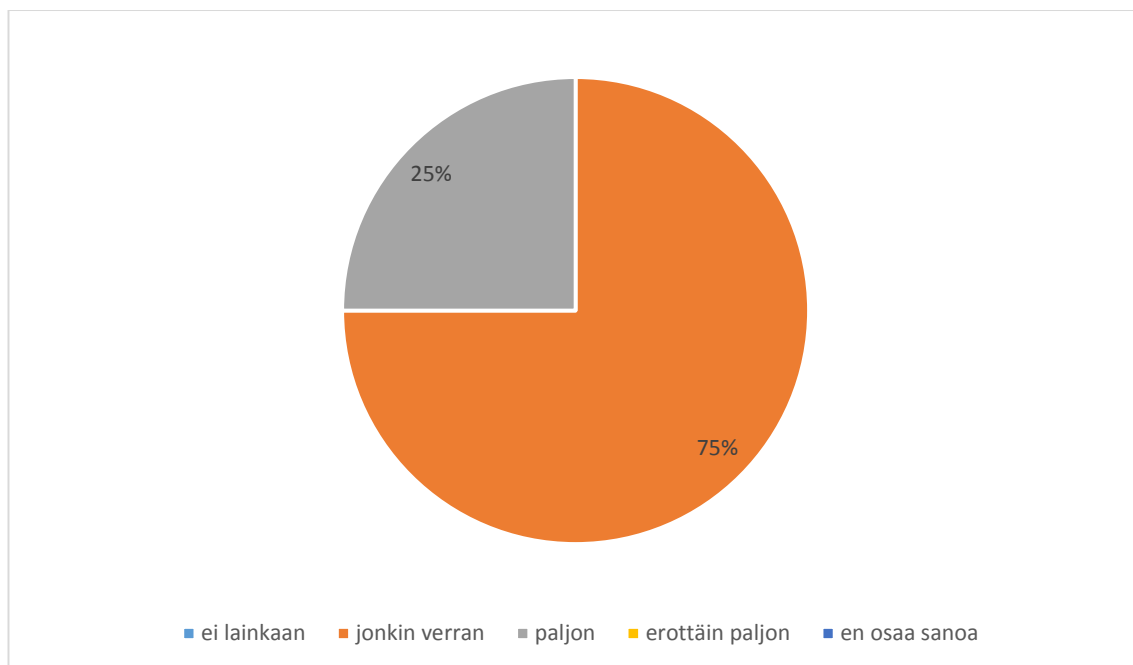
Kolmannessa kysymyksessä hoitajia pyydettiin arvioimaan miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössä?



Kuvio 12: Uuden toimintamallin hyödyntäminen ja käyttö työyhteisössä

Uuden toimintamallin hyödyntämistä ja käyttöä hoitajista 25% arvioi tapahtuvan jonkin verran ja 75% vastaajista oli sitä mieltä, että sitä oli tapahtunut paljon.

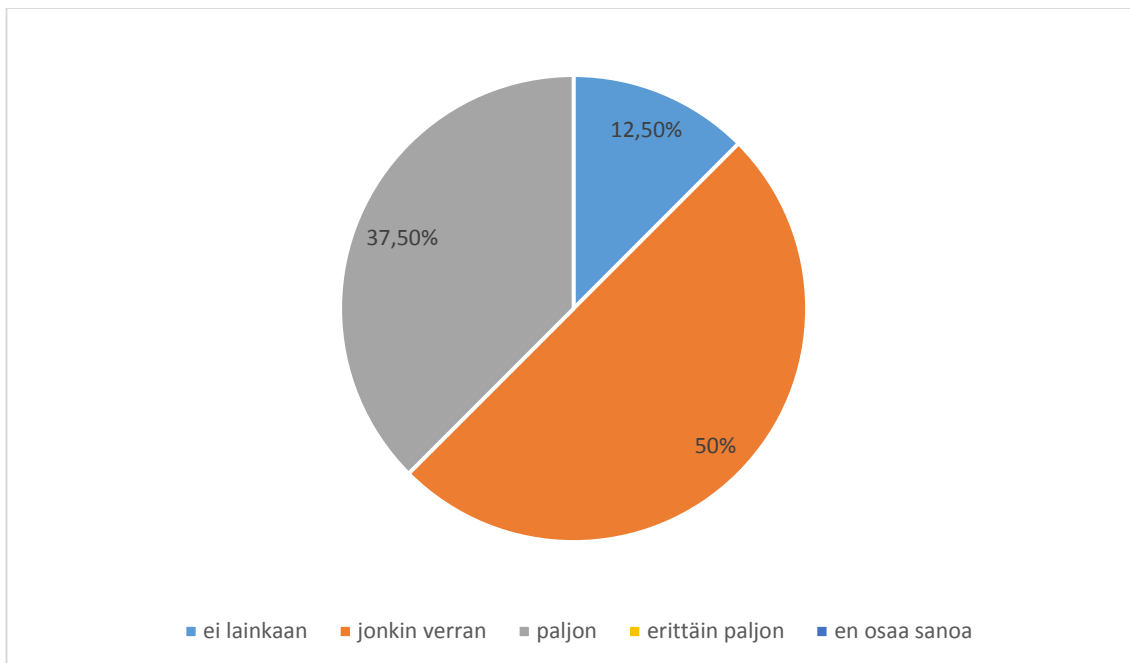
Neljännessä kysymyksessä hoitajilta kysyttiin minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta on voitu hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamista kehittää?



Kuvio 13: Uusien ajatusten ja ideoiden hyödyntäminen kirjaamisen kehittämisessä

Hoitajista 75% oli sitä mieltä, että työryhmä oli tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita jonkin verran. Vastaajista 25% oli sitä mieltä, että työryhmä oli tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita paljon.

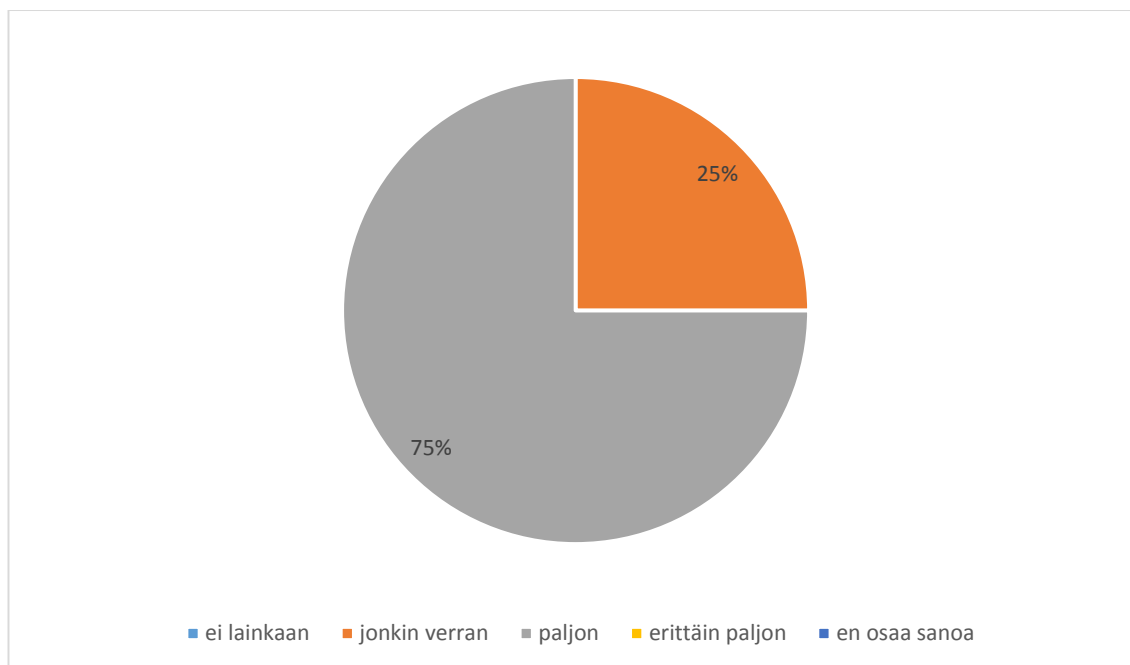
Viidennessä kysymyksessä haluttiin tietää kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) oli parantanut hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?



Kuvio 14: Kirjaamisen sujuvuus ja tehokkuus uuden toimintamallin mukaan

Kehittämistoiminta ja uusi toimintamalli oli vastaajien mielestä parantanut hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta jonkin verran 50:n mielestä. Vastaajista 37,5 prosenttia oli sitä mieltä, että kirjaaminen oli parantunut paljon ja 12,5% oli sitä mieltä, ettei kirjaaminen ollut parantunut juuri lainkaan.

Kuudennessa kysymyksessä kysyttiin kuinka paljon työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä uskotaan?



Kuvio 15: Uuden toimintamallin muutosten aikaansaaminen työyhteisön työssä

Vastaajista 75% uskoi paljon työryhmän tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen ja muutoksen aikaansaamiseen työyhteisössä. Muutokseen uskoi jonkin verran vastaajista 25%.

Seitsemännessä kysymyksessä annettiin mahdollisuus perustella tarvittaessa vastauksia kysymyksiin 1-6. Kukaan ei perustellut vastauksiaan.

Lopussa kysyttiin vielä mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen ja mitä muuta palautetta vastaajat haluavat antaa kehittämistoiminnasta? Uuden toimintamallin juurruttamisen sunnitelmaan kaikki olivat vastanneet. Viisi vastaajaa haluaa jatkaa hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemistä pareittain. Alussa mielellään niin, että toisena parina olisi sairaanhoitaja. Näin olemme nyt toimineet ja se on ollut lähihoitajista myönteinen kokemus. Tarkoitus on jatkaa tätä käytäntöä, mutta kuitenkin niin, että sairaanhoitaja on tukihenkilönä ja lähihoitaja tekee hoito- ja palvelusuunnitelmat. Tekemiseen toivotaan myös enemmän aikaa. Kokemuksen lisääntymisen uuden toimintamallin käyttämisessä uskotaan myös hyödyntävän hoito- ja palvelusuunnitelmien tekoa. Tiimipalavereissa käydään yhdessä läpi hoito- ja palvelusuunnitelmia. Tiimipalavereja on jatkossa suunniteltu pidettävän kahden viikon välein.

7.3 Eettiset kysymykset kehittämistyössä

Lainsäädäntö asettaa tutkimus- ja kehittämistoiminnalle ja siihen liittyville asioille rajoja, jotka suojaavat yksilöiden ja yhteisöjen oikeuksia. Tätä suojaa täydentävät myös eettiset suositukset ja ohjeet tuomalla esiin sen arvoperustan jota kehittämistoiminnassa on terveydenhuollossa erityisesti noudatettava. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 43.)

Kaikissa tutkimuksissa pyritään välttämään virheiden syntyä, siitä huolimatta tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa on tarpeen arvioida tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Siihen on olemassa monia erilaisia mittaus- ja tutkimustapoja. Tutkimusten reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Tällä tarkoitetaan mittauksen tai tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tulos voidaan todeta reliabeliksi jos kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen tai jos samaa henkilöä tutkitaan eri tutkimuskerroilla ja saadaan sama tulos. (Hirsjärvi ym. 2013, 231.)

Validius eli pätevyys on toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite. Sillä tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä mitä on tarkoituskin. Mittarit ja menetelmät eivät kuitenkaan aina vastaa todellisuutta. Kyselylomakkeen kysymyksiin saadaan kyllä vastaukset, mutta vastaajat saattavat käsittää kysymykset eri tavalla kuin tutkija on ne ajatellut. Tuloksia ei voida pitää tosina ja pätevinä, jos tutkija käsittelee vastauksia oman alkuperäisen ajatusmallinsa mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2013, 232.)

Tässä työssä pyrittiin välttämään virheiden syntyä, käsittelemällä vastauksia huolellisesti ja raportoimalla kysymyksillä kerätty tieto mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti. Jos arviointikysymykset tehdään samalle joukolle puolen vuoden päästä, voidaan kuitenkin päästä eri tuloksiin. Kehittäminen on vasta alussa ja tuloksia voidaan luotettavasti arvioida vasta pidemmän ajan kuluttua, kun uusi toimintatapa on juurtunut työyhteisöön. Kysymyslomakkeella saatiin kerättyä juuri sitä tietoa mitä haluttiin. Arviointikysymysten tarkoituksena oli saada selville hoitajien mielipide kehittämissuunnitelmassa toimineen työryhmän toiminnasta ja siitä oliko työryhmä edistänyt hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kehittämistä ja mitä uusia ehdotuksia työryhmällä oli. Työryhmän toiminnan tavoitteena oli ollut vammaispalveluasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kehittäminen RAI-arviointia hyödyntämällä. Ensimmäiset kuusi kysymystä olivat monivalintakysymyksiä ja kolme viimeistä kysymystä olivat avoimia kysymyksiä joihin hoitajat saivat vastata omin sanoin. Arviointikyselylomakkeet jätettiin työpaikalle ja hoitajat vastasivat niihin nimettöminä. Nimettömyydellä tarkoitetaan sitä, ettei vastaajan henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa (Robson 2001, 55). Vastaukset palautettiin kirjekuussa ja vastauksia käsittelevä arviointikysymysten laatija. Tuloksista ei myöskään ilmennyt kenenkään vastaajan henkilöllisyys. Tulosten valmistuttua vastausmateriaali hävitettiin.

8 Lopuksi

Tämän kehittämistehtävän tavoitteena oli kehittää hoitajien osaamista vammaispalveluasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmien kirjaamisessa niin, että RAI-arvioinnista saatavat tiedot ovat asiakkaan hoidon tarpeen määrittelyn perustana tehtäessä hoito- ja palvelusuunnitelmia. Kehittämistehtävän aikana hoito- ja palvelusuunnitelmia on tehty pareittain niin, että toisena parina oli sairaanhoitaja. Yhdessä perehdyttiin RAI-arviontimittareihin ja käytettiin niistä saatavaa tietoa apuna hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisessä.

Muutos on vielä alkuvaiheessa, mutta hoitajat suhtautuvat positiivisemmin hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemiseen, vaikka RAI-arviointitiedon hyödyntäminen puhuttaa edelleen. Uuden toimintamallin juurtuminen on hoitajien mielestä mahdollista, kunhan he saavat enemmän kokemusta uuden toimintamallin hyödyntämisestä hoito- ja palvelusuunnitelmissa. Hoitotyön suunnitelman onnistunut käyttö edellyttää mahdollisuutta harjoitella, käyttää aikaa ja saada ohjausta suunnitelman laatimiseen (Hallila 2005, 34). Päivittäisessä kirjaamisessa ei osata vielä hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattua tietoa. Laadukas kirjaaminen onkin otettu tavoitteeksi kotihoidon toimintasuunnitelmaan 2015. Vaikka asiakaskohtaisia hoito- ja palvelusuunnitelmia on ollut käytössä jo vuosikymmeniä niiden päivittäminen ja käyttö arkityötä ohjaavana välineenä vaatii edelleen työtä (Päivärinta & Haverinen 2002, 29).

Kehittämistä tarvitaan jokaisessa työyhteisössä ja hoitotyöntekijöiltä edellytetään kykyä toimia työelämän kehittäjänä ja uuden toiminnan suunnittelijana. Hoitotyön kehittäminen edellyttää tutkimus- ja kehitystyön osaamista, jotta pystytään vastaamaan nopeasti muuttuvan työelämän tarpeisiin sekä asiakkaan tarpeisiin. Esimiehen rooli kehittämistoiminnassa on myös tärkeä, sillä hänen avullaan luodaan myönteinen tutkimus- ja kehittämiskulttuuri. Kehittämishankkeisiin osallistuminen edistää teoreettisen tiedon ja kokemuksellisen tiedon yhdistämistä käytännön hoitotyössä sekä asiakkaan hoidossa. (Sarajärvi ym. 2011, 38.)

Esimies on ollut erittäin kannustavana tukena tätä kehittämistyötä tehtäessä. Myös työyhteisön tuki ja yhteistyö on auttanut kehittämistehtävän onnistumisessa. Vaikka kehittäminen onkin vasta alkuvaiheessa, on se vaikuttanut hoitajien päivittäiseen kirjaamiseen. Selvästi voidaan havaita, että päivittäinen kirjaaminen on tehostunut, vaikka vielä ei osatakaan hyödyntää hoito- ja palvelusuunnitelmaa päivittäisen kirjaamisen apuvälineenä. Arviointikyselyn perusteella kehittämistehtävä onnistui kohtuullisesti. Alkutilanteen kartoituksen yhteydessä hoitajille tehty kysely osoitti, että tarvitaan lisää koulutusta RAI-arviointien tekemiseen ja etenkin arviointimittareiden hyödyntämiseen hoito- ja palvelusuunnitelmien tekemisessä. Tilanne on samankaltainen myös kotihoidon muissa yksiköissä sekä kentällä, ja tämän vuoksi 2015 alkuvuodesta aloitetaan RAI-koulutukset kaikille hoitajille, RAI vastaaville sekä esimiehille. RAI-soft toimii kouluttajana.

Lähteet

Ahola, S. & Konttinen, J-P. 2009. Uudistuva vammaispalvelulaki. Vaasa: Arkmedia.

Etene 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. Viitattu 31.5.2014. Saatavana: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf

Finne-Soveri, H. 2007. RAI-järjestelmän valintasuositus. Teoksessa: Kokemuksia vanhushuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä. Teoksessa: Itkonen, T. Lindman, K. Corin, H. & Noro, A. (toim.) Stakesin työpapereita 8/2007. Helsinki: Valopaino Oy. Viitattu 30.5.2014. Saatavana: www.stakes.fi

Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. & Noro, A. (toim.) 2006. Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu - RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.

Finne-Soveri, H., Noro, A., Kiviniemi, K., Heikkilä, R., Björkgren, M., Vähäkangas, P., Tuomola, P. & Peiponen, A. 2009. RAI suuntaa kohti vanhuspalvelujen tuotteistamista ja integraatiota. Premissi 6/2009, 21-23.

Finne-Soveri, H. 2012. Vanhenemiseen varautuva kaupunki. THL-Raportti 31/2012. Tampere: Yliopistopaino Oy. Viitattu 20. 9.2014. Saatavana: www.thl.fi

Gustafsson, H. 2012. YK:n vammaissopimus käyttöön! Käsikirja. Invalidiliitto.

Haarni, I. 2006. Keskenikäistä yhdenvertaisuutta: Vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa tutkimustiedon valossa. Stakesin Raportteja 6/2006. Helsinki: Valopaino Oy. Viitattu 4.1.2014. Saatavana: <https://julkari.fi>

Hallila, L. 2005. Potilas- ja terveystietomuksen ydintiedot. Teoksessa: Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Hallila, L. (toim.) Helsinki: Tammi.

Hallila, L. & Graeffe, R. 2005. Hoitotyön luokitukset ja diagnoosit. Teoksessa: Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Hallila, L. (toim.) Helsinki: Tammi.

Heikkinen, E., Laukkanen, P. & Rantanen, T. 2013. Toimintakyvyn käsitteen ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa: Gerontologia. Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Helsinki: Duodecim.

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

Heiskanen, S. 2009. MS-tautiin vastasairastuneiden terveyteen liittyvä elämänlaatu. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.

Henkilökohtaisten avustajien liitto Heta. Viitattu 4.10.2014. Saatavana: <http://www.heta-liitto.fi/>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15.-17. painos. Helsinki: Tammi.

Hjerppe, M. 2008. Yksilövastuisten hoitotyön toteutuminen hoitajien arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto: Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos.

Hopia, H. & Koponen, L. 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Huilla, T. 2010. Asumispalvelua kuntoutuskeskuksessa. Opinnäytetyö. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen. Turku.

Hyvönen, O. 2010. Vammaisten kertomuksia arjestaan. Teoksessa: Vehmas, S. (toim.) Vammaisuuden kokeminen ja kokemisen vammaisuus. Helsinki: Kehitysvammaliitto.

Häkkinen, T., Kapanen, H., Kolkka, M., peltonen, M., Tamminen-Vesterbacka, T. & Tepora, S-M. 2010. Vammaisen ihmisen syrjäytymisuhka on eettinen haaste yhteiskunnalle. Teoksessa: Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen P. (toim.) 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Hänninen, K. 2007. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 20/2007. Helsinki.

Isoniemi, I. 2012. Mistä apua arkeen? Tutkimus vaikeavammaisten arjen voimavaroista. Tampereen yliopisto: Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön lisensiaattitutkimus.

Itkonen, T., Lindman, K., & Corin, H. 2007. Vanhustenhuollon vertailukehittäminen. Teoksessa: Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H. & Noro, A. (toim.) Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä. Stakes Työpapereita 8/2007. Helsinki: Valopaino Oy. Viitattu 30.5.2014. Saatavana: www.stakes.fi

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kanste, O., Holappa, M., Miettinen, K., Rissanen, A. & Törmänen, L. 2010. Monisairaille oma palveluohjaaja terveysasemalta - kohti hyvää elämää. Teoksessa: Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014. Kotiin annettavat palvelut ja hoito. Valvontaohjelma 7:2012. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 30.5.2014. Saatavana: www.valvira.fi

Kärkkäinen, A. 2014. Valtakunnallinen potilastiedon arkisto. Arkiston käyttöön liittyvät yleiset toimintamallit. Versio 1.1. Viitattu 11.12.2014. Saatavana: www.kanta.fi

Laitinen, H. 2009. Yksilövastuisten hoitotyön lähtökohdat lyhytaikaisessa hoitosuhteessa. Teoksessa: Munnukka, A. & Aalto, P. (toim.) Minun hoitajani. Näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista. Ajantasainen lainsäädäntö. Finlex. Viitattu 11.10.2013. Saatavana: www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380

Laki Potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) [Viitattu 11.10.2014]. Saatavana: <http://finlex.fi>

Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. (159/2007) [Viitattu 11.10.2014]. Saatavana: <http://finlex.fi>

Laki Terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) Viitattu 11.10.2014. Saatavana: <http://finlex.fi>

Laki Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) Viitattu 11.10.2014. Saatavana: <http://finlex.fi>

- Lapin yliopiston tutkimuseettiset ohjeet. 2009. Hyvä tieteellinen käytäntö. University of Lapland. Viitattu 4.1.2014. Saatavana: <http://www.ulapland.fi/>
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, N. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY Bookwell Oy.
- Lehtovirta, J. & Vuokko, R. (toim.) 2014. Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa I. Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitos.
- Liljamo, P., Kinnunen, U-M. & Ensio, A. 2012. FinnCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas. SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Terveystieteiden- ja hyvinvoinninlaitos.
- Luomala, A. 2008. Muutosjohtamisen ABC. Ajatuksia muutoksen johtamisesta ja ihmisten johtamisesta muutoksessa. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Tampereen Yliopisto.
- Maula, J. 2014. Vaikeasti vammaisen aikuisen arki. Sosiaalityön Pro gradu-tutkielma. Yhteiskunta ja kulttuuritieteiden yksikkö, Tampereen Yliopisto.
- Mäkilä, M. 2007. Hoitotyön prosessi ja päätöksentekonäkyvää vai ei? Teoksessa: Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Niemi, A. 2006. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden- ja talouden laitos, Kuopion Yliopisto.
- Niemi, M. 2007. Kokemuksia vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmän käyttöönotosta Folkhälsanilla. Teoksessa Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H. & Noro, A. (toim.) Stakes, työpaireita 8/2007. Helsinki: Valopaino Oy. Viitattu 30.5.2014. Saatavana: www.stakes.fi
- Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus-RAI-järjestelmän vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.
- Noro, A. 2005. Vertailukehittämishanke. Teoksessa: Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. & Vähäkangas, P. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus-RAI-järjestelmän vertailukehittämisessä. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.
- Nykänen, P. & Junntila, K. (toim.) Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti. Suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Terveystieteiden- ja hyvinvoinninlaitos (THL) Raportti 40/2012. Helsinki.
- Nykänen, P., Viitanen, J. & Kuusisto, A. 2010. Hoitotyön kansallisen kirjaamismallin ja hoitokertomusten käytettävyys. Julkaisusarja D-verkkojulkaisu. Teitojenkäsittelytieteiden laitos, Tampereen Yliopisto.
- Nyman, A. 2006. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen laitos, Tampereen Yliopisto.
- Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. 2012. Juurruttaminen kehittämistoiminnan menetelmänä. Teoksessa: Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. (toim.) Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla: tutkimus- ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Ora-Hyytiäinen, E. 2012. Kehittämisen tavoitteena käytännön muutos. Teoksessa: Ora-Hyytiäinen, E., Ahonen, O. & Partamies, S. (toim.) Hoitotyön kehittäminen juurruttamalla: tutkimus-

ja kehittämistoimintaa ammattikorkeakoulun ja työelämän yhteistyönä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Pietiläinen, E. ja Seppälä, H. 2008. Palveluohjaus asiakastyössä ja organisaatiossa. Kehitysvammaliitto: Painopörssi Oy

Porvoon kaupunki 2010. Viitattu 4.1.2014. Saatavana: www.porvoo.fi

Ponteva, K. 2010. Onnistu muutoksessa. Helsinki: WSOY pro Oy.

Pukuri, T. 2009. Yksilövastuinen hototyö ja sen mittaaminen. Teoksessa: Munnukka, T. & Aalto, P. (toim.) Minun hoitajani. Näkökulmia omahoitajuuteen. Helsinki: Tammi.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes. STM.

Rautiainen, J., Wikström, J. & Sivenius. Kuntoutus 1.6.2008. Duodecim.

Ristolainen, M. 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä. Teoksessa: Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H. & Noro, A. (toim.) Stakes, työpapereita 8/2007. Helsinki: Valopaino Oy.

Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluation tekijöille ja tilaajille. Tampere: Tammer Paino Oy.

Räsänen, H. 2007. Kokemuksia vanhustenhuollon vertailukehittämisestä ja RAI-tietojärjestelmästä. Teoksessa: Itkonen, T., Lindman, K., Corin, H. & Noro, A. (toim.) Stakes, työpapereita 8/2007. Helsinki: Valopaino Oy. Viitattu 31.5.2014. Saatavana: www.stakes.fi

Salo, P. 2007. Potilastiedon sähköistä käsittelyä koskeva lainsäädäntö. Teoksessa Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. 2.painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Saranto, K. & Sonninen, A. 2008. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K. & Sonninen, A. (toim.) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. 2. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Suomentanut Paula Nieminen. Helsinki: Edita.

Seppänen, T. 2013. ”Esteetön ympäristö tuo lisäarvoa kaupungin asukkaille”. Uusimaa-lehti 4.11.2013.

Seppänen-Järvelä, R. 2009. Työpaikka-yksilö, yhteisö ja organisaatio kehittämisen ytimessä. Teoksessa: Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. 30.3.2009/298.

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:35. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuus-katsaus 2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu: 30.5.2014. Saatavana: www.stm.fi

STM. 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palveluntarpeen arviointia sosiaalihuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote. Viitattu 15.9.2014. Saatavana: www.thl.fi/web/vammaispalveluiden-käsikirja

STM. 2003. Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö. Vammaisten ihmisten asumispalvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:4. Viitattu: 4.1.2014. Saatavana: www.stm.fi/

Stål, T. & Rissanen, P. 2008. Keskeinen kuntoutuslainsäädäntö. Teoksessa: Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim.

Sydänmaanlakka, P. 2007. Älykäs organisaatio. Helsinki: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. 2. uudistettu painos. Porvoo: WS Bookwell OY.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 6. uudistettu painos. Latvia: Livonia Print.

VAMPO 2010-1015. Suomen vammaispoliittinen ohjelma. Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:4. Helsinki: Yliopistopaino.

Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta 2006. Sosiaali ja terveysministeriön julkaisuja 2006:9. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Viitattu 31.5.2014. Saatavana: www.stm.fi/

Vimper, M. 2010. Liikuntavammaisten henkilöiden kokemukset kuljetuspalveluista. Pro gradu-tutkielma: Helsingin Yliopisto, Valtiotieteellinen tiedekunta.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. Matkaopas asiakaslähettösten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Tekes. www.tekes.fi/fi/document/49804/matkaopas_pdf

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

Voutilainen, P., Finne-Soveri, H., Noro, A. & Mäkelä, M. Iäkkäiden palveluyksikköjen henkilöstömitoitukset. Premissi 4/2013.

Vähäkangas, P. & Björkgren, M. 2006. Käyttöönottokoulutus. Teoksessa: Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M. ja Vähäkangas, P. (toim.) Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja luotettavuus-RAI-järjestelmä vertailukehittämissä. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vähäkangas, P., Niemelä, K. & Noro, A. 2012. Ikäihmisen kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Koti- ja ympärivuorokautisen hoidon laatu ja kehittäminen. THL: n Raportteja 48/2012. Viitattu: 31.5.2014. Saatavana: www.julkari.fi

Väyrynen, R., Kärki, J., Heinonen, H., Kaisla, S. & Metsävainio, M. (toim.). Selvitys palvelukohtaisista asiakastiedoista vammaisten, ikäihmisten ja päihteiden ongelmakäyttäjien sosiaalipalveluissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 8/2010. Helsinki: Yliopistopaino Oy. Viitattu 30.5.2014. Saatavana: www.thl.fi

Julkaisemattomat lähteet:

Demirtas, E-K. 2014. RAI-seminaari. Muistisairas asukas palvelutalossa - kuntouttava hoitotyö. Helsingin kaupunki. Sosiaali- ja terveysvirasto.

Oja, S., Savolainen, P., Varjolaakso, V., Auhtola-Hagelberg, M., Starck, A. & Helldan-Karhu, O. Kirjaamisen laatukäsikirja. Porvoon sosiaali- ja terveyskeskus. Kotihoito.

Palomäen omahoitajaohjeet 2010.

Kuviot

Kuvio 1: RAI-järjestelmän versiot palvelumuodoittain (Finne-Soveri ym. 2006, 24.).....	21
Kuvio 2: RAI-ABC-koulutus (Vähäkangas & Björkgren 2006, 47)	23
Kuvio 3: RAI-arviointi ja hoito- ja palvelusuunnitelma (Finne-Soveri ym. 2005, 23)	24
Kuvio 4: Yksilö- ja kuntatasoinen laatuympyrä (Finne-Soveri ym. 2009, 23).....	26
Kuvio 5: Hoitoprosessin vaihe (Lehtovirta & Vuokko 2014, 30)	27
Kuvio 6: Rakenteisuuden asteita (Lehtovirta & Vuokko 2014, 11)	30
Kuvio 7: Uusi hoito- ja palvelusuunnitelma	42
Kuvio 8: Arviointiprosessi Virtasta (2007) mukailleen	46
Kuvio 9: Prosessin eteneminen uuden toimintatavan mukaan	48
Kuvio 10: Hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kehittyminen työyhteisössä	50
Kuvio 11: Työyhteisön osallistuminen uuden toimintamallin kehittämiseen	51
Kuvio 12: Uuden toimintamallin hyödyntäminen ja käyttö työyhteisössä	52
Kuvio 13: Uusien ajatusten ja ideoiden hyödyntäminen kirjaamisen kehittämisessä	53
Kuvio 14: Kirjaamisen sujuvuus ja tehokkuus uuden toimintamallin mukaan.....	54
Kuvio 15: Uuden toimintamallin muutosten aikaansaaminen työyhteisön työssä	55

Liitteet

Liite. 1 Kysymykset nykytilanteen kartoittamiseksi

1) Miten koet RAI-arviointijärjestelmän käyttämisen?

2) Miten RAI-arviointijärjestelmä auttaa hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa?

3) Osaatko tulkita ja hyödyntää RAPS-mittareita hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisessä?

Liite. 2 Arviointikysymykset

Hyvä vastaaja

Pyydän sinua arvioimaan oman käsityksesi perusteella hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kehittäminen RAI-arviointia hyödyntämällä kehittämisprojektissa toiminutta työryhmää. Työryhmässä on omasta työyhteisöstäsi edustaja ja ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelija. Työryhmän toiminnan tavoitteena on ollut Vammaispalveluasiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kehittäminen RAI-arviointia hyödyntämällä.

Vastaa kysymyksiin oheisten vastausvaihtoehtojen mukaan. Vapaassa tilassa voit perustella vastaustauksiasi ja esittää kehittämisehdotuksia työryhmälle/opiskelijalle.

Vastausvaihtoehdot ovat

- 1 ei lainkaan
- 2 jonkin verran
- 3 paljon
- 4 erittäin paljon
- 5 en osaa sanoa

1 Kuinka paljon työryhmä mielestäsi on edistänyt hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen kehittymistä työyhteisössänne valitsemallanne alueella? (vammapalvelu)

1 2 3 4 5

2 Kuinka paljon työyhteisösi on mielestäsi osallistunut uuden toimintamallin työstämiseen?

1 2 3 4 5

3 Miten työryhmän muodostamaa uutta toimintamallia voidaan mielestäsi hyödyntää ja käyttää omassa työyhteisössäsi?

1 2 3 4 5

4 Minkä verran työryhmä on tuottanut työyhteisöön uusia ajatuksia ja ideoita, joiden pohjalta olette voineet hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamista kehittää?

1 2 3 4 5

5 Kuinka paljon kehittämistoiminta (ja/tai uusi toimintamalli) on mielestäsi parantanut hoito- ja palvelusuunnitelman kirjaamisen sujuvuutta ja tehokkuutta?

1 2 3 4 5

6 Kuinka paljon uskot työryhmän työskentelyn tuottaman uuden toimintamallin käyttöön ottamiseen eli muutoksen aikaansaamiseen työyhteisön työssä?

1 2 3 4 5

7 Perustele tarvittaessa vastausvaihtoehtojasi kysymyksiin (1-6)

8 Kerro mitä työyhteisössä on suunniteltu tehtäväksi uuden toimintamallin juurruttamiseen.

9 Mitä muuta palautetta haluat antaa kehittämistoiminnasta

Kiitos arvioinnistasi!