

Jenniina Bies-Wikgren

Asiakaskohtainen toimintaohjelma vanhusten
päivätoiminnassa:
Kuvaus monialaisesta laadintakäytännöstä

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Fysioterapeutti YAMK
Kuntoutuksen koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Päivämäärä 1.11.2011

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Jenniina Bies-Wikgren Asiakaskohtainen toimintaohjelma vanhusten päivätoiminnassa: Kuvaus monialaisesta laadintakäytännöstä 77 sivua + 14 liitettä 1.11.2011
Tutkinto	Fysioterapeutti YAMK
Koulutusohjelma	Kuntoutus
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja(t)	Yliopettaja, FT Elisa Mäkinen Lehtori, FT Anita Näslindh-Ylispangar
<p>Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa kuvaus asiakaskohtaisen toimintaohjelman monialaisesta laadintakäytännöstä Helsingin kaupungin sosiaalivierastalon vanhusten päivätoimintayksiköissä. Tavoitteena asiakaskohtaisella toimintaohjelmalla on tukea ikääntyneen arjessa selviytymistä ja kotona asumista.</p> <p>Täsmennettyinä tutkimustehtävinä oli selvittää asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisen nykytilaa, laatimisen heikkouksia ja vahvuuksia ikääntyneen arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemisen suhteen sekä kuinka asiakaskohtaista toimintaohjelmaa laaditaan monialaisesti käytännössä.</p> <p>Lähestymistapa oli laadullinen, tutkimusstrategiana toimintatutkimus. Tutkimusaineistoa kerättiin kyselylomakkeella sekä monialaisilla ryhmäkeskusteluilla ja ryhmätehtävillä. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Kuvaus asiakaskohtaisen toimintaohjelman (ASTO) monialaisesta laadintakäytännöstä muotoutui ASTO-taloksi. ASTO-talo sisältää laadintakäytäntöön vaikuttavia elementtejä, joita ovat laadintakäytännön yleiset periaatteet, keinot sekä tarpeet ja perustelut. Kuvauksessa korostuivat monimuotoiset keinot laadintakäytännön ja ajan hallinnan mahdollistumiseksi. Monialaisella laadintakäytännöllä mahdollistetaan asiakkaan äänen kuuluminen ja se on tärkeä tuki asiakkaan arjessa selviytymiseksi. ASTO voi rakentua eri aikoina ja se on läsnä arjessa kaiken aikaa.</p> <p>Tuloksia voidaan hyödyntää työvälineenä tukemaan monialaista työskentelyä ikääntyneen asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisessa sekä kehittämään kirjaamiskoulutusten sisältöä. Jatkotutkimuksen kohteena voisi olla yhteistyön rakentuminen yhdessä päivätoiminnan ja kotihoidon kanssa: kohti yhteistä asiakaskohtaista toimintaohjelmaa, asiakkaan arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemiseksi.</p>	
Avainsanat	Ikääntyneet, arjessa selviytyminen, asiakaskohtainen toimintaohjelma, päivätoiminta, monialaisuus

Author(s) Title Number of Pages Date	Jenniina Bies-Wikgren A client-oriented action plan for organizing daytime activities for the elderly: a description of interprofessional compositional practices. 77 pages + 14 appendices 1 November 2011
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Rehabilitation
Specialisation option	
Instructor(s)	Elisa Mäkinen, PhD, Principal Lecturer Anita Näslindh-Ylispangar, PhD, Senior Lecture
<p>The purpose of this Master's Thesis was to produce a description of composing a client-oriented action plan using interprofessional collaboration in the City of Helsinki Social Services Department, Elderly Day Activities Unit. The aim of description is to provide the elderly support for managing daily activities and living in their own homes. In this study a client-oriented action plan is synonymous with a nursing plan.</p> <p>The specified research questions were:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) What is the present state of composing a client-oriented action plan? 2) What are the strengths and weaknesses of a client-oriented action plan with respect to providing the elderly support for managing daily activities and living in their own home? 3) How to compose a client-oriented action plan in practice? The outcome of this research study was a model which describes composing a client-oriented action plan in inter-professional collaboration. <p>This study was qualitative and an action research approach was used. The data was gathered through a survey and inter-professional meetings. The data was analysed using qualitative content analysis and statistical methods.</p> <p>The end result is a description of a house where a interprofessionally composed client-oriented action plan is used. This model contains principles, means, needs and arguments needed in the composition of the action plan. Interprofessional collaboration allows for the elderly's voice to be heard, which provides them with support for managing their daily activities. Diverse ways of composing a client-oriented action plan were found. Moreover, the composition does not to have to happen all at once.</p> <p>The results of the study may be used as a tool for composing a client-oriented action plan in inter-professional collaboration, and for developing the contents of teaching recording practices. In the future there is a need to study how interprofessional collaboration formed between Elderly Day Activities and Home Care Units.</p>	
Keywords	elderly, coping daily activities, client-oriented action plan, elderly day activities, interprofessional collaboration

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Ikääntyneen arjen tukeminen monialaisesti asiakaskohtaisen toimintaohjelman avulla	4
2.1 Päivätoiminta ikääntyneen arjessa selviytymisen tukemisen keinona	4
2.2 Asiakaskohtainen toimintaohjelma tukee ikääntyneen arjessa selviytymistä	7
2.3 Monialainen asiantuntijuus asiakaskohtaisen toimintaohjelman laadinnassa	10
2.4 Yhteenvedo teoriasta	13
3 Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite ja tarkoitus	15
4 Toimintaympäristön kuvaus	16
5 Tutkimuksellisen kehittämistyön kulku	18
6 Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmälliset ratkaisut	20
6.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa	20
6.2 Osallistujien valinta ja kuvaus	22
6.3 Aineiston kerääminen	24
6.4 Aineiston analysointi	28
7 Asiakaskohtaisen toimintaohjelman monialainen laadintakäytäntö päivätoiminnassa	31
7.1 Asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisen nykytila	31
7.2 Asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisen heikkoudet ja vahvuudet ikääntyneen arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemisessa	44
7.3 Asiakaskohtaisen toimintaohjelman laadinta käytännössä monialaisesti	48
7.4 Vahvistusta ja täsmennystä asiakaskohtaisen toimintaohjelma laadintakäytännön tuloksiin	52
8 Kuvaus asiakaskohtaisen toimintaohjelman laadinnasta monialaisesti päivätoiminnassa	58
9 Pohdinta	63
Lähteet	74

Liitteet

Liite 1. Tiedote kyselystä

Liite 2. Tiedote ryhmätapaamisista

Liite 3. Suostumus ryhmätapaamisiin

Liite 4. Kyselylomake

Liitteet 5-11. Kyselyn avoimien kysymyksien sisällönanalyysit

Liitteet 12-14. Ryhmätapaamisten sisällönanalyysit tutkimuskysymyksittäin

1 Johdanto

Itsenäisen selviytymisen ylläpitäminen ja kohentaminen nousevat keskeisiksi haasteiksi ikääntyvän väestön määrän kasvaessa (Heikkinen 2008: 407). Lähivuosina yhä suuremman joukon ikääntyneistä odotetaan kykenevän elämään omissa kodeissaan (Mäkinen - Kruus-Niemelä 2009: 121). Ikäihmisten palvelujen laatusuositus painottaa myös ikääntyneen kotona asumisen tukemista sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Ikääntyneille annettavien palveluiden on tuettava kuntoutumista. (STM 2008: 4.) Vaikka ikääntyneiden toimintakyky on kehittynyt viime aikoina parempaan suuntaan, se ei kuitenkaan tarkoita, ettemmekö tarvitsisi lisää kuntouttavia palveluita. Kuntoutumista tukevalla ohjauksella voitaisiin vähentää huollon ja hoivan tarvetta arjessa selviytymistä tukevilla keinoilla. Väestön vanheneminen tuokin uusia haasteita kuntoutukselle. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 13.) Päivätoiminnan yksi suurimmista tavoitteista onkin mahdollistaa kotona asuminen. (Tollén - Fredriksson – Kamwendo 2007: 173). Samoin ikääntyneen osallistumismahdollisuuksia voidaan vahvistaa päivätoiminnalla. Päivätoiminnan tavoitteena onkin tarjota ikääntyneille toimintaa, liikuntaa sekä sosiaalista kanssakäymistä. (STM 2006: 19.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008-2011 pyrkii ikääntyvien terveyden ja toimintakyvyn edistämiseen. Asiakkaan asemaa tulee vahvistaa, niin että ihmisen vaikuttamismahdollisuudet omaan elämäänsä nähdään tärkeinä inhimillisesti, palveluiden toimivuuden ja demokratian kannalta. Tarvitaan ratkaisuja, jotta asiakkaan ääni saadaan kuuluviin paremmin. (KASTE 2008: 39-40, 60.) Hoito- ja palvelusuunnitelmat on tehtävä yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan toivomukset, mielipide ja yksilölliset tarpeet on otettava huomioon. (Finlex 2000: § 4, 7.) Kirjalliset dokumentit ovatkin tärkeitä tiedonlähteitä ikääntyneen terveydentilasta ja fyysisestä toimintakyvystä (Salmelainen 2008: 151). Rutiininomainen kirjaaminen ei kuitenkaan edistä ikääntyneen elämän- tai hoidon laatua (Räsänen 2011: 141). Kuntoutussuunnitelmien tarkastelu ja hyväksyminen yhdessä asiakkaan kanssa mahdollistaisi ikääntyneelle suunnitelman sisäistämisen. Ikääntynyt pystyisi myös paremmin yhdistämään saamansa palvelut tai niiden tuomat muutokset omaan kuntoutussuunnitelmaansa. (Grönlund 2010: 188.)

Arjessa selviytymisen ja toimintakyvyn eri alueilla tarvitaan monialaista osaamista. Kuntoutuksen tutkimuksissa onkin pyritty moninäkökulmaisuuuteen. (Järvikoski – Lindh – Suikkanen 2011: 8.) Ikääntyneiden kanssa työskenneltäessä moniammatillisuudella tarkoitetaan sellaista työtapaa, jolla pyritään hakemaan keinoja ja näkökulmia yhdistämällä eri ammattilaisten tieto-taitoa sekä osaamista. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää toisten osaamisen arvostamista ja ryhmän yhteistä osaamista. Jokainen tuo oman osaamisensa ja asiantuntijuutensa tiimin käyttöön. (Lähdesmäki – Vornanen 2009: 28-29.)

Helsingin kaupungin strategiaohjelma vuosille 2009-2012 asettaa yhdeksi tavoitteeksi ikääntyneiden toimintakyvyn säilyttämisen edistämisen. Kaupunki pyrkii kunnioittamaan kuntalaisten laillisia oikeuksia ja tukemaan heidän hyvinvointiaan. Tavoitteeksi on asetettu, että enintään 3% yli 75-vuotiaista on pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Toimenpiteiksi on määritelty ikääntyneen kotona asumisen tukemisen kehittämisen sekä omaishoitotyön tukeminen. (Helsingin kaupungin strategiaohjelma 2009-2012: 1, 11.)

KASTE-ohjelmassa todetaan lisäksi, että sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän toimivuutta ja tuottavuutta voidaan parantaa työntekijöiden osaamisen vahvistamisella, samalla kun henkilöstövoimavarojen käyttöä kehitetään ja varmistetaan. Yhdeksi tavoitteeksi asetetaan henkilöstön osaamisen varmistaminen työntekijöiden ammatillisen osaamisen ja uusien keinojen jatkuvalla kehittämisellä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008: 36, 38.) Helsinki haluaa vahvistaa työnantajana muun muassa henkilöstönsä osaamista. Kaupunki pyrkii kunnioittamaan myös henkilöstönsä laillisia oikeuksia sekä tukemaan heidän hyvinvointiaan. Henkilöstölle halutaan turvata monimuotoinen työpaikka. Kaupungin strategiaohjelma määrittää toimenpiteiksi henkilöstön osaamisen ja vaikutusmahdollisuuksien kehittämisen, työssä oppimisen muotojen monipuolistamisen ja osaamisen jakamisen käytännöksi arkipäivään. (Helsingin kaupungin strategiaohjelma 2009-2012: 1-2, 31.)

Ikääntyneen arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemiseksi tarvitaan monialaista yhteistyötä. On tärkeää mahdollistaa monialainen keskustelu, näkemysten ja osaamisen jakaminen, jotta pystyttäisiin vastaamaan sosiaali- ja terveyshuollon haasteisiin ikääntyneiden kotona asumisen tukemiseksi ja osallisuuden vahvistamiseksi. Helsingin

kaupungin organisaatiossa käytetään käsitettä *vanhus* (*vanhusten* vastuualue, *vanhusten* päivätoiminta). Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytetään käsitettä ikääntynyt.

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena on kuvata monialaisesti laadittavan asiakaskohtaisen toimintaohjelman laadintakäytäntöä. Tavoitteena on ikääntyvän asiakkaan arjessa selviytymisen tukeminen, jotta kotona asuminen mahdollisimman pitkään onnistuisi.

2 Ikääntyneen arjen tukeminen monialaisesti asiakaskohtaisen toimintaohjelman avulla

Ikääntyneen toimintakyvyn ja itsenäisen elämän edistäminen ovat suomalaisessa vanhuspolitiikassa yksi tärkeimmistä tavoitteista (Heimonen 2009: 7). Laitoshoidon tarvetta voidaan siirtää väestön toimintakyvyn edistämällä. Siihen voidaan vaikuttaa muun muassa hyvällä hoidolla, elinympäristön muokkaamisella ja toimeliaisuuden edistämällä erilaisin keinoin. (Ikääntymisraportti 2009: 79-80.) Toimintakyvyn ylläpitämiseksi tulisi toiminnanvajeiden ja passiivisuonteisen hoivan sijaan nähdä ikääntyneessä vahvuuksia. Voimavarakeskeisyys tuokin uutta näkökulmaa myös geriatriseen kuntoutukseen: ikääntynyt on aktiivinen toimija, jonka kuntoutusprosessiin vaikuttavat suunnitelmallinen ja tavoitteellinen työskentely sekä virikkeellinen ympäristö. Osaavalla kuntoutustiimillä on myös keskeistä merkitystä suhteessa kuntoutumistuloksiin. (Lönne 2008: 278-279). Moniammatillinen tapa työskennellä onkin lähes ainoa mahdollisuus vastata sosiaali- ja terveysalan muuttuviin tulevaisuuden vaatimuksiin. (Katajamäki 2010: 100).

Helsingin kaupungin vanhusten palveluiden visio on, että helsinkiläiset ikääntyneet voivat asua ja vanheta turvallisesti. Tavoitteena on turvata ikääntyneiden kotona asumista ja selviytymistä. Päivätoiminta onkin yksi keino tukea kotona asumista sekä samalla se täydentää ja korvaa kotihoitoa. (Sosiaaliviraston esite 2007: 19-21.) Päivätoiminnassa yhteistyön sujuvuudella eri toimijoiden kesken turvataan asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämistä. Samalla tuetaan asiakkaan hyvää elämää ja osallisuutta. (Sosiaalivirasto 2007: 2-3.) Päivätoiminta on siis mahdollisuus vähentää laitoshoidon tarvetta tukemalla asiakkaan osallisuutta ja arjessa selviytymistä. Tällaiseen haasteeseen vastataan monialaisella asiantuntijuudella. Tavoitteena on olla myös yhtenä tukitoimena kotihoidon rinnalla tukemassa ikääntyneen kotona asumista ja turvallista vanhenemista.

2.1 Päivätoiminta ikääntyneen arjessa selviytymisen tukemisen keinona

Toimintakyky liittyy käsitykseen ihmisen hyvinvoinnista, jota voidaan tarkastella eri näkökulmista (Heimonen 2009: 7). Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleensä ihmisen käytännön mahdollisuuksia ja edellytyksiä selviytyä erilaisista tehtävistä sekä haasteista.

ADL-toiminnot (activities of daily living) liittyvät ihmisen kykyyn, taitoon ja mahdollisuuksiin selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista. (Helin 2000:15.) Tällöin fyysinen toimintakyky on esimerkiksi pukeutumisesta, peseytymisestä ja päivittäisistä perustoiminnoista selviytymistä. Asioiden hoitaminen, esimerkiksi kaupassa käyminen ja raha-asioista huolehtiminen vaativat fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. (Laukkanen 2007: 264.) ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) eli toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus, mahdollistaa yhteisen kielen kuvata toiminnallista terveydentilaa ja terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa. ICF-luokitusta voi käyttää esimerkiksi kuntoutuksen tarpeen arviointiin, elämänlaadun mittaamiseen tai toimintakykyyn liittyvän yleisen tietoisuuden lisäämiseksi. ICF-luokituksen yhtenä osa-alueena terveyden viitekehysessä on osallistuminen. Sillä tarkoitetaan osallisuutta elämän tilanteisiin, kuten kotielämään, liikkumiseen, kommunikointiin ja itsestä huolehtimiseen. (WHO, Stakes 2004: 3, 5, 10, 14.)

Ikääntymisessä toimintakyvyn heikkenemisellä tarkoitetaan yksilötasolla ja sosiaalisella tasolla tiettyjen toimintojen, kuten kävelyn, näön tai muistin heikentymistä sekä rajoitusten ilmenemistä tietyissä rooleissa ja tehtävissä päivittäisissä toimissa (Valvanne 2003: 344). Syy laitos- ja yhteisöasumiseen joutumiselle on arjesta selviytymättömyys, mikä johtuu toimintakyvyn osa-alueiden alenemisesta (Virkkunen 2001:10). Itsenäistä suoriutumista tulee tukea, sillä varhainen puuttuminen ehkäisee toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemistä. Toimintakykyä ylläpitävällä toiminnalla onkin vaikutusta hoitoon siirtymisen ehkäisemisessä ja myöhäistämisessä. (STM 2008: 22.) Kuntoutumisen tavoitteena onkin paras mahdollinen toimintakyky, jonka lähtökohtana ovat yksilön pyrkimykset, elämälle asettamat tavoitteet sekä voimavarat. Huomio pitäisi kääntää sairauden, vamman tai vajavuuden yksityiskohtaisesta kartoittamisesta kohti yksilön arjen kokonaistilannetta ja voimavarojen tukemista. (Kähärä-Wiik - Niemi - Rantanen 2006: 3,23.) Kuntoutus on monialainen ja monipuolinen toimintakokonaisuus, ei pelkästään vammojen tai sairauksien kompensoimista tai ehkäisemistä. Kuntoutus keskittyy myös yksilön voimavarojen ja arkielämässä selviytymisen sekä hyvinvoinnin tukemiseen. Asiakkaan ja työntekijöiden tulisikin kuntoutuksen näkökulmasta paneutua yhdessä fyysisen ja sosiaalisen ympäristön mahdollisuuksien tutkimiseen. Esimerkiksi sosiaalihuolto sosiaalitoimen kuntoutustoimintana, jonka yhtenä kohderyhmänä ovat

ikäntyneet, pyrkii edistämään ja ylläpitämään sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 8, 50, 56-57.)

Vanhusten päivätoiminta määritellään ennaltaehkäiseväksi ja kuntoutumista tukevaksi toiminnaksi ikääntyvän toimintakyvyn edistämiseksi. Päivätoiminnalla mahdollistetaan asiakkaan hoiva kodinomaisessa, turvallisessa ja sallivassa ilmapiirissä. Päivätoimintaa ohjaavat kaupungin ja sosiaaliviraston arvot sekä dementoituneiden oikeuksia koskevat suositukset. (Sosiaalivirasto 2008: 1-2.) Päivätoiminnan tavoite on tukea ensisijaisesti muistisairaiden asiakkaiden ja/tai omaishoidettavien kotona asumista, ylläpitää asiakkaiden omatoimisuutta ja itsenäistä tai tuettua selviytymistä. Monen asiakkaan kotona selviytyminen on riippuvaista päivätoiminnasta ja samalla tuetaan omaisten ja omaishoitajien jaksamista. (Sosiaalivirasto 2007: 1-3.) Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa päivätoiminta nimetäänkin yhdeksi kuntouttavan menetelmän keinoksi, jolla voidaan puuttua ikääntyneen toimintakyvyn heikkenemiseen. Päivätoiminta tukee myös kotihoitoa. (STM 2008: 22, 27.) Kotihoitoa tarvitaan silloin, kun ikääntyneen toimintakyvyssä on tapahtunut muutos. Tukea tarvitaan arkeen, jossa toimiminen on rajoittunutta tai estynyttä. (Nummijoki 2009: 96.) Kotihoidon asiakkailla on parhaat mahdollisuudet saada tukipalveluja verrattuna muiden auttamistahojen ikääntyneisiin asiakkaisiin (Tepponen 2003: 96).

Ikääntymisraportissa käy ilmi, että tavallisista päivittäistoimista suoriutuu kuitenkin yhä suurempi osa ihmisistä useimmissa ikäryhmissä. Ikääntyvän väestön itse ilmoittama toimintakyky on kohentunut. Se voi johtua siitä, että yhä suurempi osa tutkituista selviytyy voimansa äärimmilleen pinnistäen kysymyksen kohteena olevasta tehtävästä, mutta muutosta saattaa selittää myös itsenäisen suoriutumisen merkityksen korostuminen ja lisääntynyt halu käyttää kaikkia voimavarojaan. (Ikääntymisraportti 2009: 65-66,68.) On todettu, että toimintakyky säilyy paremmin fyysisesti aktiivisia elämäntapoja noudattavilla (Laukkanen 2007: 268). Näyttöä löytyy myös aktiivisen elämän höydyistä, esimerkiksi Alzheimerin ja Parkinsonin taudissa (Poon – Chodzko-Zajko – Tomporowski 2006: 8). Päivätoiminnassa asiakkaan arjentoimintoja ylläpidetään ja parannetaan esimerkiksi liikunnan erilaisilla muodoilla, toiminnallisilla ja aktivoivilla peleillä sekä sosiokulttuurisen toiminnan korostamisella (Sosiaalivirasto 2007: 2-3).

Ikääntynyt tarvitsee osallisuutensa ja muiden osa-alueiden ylläpysymiseen voimavara-lähtöistä tukea, jotta arjessa selviytyminen ja kotona asuminen mahdollistuisivat. Päi-vätoiminta monimuotoisin virikkein ja toiminnoin pyrkii ikääntyneen toimintakyvyn ja arjessa selviytymisen tukemiseen. Päivätoimintaa järjestetään asiakkaan yksilöllisen tarpeen mukaan voimavara-lähtöisesti.

2.2 Asiakaskohtainen toimintaohjelma tukee ikääntyneen arjessa selviytymistä

Ikääntyneelle asiakkaalle laaditaan kirjallinen hoito-, palvelu- tai muu vastaava suunnitelma, sillä laadukas palvelutoiminta ikääntyneelle on tavoitteellista ja säännöllisesti arvioitua. Hoito- ja palveluprosessit suunnitellaan asiakaslähtöisesti ja mahdollistetaan ikääntyneen ja hänen omaistensa osallistuminen suunnitteluun, päätöksentekoon ja arviointiin. Tiedot merkitään asiakas- ja potilastietojärjestelmiin ja huolehditaan tietojen ajantasaisuudesta. (STM 2008: 30-31.) Hoito- ja palvelusuunnitelma rakentuu vaiheittain. Suunnitelma koostuu ikääntyneen kuntoutuksen ja palvelujen tarpeesta, tavoitteista ja keinoista niiden saavuttamiseksi. Hyvää hoito- ja palvelusuunnitelmaa toteutetaan ja arvioidaan, mikä jäsentää sitä ja tekee näkyväksi sen etenevän prosessin, jonka tavoitteena on tukea ikääntyneen kotona asumista. (Päivärinta – Haverinen 2002: 5, 13, 35.)

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakkaan toivomukset, mielipiteet ja itsemääräämisoikeus on huomioitava. Asiakkaalla on oikeus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun. Ellei asiakas pysty osallistumaan ja vaikuttamaan palveluidensa suunnitteluun ja toteuttamiseen, selvitetään asiakkaan tahto yhteistyössä omaisen, muun läheisen henkilön taikka laillisen edustajan kanssa (Finlex 2000: §7-9.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin kuuluvat muun muassa potilaskertomus, siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat. Potilasasiakirjat tulee laatia ja säilyttää niin, että asiakirjojen eheys ja käytettävyys voidaan turvata. Sähköisten potilasasiakirjojen tulee muodostaa ehyt asiakirjakokonaisuus. Potilasasiakirjoihin tulee merkitä riittävät ja tarpeelliset tiedot hoidon järjestämisestä, suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta. (Finlex 2009: § 1-3, 7.) Tehokas kuntoutustoiminta, hyvä asiakaspalvelu ja toiminnan seuranta sekä

arviointi edellyttävät hyvää tiedonhallintaa. Yhtenäisiä käytäntöjä tarvitaan erityisesti kuntoutuspalvelujen asiakaskunnan kuvaamiseksi ja yksinkertaisten seurantatietojen kokoamiseksi kuntoutukseen osallistuneesta asiakaskunnasta. Niillä saadaan tieto eri kuntoutusmuotojen kohdentumisesta ja vaikuttavuudesta. (STM 2004: 57.)

Helsingin kaupungin Sosiaaliviraston vanhusten vastuualueella on käytössä Terveys Effica potilasasiakirjajärjestelmänä. Kirjaamisoppaassa tuodaan esille hoitotyön suunnitelman olevan *asiakaskohtainen toimintaohjelma*. Sen tarkoituksena on antaa kokonaiskuva asiakkaan hoitotyöstä ja ohjata hoitotyötä, jonka perusteella kukin työntekijä hoitaa asiakasta. Suunnitelmissa esitetään, miten asiakkaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä edistetään tai ylläpidetään, tai miten niiden heikkenemistä hidastetaan. Suunnitelma koostuu asiakkaan voimavarojen, hoitotyön tarpeen määrittämisestä, tavoitteiden asettamisesta, hoitotyön keinojen valinnasta sekä hoitotyön arvioinnista. Päivätoiminnassa hoitotyön suunnitelman tulee olla tehtynä kuukauden kuluessa asiakkaan käyntien aloituksesta ja sitä arvioidaan puolen vuoden välein tai aina tilanteen muuttuessa (Dahlberg ym. 2011: 4, 28, 29.) Asiakaskohtaisen toimintaohjelman laadinnan yhtenä välineenä käytetään RAVA-mittaria (Päivätoiminnan koordinoitiryhmä 2011). RAVA-mittarilla mitataan ikääntyneen toimintakykyä sekä avuntarvetta haastattelemalla ja havainnoimalla. Mittarin osa-alueilla on kosketuspintaa kansainvälisen ICF-luokitukseen. (Autio 2011.)

Suunnitelman pitäisi merkitä jatkuvuutta kuntoutuksessa. Kuntoutujan osallistuminen oman kuntoutuksen suunnitteluun ja päätöksentekoon on kuitenkin osoittautunut satumanvaraiseksi. Kuntoutuja kokee välittämistä, kun hänelle annetaan mahdollisuus vaikuttaa oman elämäntilanteensa edistämiseen. (Koukari 2011: 220-221.) Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen raportissa ilmeni yhdeksi kuntoutuspolun solmukohdaksi kuntoutussuunnitelmat, joiden laadinnan ammattihenkilöt kokivat haastavaksi. Kuntoutujan terveydentilaa oli kuvattu suunnitelmissa hyvin, mutta arjessa selviytymistä heikosti. Kuntoutujan omia tavoitteita ei läheskään aina kysytty. Yhdessä kuntoutujan, hänen läheisen ja ammattilaisen kanssa laadittu kuntoutussuunnitelma antoi kuntoutujalle kokemuksen oman äänen kuulumisesta. (Mäkiniemi – Routasalo – Pitkälä 2005: 132.)

Kirjallisten suunnitelmien toteutumismahdollisuudet ovatkin vähäiset, jos ne laaditaan ilman keskustelua asiakkaan ja/tai omaisten kanssa (Hallila 2005: 26). Myös Turner-Stoker (2009: 363) viittaa, että tutkittua näyttöä on lisääntyvästi siitä, että tavoitteiden saavuttaminen on todennäköisempää, jos asiakas on mukana niiden asettamisessa. Ikääntyneelle saattaakin tulla tunne suunnitelmien suhteen uhkaava tunne. Ammattilaiset tuntevat näennäisesti ikääntyneen kokonaistilanteen ja suunnitelmissa järjestellään ikääntyneen elämää, jossa muutokset saattavat vaikuttaa moneen asiaan ja muuttaa elämää monella tapaa. Asiakasta tulee siis havainnoida sekä suunnitelmia tarkastella ja hyväksyä yhdessä ikääntyneen kuntoutujan kanssa. (Grönlund 2010: 187-188.)

KuntoValtti-projektin arviointiraportoinnissa kävi ilmi, että ikääntyneellä saattoi olla samaan aikaan useita erilaisia hoito- ja palvelusuunnitelmia sekä kuntoutussuunnitelmia. Keskinäistä yhteistyötä ei ollut ja tavoitteet olivat lähtöisin ammattihenkilöstöltä. Ikääntynyt oli objekti, jonka ääni ei kuulunut. Myöskin kirjaaminen oli puutteellista. Tulokseksi saatiinkin kuntoutuksen malli ikäihmisille. Siinä kuntoutuksen suunnitelma laaditaan yhteistyössä ikääntyneen itsensä, hänen läheistensä ja ammattihenkilöstön kanssa. Suunnitelmassa tavoitteiden ja niiden saavuttamiseksi asetettujen keinojen lisäksi huomioidaan myös muut mahdolliset suunnitelmat integroimalla ne toisiinsa. (Mäkinie mi: 2004: 82, 85, 89-90.) Parhaimmillaan hoito- ja palvelusuunnitelma on monipuolinen väline, josta hyötyvät niin asiakas kuin työntekijäkin. Asiakas pääsee vaikuttamaan itseään koskevien asioiden suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin, työntekijä saa välineet asiakaslähtöiseen työtteen toteuttamiseen, asiakasturvallisuus lisääntyy ja vähennetään päällekkäistä työskentelyä. Ennen kaikkea hyvällä suunnitelmalla ehkäistään ikääntyneen toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä. (Päivärinta – Haverinen 2002: 3, 5, 13, 17-18.)

Samaa tarkoittavasta dokumentista käytetään useita erilaisia nimityksiä, esimerkiksi hoitosuunnitelma ja kuntoutussuunnitelma (Finlex 2000: §7), hoitotyön suunnitelma ja asiakaskohtainen toimintaohjelma (Dahlberg ym. 2011: 28). Lisäksi Kähärä-Wiik ym. (2006: 33) puhuivat aktivointi suunnitelmasta ja Päivärinta ja Haverinen (2002: 79) asiakaskohtaisesta suunnitelmasta. Suunnitelmille ei olekaan yhteistä käsitteistöä. Keskeisintä ja yhteistä suunnitelmissa kuitenkin on, että niillä pyritään vaikuttamaan yksilön toimintakykyyn. Niitä voidaan pitää asiakkaan tulevaisuudensuunnitelmina ja sopi-

muksina asiakkaan, kuntoutushenkilökunnan sekä organisaatioiden välillä. (Kähärä-Wiik ym. 2006: 29, 33.)

Hyvä ja laadukas työ ikääntyneen arjessa selviytymisen tukemiseksi vaatii myös hyvää suunnittelua. Tätä velvoittaa myös laki. Suunnitelmat realisoituvat arkeen todennäköisesti paremmin, kun niiden suunniteluun on saanut osallistua asiakas itse. Ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen on prosessi ja sen voidaan ajatella olevan asiakaskohtainen toimintaohjelma. Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytetään jatkossa hoitotyön suunnitelmaa tarkoittavana terminä *asiakaskohtaista toimintaohjelmaa*. Tällä pyritään korostamaan enemmän työn aktivoivaa otetta asiakkaan arjessa kuin hoitavaa ja hoivaavaa sekä vahvistamaan asiakkaan osallisuutta.

2.3 Monialainen asiantuntijuus asiakaskohtaisen toimintaohjelman laadinnassa

Yhteistoiminnallisessa hoitotyössä pyritään muutokseen potilaan lähtökohdista konsultoivalla yhteistyöllä. Yhteistoiminnallisella tavalla työskennellessä potilas on keskiössä ja konsultoivassa yhteistyössä jaetaan näkemyksiä, tullaan kuulluksi ja jokaisen osallistumista arvostetaan. Tämä voi toteutua potilaan ja työntekijän välisenä yhteistyönä tai yhteistyönä moniammatillisen tiimin kanssa. Keskustelulla voidaan saavuttaa yhteinen ymmärrys sekä yhteisen, jaetun todellisuuden, syntyminen. (Latvala 1998: 47.) Dialogissa syntyikin ymmärrys niiden ihmisten, jotka tapaavat, välille. Emme osallistu keskusteluun pelkästään ammattirooleissamme, vaan mukaan tulee myös oman henkilökohtaisen elämämme roolit. Kokemuksien jakamisen kautta ja yhteisen kielen synnytyä voidaan kokouksia jatkaa muodostuneen yhteisön kanssa. Dialogi voi myös jatkaa osallistujien kesken tapaamisen jälkeenkin. Arnkil ja Seikkula maalailevatkin tulevaisuuteen sellaista hoito- ja kuntoutussuunnitelman prosessin tekoa, jossa suunnitelmat tulevat osaksi dialogia siten, että niitä käsitellään jokaisessa keskustelussa ilmentäen uusia ulottuvuuksia ja päätöksiä. (Arnkil – Seikkula 2009: 84, 93, 102.) Moniammatillisesta näkökulmasta tarkasteltuna dialogisen kommunikaation lähtökohtana on tiedon yhteinen rakentuminen. Se edellyttää yhteisiä tehtäviä, joilla pyritään yhteisen ymmärryksen rakentamiseen (Mönkkönen 2002: 82, 85.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiantuntijuus nähdään koostuvan moniammatillisesti, useista eri ammateista. Asiantuntijuus ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. Sillä voidaan tarkoittaa koulutusta, spelialistin roolia tai esimerkiksi yhdistelmää usean henkilön ja ympäristön hankkimasta osaamisesta. (Rekola 2008a: 145-146.) Kokemustieto ja ihmisen oma osuus hyvinvoinnin rakentamisessa on jäänyt vähälle, kun ammatillista osaamista ja erikoistumista on korostettu. Tämä on luonut tarkan työjaon asiantuntijoiden välille. (Kuuskoski 2003: 33-34.) Kansalaisuuden ääripäinä ovatkin osallistuminen ja osallistumattomuus. Ikääntynyttä kansalaista kuvaa osallisuuden ja osallistumattomuuden jatkumo. Ikääntynyt on oman elämänsä asiantuntija ja tätä vahvistaa *kumppanuus*-käsite. Kumppanuus on asiakkaan ja järjestelmän toimijoiden liittoutumista dialogisuudella ja hyvällä vuorovaikutuksella. Kumppanuudessa asiakas on tasavertainen neuvottelukumppani järjestelmän toimijoiden kanssa. Häntä motivoi paremman palvelun, sen sisällön tai etuuden saaminen. Palveluiden käytössä on osallisuus kuitenkin vähemmän aktiivista. Ikääntynyt tiedottaa järjestelmän toimijoita elämäntilanteestaan, muttei neuvottele, suunnittele sitä tai osallistu sen järjestämiseen. Asiakkaat ovat saamiinsa palveluihin tyytyväisiä. (Valokivi 2008: 62, 64-65.) Ikääntynyt tulee nähdä aktiivisena toimijana, joka tuo omaa osaamistaan, haluamistaan ja kykenemistään eri tilanteisiin (Koivula 2009: 34). Tarvitaankin mahdollisuuksia ja koulusta koko työuran pituuden ajan kehittää pätevyyttä toimia moniammatillisissa tiimeissä ja edistää yhteistyötä sosiaali- ja terveysalalla (Humphris 2007: 48-49).

Kokonaisvaltainen ja moniääninen vanhustyö tarkoittaa ikääntyneen tarpeiden huomioiduksi tulemisen vahvistamista moniammatillisella työllä. Sillä voidaan lisätä tehokkuutta ja taloudellisuutta, kehittää laatua palveluihin ja lisätä läpinäkyvyyttä päätöksenteoissa. Ikääntyneen voimavarojen tukemiseksi moniammatillinen työ on siis välttämätöntä. (Lähdesmäki – Vornanen 2009: 28.) Moniammatillinen yhteistyö toteutuukin erilaisissa toimintaympäristöissä erilaisten asiakasryhmien kanssa. Hoidon suunnittelu edellyttää neuvottelua muiden ammattiryhmien edustajien kanssa, esimerkiksi asiakkaan kotona selviytymisen mahdollistaminen vaatii moniammatillista osaamista, yhteistyötä sekä työaikaa. (Rekola 2008b: 18-19). Sosiaali- ja terveysalalla moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata asiakaslähtöisenä työskentelynä, jossa asiakkaan elämänkokonaisuus ja hoitopolku pyritään huomioimaan. Asiantuntijoiden tieto-taito kootaan asiakaslähtöisesti yhteen. Vaikka eri asiantuntijoilla olisi omia osa-avoitteita, tarvitaan

yhteinen, asiakaskohtainen, tavoite sekä tiedon kokoamista ja käsittelyä. (Isoherranen 2008: 33-34.)

Ikääntyneen muistisairaus vaikuttaa erityisesti koko perheeseen, joten on tärkeää kuulla ikääntynyttä ja hänen omaisiaan, esimerkiksi voimavarojen tukemisessa. Henkilö itse on oman elämänsä paras asiantuntija. Myös omaisten tunteita, voimavaroja ja kokemuksia pitää kuulla. (Virkola 2009: 78-80.) Muistisairaiden omaishoito tulee tulevaisuudessa olemaan enenemissä määrin ikääntyneiden läheisilleen antamaa huolenpitoa ja hoivaa (Tapio 2004: 93). Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa todetaankin ikäihmisten vastaavan omasta hyvinvoinnistaan itse sekä lähiverkostonsa avulla. Ikääntyneen hoidon ja palvelun suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa tulee siis huomioida asiakas, asiakkaan perhe ja muut asiakkaalle tärkeät ihmiset moniammatillisen yhteistyön lisäksi. (STM 2008: 22,26, 30.) Asiakkaan valtaistuminen (empowerment) tarkoittaa yksilön tiedon ja itsearvostuksen kasvua sekä asenteiden muutosta, mutta se tarkoittaa myös yksilön ja ympäristön välisen suhteen muuttumista, niin että ne näkyvät käytännön toiminnan muuttumisena. Kuntoutuksessa on kyse yksilön osallistumismahdollisuuksista palvelujen käyttäjänä ja mahdollisuuksista itsenäisiin valintoihin. Valtaistuminen tarkoittaa esimerkiksi palvelunkäyttäjän ja työntekijöiden osallistumista aktiivisesti suunnitteluun ja päätöksentekoon. (Järvikoski – Härkäpää 2011: 141, 143.) On kuitenkin hyvä muistaa, että vaikka aitoa moniäänistä dialogia voitaisiin harjoittaa viranomaisten ja kansalaisten kesken, eivät asiakkaat ja ammattihenkilöt ole keskenään samassa asemassa. Aitoon moniäänisyyteen tarvitaan asiakkaiden ja ammattihenkilöiden lisäksi ystäviä ja tuttavien sekä omien näkökulmien sovittamista muiden näkökulmiin. (Arnkil – Eriksson 1999: 81-82.)

Työn ja tuotannon uudet ratkaisut tarvitsevat monitasoista vuorovaikutusta. Vaarana on kuitenkin, että moniammatillisuus ja monitieteisyys jäävät iskulauseiksi kehittämissuunnitelmiin (Launis 1997: 124-125.) Taulukossa 1 tarkastellaan määritelmiä, jotka kuvaavat moniammatillisuutta ja monialaisuutta. Moniammatillisuutta ja monialaisuuttahan käytetään usein rinnakkaisina termeinä (THL 2011). Katajamäen väitöksessä kävi ilmi, että monialaisuus on ilmiönä varsin abstrakti moniammatillisuuteen liittyvänä. Sillä voidaan esimerkiksi käsittää eri alojen hyödyntämistä arjen tilanteissa tai eri ammattien konkreettista kanssakäymistä (Katajamäki 2010: 100.)

Taulukko 1. Moniammatillisuuden ja monialaisuuden määritelmiä

Moniammatillisessa työskentelyssä vahvistetaan ammatillista työtä erilaista asiantuntemusta yhdistämällä (Pohjola 1999: 110)	Englannin kielessä termiä multiprofessional co-operation, kun tarkoitetaan perinteistä, hierarkista ja työnjaollista, yhteistyötä (Metteri 1996: 10)
Moniammatillisessa asiantuntijuudessa tunnustetaan tasavertaiset asiantuntijaroolit ja kunnioitetaan erityisosaamista (Pohjola 1999: 112)	
Monialaisuudella voidaan tarkoittaa esimerkiksi eri ammattien konkreettista kanssakäymistä (Katajamäki 2010: 100)	Interprofessional collaboration-termillä tarkoitetaan englannin kielessä työskentelyä yhdessä, jolloin tieto, valta ja asiantuntijuus on jaettua (Metteri 1996: 10)
Monialaisen työn lähtökohtana on asiakaslähtöisyys: tiedon ja eri näkökulmien kokoamista yhteen vuorovaikutuksellisella yhteistyöllä yli rajojen (THL 2011)	
Monialaisuus edellyttää oman, niin työntekijän kuin asiakkaan, osaamisen, tiedon ja taidon jakamista, tämä mahdollistaa osapuolten välisen dialogin ja syventää yhteistä ymmärrystä (THL 2011). Asiantuntijuus on dynaamista asiakaslähtöistä toimintaa, jolloin asiantuntijuutta ei voida tarkastella vain tietyn ammatin tai yksilön omaisuutena. Asiantuntijuus syntyy yhdessä toimimalla. (Rekola 2008b: 146)	

Ikääntynyt tarvitsee monialaista asiantuntijuutta saadakseen äänensä kuulluksi, jotta voimme toimia yhdessä yhteisen tavoitteen kannustamana. Yhteinen tavoite taas tarvitsee monialaisen asiantuntijuuden jakamista ja ymmärtämistä. Monialaisuudella pystytään myös kehittämään palveluita ja tehostamaan niitä. Vaikka edelleen puhutaan usein moniammatillisuudesta, tarkoitetaan sillä tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä monialaisuutta, johon kuuluu asiakas, omaiset ja työntekijät.

2.4 Yhteenvedo teoriasta

Ikääntyneiden määrän kasvaessa korostuu arjessa selviytymisen ja kotona asumisen merkitys, jotta passiivisen hoivan määrää pystyttäisiin vähentämään. Tämä asettaa kuntoutukselle erityisen haasteen. Ikääntyneen toimintakyvyn edistämiseen on pystyttävä vastaamaan kuntoutuksen keinoilla ja samalla vahvistettava ikääntyneen osallistumismahdollisuuksia omaan elämäänsä. Ikääntynyt tulisi nähdä omaa elämäänsä suunnittelevana, aktiivisena kansalaisena. Arjessa selviytymistä heikentävien tekijöiden

sijaan, pitäisi nähdä ikääntyneen vahvuudet ja voimavarat. Ikääntyneen osallistuminen on osallisuutta oman elämänsä erilaisiin tilanteisiin, kuten kotielämään.

Ikääntynyt joutuu laitoshoitoon, kun toimintakyky laskee niin, ettei hän pysty enää selviytymään arjessa. Kotona asuvien ikääntyneiden arjessa selviytymistä ja kotona asumista voidaan tukea päivätoiminnalla. Se tukee lisäksi omaishoitajia sekä kotihoidon palveluita. Päivätoiminta mahdollistaa laitoshoitoon joutumisen myöhäistämistä ja tukeekin aktiivisella toiminnallaan vanhuspoliittista tavoitetta ikääntyneen toimintakyvyn edistämisestä. Toimintakyvyn ja osallisuuden tukemisen keinona on asiakaskohtainen toimintaohjelma. Se sisältää asiakkaan voimavarojen pohjalta määritellyt hoidon tarpeet, tavoitteet ja keinot. Asiakaskohtainen toimintaohjelma laaditaan monialaisesti yhdessä ikääntyneen ja/tai hänen läheistensä sekä muun asiakkaan arkeen osallistuvan henkilökunnan kanssa. Asiakkaan toivomukset ja mieltymykset on huomioitava. Ainoastaan yhteisesti sovitulla ja ymmärretyllä suunnitelmalla on mahdollisuus saavuttaa sille asetetut tavoitteet. Tärkeää on myös asiakaskohtaisen toimintaohjelman säännöllinen arviointi.

Moniammatillisuuden rinnalle on nostettu käsite *monialaisuus*. Tämä ei jätä sanana asiakasta tai omaisia ulkopuolelle. Monialaisuus onkin asiakkaan, ammattilaisten sekä asiantuntijoiden osaamisen ja tiedon jakamista yhteisen dialogin ja ymmärryksen syventämiseksi. Monialaisuus mahdollistaa yhteisen tiedon jakamisen ja rakentamisen. Monialaisuudella pystytään vahvistamaan ikääntyneen kokonaisvaltaista kuntoutusta. Se lisää myös tehokkuutta ja laatua annettaviin palveluihin. Kotona asumisen tukeminen tarvitsee neuvottelua muiden ammattiryhmien tai asiantuntijoiden kanssa, kuten ikääntyneen itsensä. Voimmekin suunnata katseemme kohti moniasiantuntijuutta, jossa todellinen asiantuntijuus syntyy yhdessä tekemällä, eikä se ole tietyn ammatin tai henkilön omaisuutta.

3 Tutkimuksellisen kehittämistyön tavoite ja tarkoitus

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli tuottaa asiakaskohtaisen toimintaohjelman monialaisen laadintakäytännön kuvaus vanhusten päivätoiminnassa ikääntyneen arjessa selviytymisen ja kotona asumisen vahvistamiseksi.

Täsmennetyt tutkimuskysymykset:

1. Miten asiakaskohtainen toimintaohjelma laaditaan tällä hetkellä?
2. Mitkä ovat asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisen heikkoudet ja vahvuudet ikääntyneen arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemisen suhteen?
3. Miten asiakaskohtainen toimintaohjelma laaditaan monialaisesti käytännössä, jotta se tukee ikääntyneen arjessa selviytymistä ja kotona asumista?

Tutkimuksellisen kehittämistyön tuotoksena syntyi kuvaus asiakaskohtaisen toimintaohjelman monialaisesta laadintakäytännöstä vanhusten päivätoimintaan. Tutkimuksen tuloksia ja kuvausta laadintakäytännöstä voidaan hyödyntää kirjaamiskoulutuksissa ja/tai niiden sisällön kehittämisessä. Koulutuksien kautta ja tutkimuksessa jaetun ymmärryksen välityksellä toimintaohjelman laadintakäytännön kuvauksen toivotaan siirtyvän käytäntöön.

4 Toimintaympäristön kuvaus

Tutkimuksellinen kehittämistyö toteutui Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhuspalveluiden vastualueella, vanhusten päivätoimintayksiköissä. Päivätoimintayksiköitä oli Helsingin kaupungissa kehittämistyön aloituksen ajankohtana 17. Kuusi yksikköä toimi vanhustenkeskusten yhteydessä, neljä yksikköä palvelutalojen yhteydessä, kolme yksikköä palvelukeskusten yhteydessä sekä erillisissä tiloissa neljä yksikköä. Ruotsinkielisiä yksiköitä oli kaksi. Päivätoimintayksikköjä on kaikilla neljällä (etelä, pohjoinen, itä ja länsi) kaupungin palvelualueella. (Sosiaalivirasto 2010a; Säilä 2011). Päivätoimintaa järjestetään pääsääntöisesti suurempien vanhustenkeskusten yhteydessä, lähellä asiakkaan kotia. Päivätoiminta on osa palvelu- ja hoitoketjua, jossa kotihoito ja tarvittaessa lyhytaikaishoito ympärivuorokautisessa hoidossa vuorottelevat. Yksiköiden koot vaihtelevat 8- ja 12-paikkaisesta 16-paikkaiseen ja henkilöstörakenteessa suositaan moniammatillista osaamista, jolla pyritään vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin. (Sosiaalivirasto 2008: 2-3.) Tutkimuksellinen kehittämistyö koski kuuttatoista Helsingin kaupungin omaa vanhusten päivätoimintayksikköä.

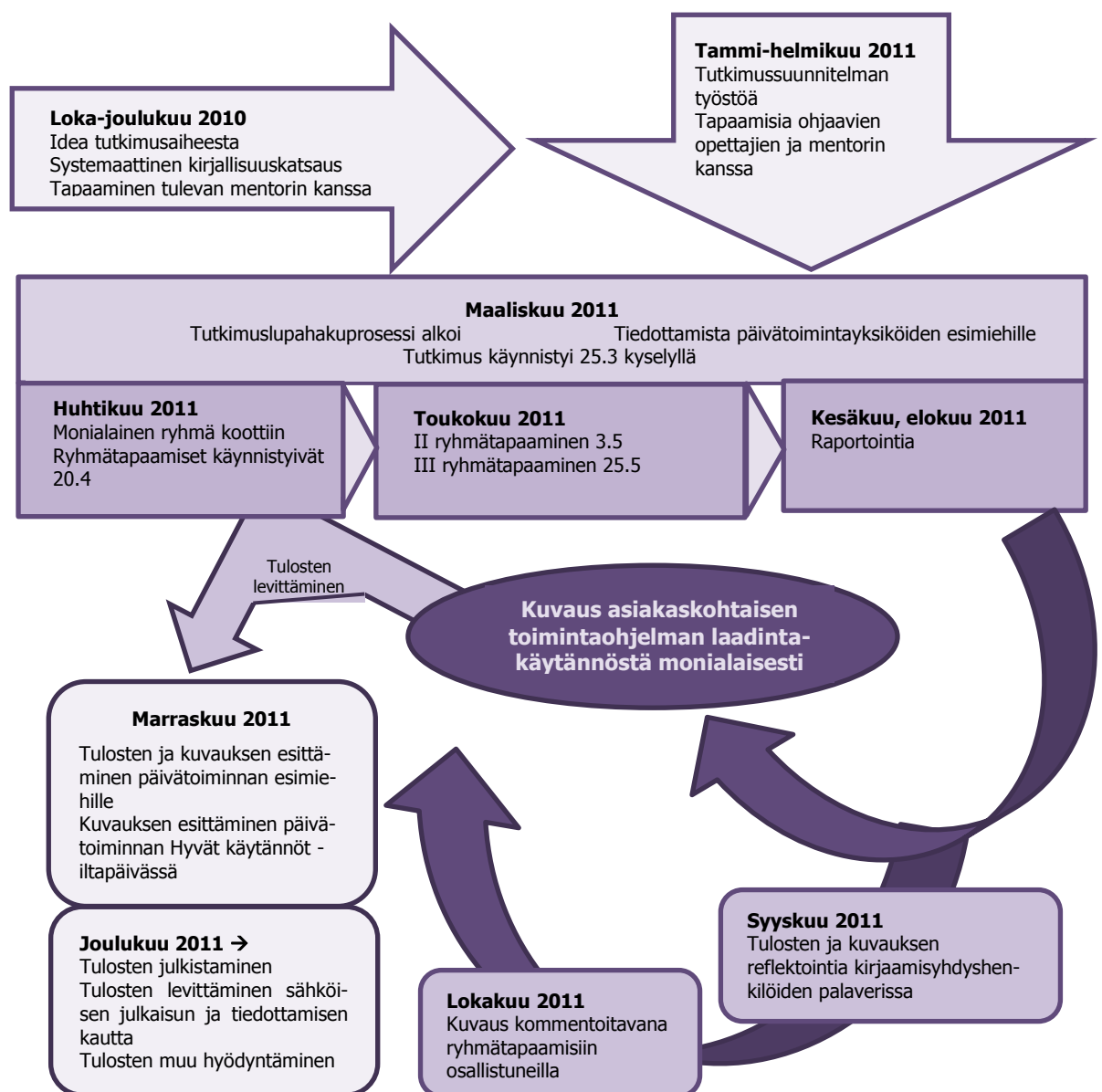
Henkilöstöä oli päivätoimintayksiköissä yhteensä vuoden 2010 huhtikuussa 73,35. Päivätoimintayksiköiden työntekijöiden nimikkeistöt yhdenmukaistettiin vuonna 2009 ja nimikkeinä ovat sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, hoitaja, ohjaaja (opisto- tai kouluasteinen), vastaava hoitaja (esimiestason päätöksenteko-oikeus), vastaava ohjaaja (esimiestason päätöksenteko-oikeus) sekä hoitoapulainen (Päivätoiminnan koordinoitiryhmä 2009:1). Päivätoimintayksiköissä voi kuitenkin työskennellä myös perustutkinnoiltaan perus- ja lähihoitajia, sosionomeja, kodinhoitajia sekä sosiaaliohjaajia.

Vuonna 2008 alkoi kokeilu yksiköitä kiertävästä fysioterapeutista. Kokeilu vakiintui käytäntöön ja fysioterapeutteja palkattiin vuodenvaihteessa 2008-09 niin, että yhteensä neljä fysioterapeuttia kiersi 16:ta päivätoimintayksikköä. Näissä yksiköissä arvioitiin tarvittavan eniten erityistyöntekijöiden palveluita. Tutkija itse oli yksi näistä neljästä kiertävästä fysioterapeuteista. Kuntoutustiimi kasvoi edelleen vuoden 2010 alusta kahdella kiertävällä toimintaterapeutilla. Tämä on ollut yksi keino vastata haasteeseen ikääntyneen arjessa selviytymisen tukemisessa sekä näin on saatu luoduksi monialaisia

tiimejä. Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö tukeekin luontevasti Helsingin kaupungin strategiaohjelmaan ikääntyneiden kotona asumisen ja toimintakyvyn tukemisessa sekä henkilöstön osaamisen ja vaikutusmahdollisuuksien vahvistamisessa.

5 Tutkimuksellisen kehittämistyön kulku

Tutkimuslupa haettiin Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhusten vastuualueen johtajalta ja se myönnettiin 18.3.2011. Vakiosopimus tehtiin vanhuspalveluiden kehittämispalveluiden ja Metropolian ammattikorkeakoulun välillä. Tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitteita esiteltiin päivätoiminnan esimiesten kokouksessa. Keskusteluja käytiin myös tutkimuksen mentorin, kirjaamisen kehittämiskonsultin, kanssa tutkimuksen etenemisen eri vaiheissa. Kuviossa 1 esitellään tutkimuksellisen kehittämistyön kulkua. Raporttia kirjoitettiin jokaisessa tutkimuksen prosessin vaiheessa.



Kuvio 1. Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen

Tutkimuksellisesta kehittämistyöstä tiedotettiin kirjallisesti kyselyyn vastaajia (liite 1) sekä ryhmätapaamisiin osallistujia (liite 2). Lisäksi ryhmätapaamisiin osallistuneilta pyydettiin kirjallinen suostumus (liite 3) tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksessa ei käsitelty salassapitoon kuuluvia toiminta-, asiakas- tai potilastietoja. Kyselyssä ei tiedusteltu vastaajalta tunnistetietoja ja ryhmätapaamisiin osallistuneiden anonyymiutta suojeltiin tutkimuksen raportoinnissa. Tutkimus toteutettiin eettisiä arvoja kunnioittaen.

6 Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmälliset ratkaisut

Tutkimus vaatii tekniikoiden hallintaa, sillä tutkimus on monivaiheinen ketju, jonka eri vaiheissa pitää ratkaista erilaisia kysymyksiä. Tutkimustyölle onkin asetettu tiettyjä toiminnan sääntöjä, yleisiä vaatimuksia. Tutkitun tiedon avulla voidaan saada perustelluja näkökannoille ja syvällisempää näkemyksestä. Tutkimus voikin mahdollistaa uutta tietoa, ymmärtämään ongelmien luonnetta sekä keinoja ongelmien ylipääsemiseksi. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2009: 13, 15, 19, 21.) Seuraavissa luvuissa kuvataan metodologisia valintoja tähän tutkimukselliseen kehittämistyöhön.

6.1 Tutkimuksellinen lähestymistapa

Laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohta on *todellisen elämän* kuvaaminen, minkä pyrkimyksenä on ennemminkin löytää tosiasioita kuin todentaa jo olemassa olevia. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2009: 161.) Muuttuva työ ja halu muuttaa luo tarpeen kentällä tapahtuvaan monimenetelmäiseen tutkimukseen. Kurt Lewin kehitti tähän haasteeseen toimintatutkimuksen. (Engeström 1998: 110.) Toimintatutkimuksella tarkoitetaan muutoksen hakemista toimintaan ja osallistujien ymmärrykseen. Toimintatutkimus alkaa olosuhteiden ja toiminnan ymmärtämisellä (Carr - Kemmis 1994: 162, 182.) Toimintatutkimus on tutkimuksellinen lähestymistapa, ei vain menetelmä. Toimintatutkimuksen avulla paneudutaan todellisiin elämän tapahtumiin, sillä pyritään saamaan täsmällistä tietoa tiettyä tarkoitusta varten. Toimintatutkimus suuntautuu käytäntöön ja sen perustana on tutkijan sekä tutkittavien yhteistyö. Menetelmä sallii muutoksia tutkimusvaiheessa, sen avulla saadaan kehys ongelmanratkaisuun sekä uusiin kehittämishankkeisiin. (Anttila 2006: 439, 442-444.)

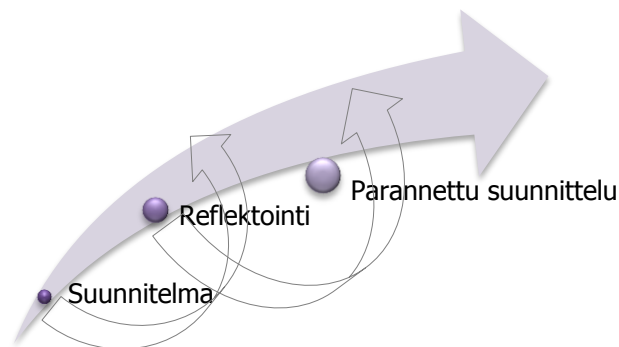
Kiviniemi (1999) kuvaa toimintatutkimusta keskeiseksi prosessiksi yhteisössä, jossa tutkija pyrkii ratkaisemaan yhdessä yhteisön kanssa tietyn ongelman (Kiviniemi 1999: 64). Pidän tutkijana tärkeänä sitä seikkaa, että juuri heitä kuullaan, keiden arjen työstä on kysymys. Tämä mahdollistui, kun menetelmäksi valittiin toimintatutkimus. Yhteistyössä pyrittiin ratkaisemaan asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisen ongelmia arjessa. Menetelmällisenä lähestymisenä toimintatutkimus mahdollisti pureutumisen

suoraan arjen todelliseen tilanteeseen eli asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimiseen, ja näin saadaan mahdollisuus toiminnan kehittämiseksi ja juurruttamiseksi suoraan arkeen. Muuan muassa tällaista palautetta annettiin ryhmätapaamisissa:

”Hienoa jos voimme yhdessä kehittää päivätoimintaa”

”Olisi hyvä jos saadaan sovittua yhteiset käytännöt. Opitaan toisiltamme.”

Toimintatutkimuksessa toiminta ja sen havainnointi, reflektointi ja uudelleensuunnittelu seuraavat toisiaan. Etenevä spiraali syntyy siis syklien peräkkäisyydestä. (Heikkinen – Jyrkämä 1999: 36-37.) Toimintatutkimus etenee siis syklisesti: ensin valitaan päämäärät, jonka jälkeen tutkitaan käytännön mahdollisuuksia päästä päämäärää. Tämän jälkeen arvioidaan alkua, muotoillaan ja tarkennetaan päämääriä. Lopuksi analysoidaan koottu aineisto ja arvioidaan tulokset. Toimintatutkimuksen avulla voidaan kehittää esimerkiksi uutta lähestymistapaa ja se sopii erinomaisesti tilanteisiin, joissa pyritään muuttamaan jotakin ja samalla lisäämään ymmärrystä sekä tietoa muutosta kohtaan. (Anttila 440, 443.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä keskityttiin toimintatutkimuksen sykleihin suunnittelun sisällä, jota kuvataan kuviossa 2. Tuotoksena syntyvää kuvauksen toimivuutta käytännössä ei siis päästy tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä vielä arvioimaan.



Kuvio 2. Toimintatutkimuksen spiraali suunnittelun sykleistä. Mukailten Heikkinen & Jyrkämä 1999: 37.

Taulukossa 2 on mukailtu Anttilan (2006: 441) taulukkoa *tutkimusparadigmojen vertailua*. Siinä esitellään tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tiedon intressi, tutkimuksen tarkoitus ja tutkijan rooli. Kiviniemi (1999: 65) toteaa, että tutkija osallistuu yhdessä yhteisön jäsenten kanssa toimintaan tietyn ongelman ratkaisemiseksi. Sille, mikä tutkijan asema yhteisössä voisi olla, ei ole yhtenäistä perinnettä. Tutkijan rooli tässä tutki-

muksellisessa kehittämistyössä oli siis yhtäällä ulkopuolinen kuin osallistuva, mutta sellainen ettei tuloksiin ei pyritty vaikuttamaan.

Taulukko 2. Praktinen lähestyminen toimintatutkimukseen, mukailtu taulukko Anttilalta 2006: 441

Tiedon intressi	Toiminta-tutkimus paradigma	Tutkimuksen tarkoitus	Teorian ja käytännön suhde	Tutkijan rooli	Tutkijan ja osallistujan suhde
Praktinen, tulkinnallinen	Tulkinnallinen, hermeneuttinen, kvalitatiivinen	Ymmärtäminen, tulkinta, kuvaus	Käytännöstä teoriaan, induktiivinen	Ulkopuolinen ja osallistuja, ei pyri vaikuttamaan	Yhteistyö, kohde objektiivinen

Tutkimuksellinen lähestymistapa valittiin niin, että sillä voisi parhaiten vastata tutkimusongelmaan. Toimintatutkimus voi onnistuessaan mahdollistaa muutoksen arjessa, mihin tällä tutkimuksellisella kehittämistyöllä pyrittiin.

6.2 Osallistujien valinta ja kuvaus

Tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitus ja hyödynnettävyys esiteltiin päivätoiminnan esimiesten kokouksessa tutkimuslupahakuprosessin ollessa vielä käynnissä. Esimiehiltä pyydettiin suullisesti lupa heidän työntekijöittensä osallistumisesta tutkimukselliseen kehittämistyöhön. Niiltä esimiehiltä, jotka eivät olleet läsnä kokouksessa, pyydettiin lupa niin ikään suullisesti puhelimitse. Kaikkien 16:sta päivätoimintayksiköiden esimiehet antoivat luvan tutkimuksellisen kehittämistyön toteuttamiseksi heidän yksiköissään. Toinen ruotsinkielisistä yksiköistä jäi tämän tutkimuksen ulkopuolelle sen kuuluessa aikuisten vastuualueelle. Myös yksiköt, joista päivätoimintapalvelu hankitaan ostopalveluna tai palvelusetelikoelun avulla, jäivät tutkimuksellisen kehittämistyön ulkopuolelle. Tutkimuslupaa haettiin vain vanhusten palvelujen vastuualueelta.

Kysely, jolla kartoitettiin hoitotyön suunnitelman laatimisen nykytilaa, koski kaikkia Helsingin kaupungin Sosiaaliviraston vanhusten palveluiden vastuualueen 16:sta päivätoimintayksikköä ja niitä työntekijöitä, jotka vastuuhoidajina osallistuvat, myös teknisesti, hoitotyön suunnitelman laatimiseen. Informantit ryhmätapaamisiin pyrittiin valitsemaan

tasapuolisesti kaikilta palvelualueilta niin, että edustus olisi mahdollisimman monialainen. Valinnan osallistujista teki tutkija. Kun kyselytutkimuksen käynnistymisestä tiedotettiin yksiköitä puhelimitse, kysyttiin samalla yksiköiden työntekijöiden ammatit. Näin pystyttiin alustavasti suunnittelemaan monialaisen ryhmän kokoonpanoa: kuudentoista yksikön työntekijöiden ammatit taulukoitiin ja tämän pohjalta tutkija pyrki muodostamaan 12-henkisen mahdollisimman monialaisen ryhmän tasapuolisesti kaikista neljästä palvelualueesta. Kyselyn vastausajan lopulla soitettiin jälleen yksiköihin, joista oli valittu osallistuja ryhmätapaamisiin ja kysyttiin heidän suostumustaan osallistumiselle. Osallistumisessa korostettiin vapaaehtoisuutta. Päivätoimintayksiköitä kiertävistä fysio- ja toimintaterapeuteista arvottiin kummastakin ammattiryhmästä yksi edustaja ryhmään. Välillisesti näillä erityistyöntekijöillä saavutettiin neljän päivätoimintayksikön kattavuus. Sama kokoonpano osallistui kaikkiin tapaamisiin.

Alunperin 12-henkiseksi suunniteltu monialainen ryhmä toteutui 9 hengen monialaisena ryhmänä. Ennen ryhmätapaamisten alkua kaksi henkilöä perui osallistumisensa ja yhtä ei tavoitettu. Palvelualueilta osallistuvien yksiköiden määrän tasapuolisuuskään ei täysin toteutunut: yhdeltä palvelualueelta oli vaikea löytää halukkaita tulemaan ryhmään informanteiksi, toiselta palvelualueelta koettiin kotimatkan pidentyminen ryhmätapaamisiin osallistumista estävänä tekijänä. Ryhmän kokoonpanossa nähtiin kuitenkin tärkeämpänä monialainen edustus kuin se, että olisi saatu suunniteltu määrä informantteja ryhmään. Myös vapaaehtoisuutta haluttiin korostaa.

Taulukko 3. Informanttien kokoonpano ryhmätapaamisissa

Ryhmäkokoonpano	I. tapaaminen	II. tapaaminen	III. tapaaminen
Lähihoitaja (3) Lähihoitaja-geronomiopiskelija (1) Sosionomi (1) Fysioterapeutti (2) Toimintaterapeutti (2)	Lähihoitaja (2) Lähihoitaja-geronomiopiskelija (1) Sosionomi (1) Fysioterapeutti (1) Toimintaterapeutti (1)	Lähihoitaja (2) Lähihoitaja-geronomiopiskelija (1) Sosionomi (1), Toimintaterapeutti (2)	Lähihoitaja (3) Sosionomi (1) Fysioterapeutti (2) Toimintaterapeutti (2)
Läsnä	6	6	8
Poissa	3	3	1

Taulukossa 3 esitellään ryhmän informanttien ammatit sekä miten ryhmä oli koolla ryhmätapaamisissa. Ennen ryhmätapaamista tuli aina viime hetken esteitä ryhmäläisille. Suluissa näkyy ammattiryhmän edustajien määrä, jokaiselta palvelualueelta oli ryh-

mässä edustajia, mutta niiden taulukoimatta jättämisellä halutaan taata ryhmään osallistujien anonyymiys.

6.3 Aineiston kerääminen

Aineistoa kerättiin aluksi kyselylomakkeella (liite 4), jolla pyrittiin tavoittamaan kaikkien päivätoimintayksiköiden hoitotyön suunnitelmia teknisesti laativat työntekijät. Tämä siksi, että tutkijan oli mahdoton selvittää, ketkä kaikki osallistuvat hoitotyön suunnitelmien laatimiseen. Tekninen suoritus, kuten hoitotyön suunnitelman kirjaaminen ja arviointi, oli helpompi saada selville. Kyselyssä kysyttiin myös teknistä suoritusta. Kyselylomakkeella on hyvä kerätä aineisto hajallaan olevasta joukosta (Vilkkä 2007: 74). Kyselylomakkeita lähetettiin 16:een yksikköön yhteensä 64 kappaletta. Kyselylomake on tavallisin aineistonkeräämistapa määrällisissä tutkimusmenetelmissä ja siihen valittuja kysymyksiä pitää aina voida perustella tutkimukseen valittua viitekehystä tai tavoitetta vasten. (Vilkkä 2007: 73-74.) Kyselyllä pyrittiin saamaan vastaus ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: miten asiakaskohtainen toimintaohjelma laaditaan tällä hetkellä? Samalla haluttiin mahdollistaa osallistuminen kehittämiseen päivätoimintayksiköiden hoitotyön suunnitelmia laativalle henkilökunnalle. Kyselyn haluttiin myös herättelevän tutkittavaan aihepiiriin niitä, jotka ryhmätapaamisiin osallistuivat. Kyselyn tuloksia käytettiin ryhmätapaamisissa esiyymmärryksenä ryhmätehtäville ja keskustelulle.

Tässä kehittämistyössä käytettiin triangulaatiota aineiston keräämiseen ryhmätapaamisissa. Triangulaatio tarkoittaa tutkimusmenetelmien yhteiskäyttöä (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 233). Triangulaatio on myös erilaisten metodien, tutkijoiden, tiedonlähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 143). Denzin triangulaatioiden päätyypeistä yksi on metodinen triangulaatio. Sillä tarkoitetaan useiden menetelmien käyttöä. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 233; Tuomi – Sarajärvi 2009: 144-145.) Tässä tutkimuksessa aineistoa kerättiin kyselylomakkeen lisäksi kolmessa ryhmätapaamisessa. Näissä tapaamisissa sama valittu ryhmä tuotti aineistoa erilaisin ryhmätehtävin ja niiden pohjalta käydyn keskustelun kautta. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009: 233) nostavat esille Denzin esittelemän aineistoriangulaation, jolla tarkoitetaan ongelman ratkaisemista keräämällä useita erilaisia aineistoja.

Kyselylomakkeen monivalintakysymykset ja avoimet kysymykset perustuivat vanhusten palvelujen vastuualueen kirjaamisoppaan määritelmään hoitotyön suunnitelman laadinnasta sekä määritelmään vanhusten päivätoiminnasta Helsingin kaupungilla. Lomakkeessa käytettiin myös monivalintakysymysten ja avointen kysymysten välimuotoa. Hirsjärvi ym. (2009: 198-199, 201) esittävät kysymyksien muotoilun moninaisuutta. Avoimissa kysymyksissä esitetään kysymys ja jätetään tyhjää tilaa vastaukselle, tällä tavoin mahdollistetaan vastaukset vastaajilta heidän omin sanoin. Monivalintakysymyksissä on annettu valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsee merkitsemällä lomakkeeseen. Tällä tavalla vastauksia voidaan vertailla ja analysoida. Kysymysten välimuoto eli valmiin vastausvaihtoehdon jälkeen esitettävä avoin kysymys mahdollistaa sellaisten näkökulmien esilletulon, mitä lomakkeen suunnitteluvaiheessa ei ole osattu huomioida tai ajatella.

Kyselyn jälkeen käynnistyivät ryhmätapaamiset, joissa varta vasten valittu monialainen ryhmä haki kuvausta asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimiseksi myöhemmin kuvatuin menetelmin. Tapaamisia ryhmän kanssa oli kolme, jotta pystyttiin saamaan aikaiseksi yhteinen konsensus ja kuvaus siitä, miten monialaisesti asiakaskohtainen toimintaohjelma laaditaan, jotta asiakkaan kotona asumisen tukemista vahvistetaan.

Ryhmä tuotti aineistoa erilaisin ryhmämenetelmin ja keskustellen niiden pohjalta. Keskustelu tallennettiin videokameralle, josta pelkästään keskustelu litteroitiin. Ryhmän tuottamat materiaalit säilytettiin analysoimista varten. Toimintatutkimukselle onkin tyyppillistä erilaisten aineistonkeruu menetelmien käyttö (Kiviniemi 1999: 75). Keskustelumenetelmän lähtökohtana ovat työpaikalla koetut todelliset ongelmat, joihin vastausta voidaan etsiä henkilöstön omien kokemusten avulla. Keskustelulla voidaan osallistaa monen työyhteisön jäseniä ja ylittää henkilöstöryhmien rajoja. Keskeinen periaate onkin keskustelumenetelmässä henkilöiden kokemustiedon käyttäminen voimavarana muutokselle. Keskustelumenetelmä lisää henkilöstön suoraa osallistumista ja demokratiaa työelämässä. (Lahtonen 1999: 203-204.) Ryhmätilanteisiin osallistujia kannustettiin lisäksi jatkamaan keskustelua työyksiköissään ja tuomaan seuraaviin tapaamisiin siellä syntyneen keskustelun hedelmiä, sillä Kiviniemi (1999: 64-65, 78) toteaa toimintatutkimuksen olevan luonteeltaan yhteisöllinen prosessi. Työyhteisö pohtii toimintansa perusteita ja samalla pyrkii kehittämään omaa tietoisuuttaan kehitettävästä kohteesta. Jäsenet ottavat joko suoraan tai epäsuorasti osaa tutkimuksen toteuttamiseen. Eri osa-

puolien säännöllisten vuorovaikutusten ja dialogien kautta voidaan syventää yhteisöllistä tulkintaa.

Keskustelun lisäksi aineistoa tuotettiin ensimmäisessä tapaamisessa seinätaulutekniikalla. Menetelmä antaa tilaa myös niille, jotka eivät osallistu keskusteluun. Valitusta aiheesta tuotetaan sovittu määrä asioita, esimerkiksi muistilapuille, jotka ryhmitellään kaikkien nähtäviksi ja jäsentämään yhteistä keskustelua. (Sosiaalivirasto 2011.) Aineistoksi ensimmäisessä tapaamisessa tuli muistilappujen lisäksi yli kuusi liuskaa litteroitua keskustelua. Toisessa tapaamisessa keskustelun lisäksi käytettiin swot-analyysiä. Swot-analyysi tulee sanoista strengths (vahvuudet), weaknesses (heikkoudet), opportunities (mahdollisuudet) ja threats (uhkat). Swot-analyysiä voidaan käyttää välineenä *tässä hetkessä*. Tällöin siihen tuotetaan niitä tietoja, havainnointeja, tulkintoja, uskomuksia, mitä informanteilla sillä hetkellä on. (Honkanen 2006: 410.) Swot-analyysi tunnetaan myös nimellä nelikenttämenetelmä ja sillä voidaan arvioidaan nykyisyyttä sekä tulevaisuudennäkymiä. Nelikenttää voi tehdä pienryhmissä, jonka jälkeen muodostetaan yhteinen näkemys. (Sosiaalivirasto 2011.) Tapaamisessa pienryhmät työskentelivät swot-analyysiä apuna käyttäen ja lopuksi tuotosten pohjalta käytiin ryhmäkeskustelu. Aineistoksi tuli kaksi swot-analyysiä ja yhdeksän liuskaa litteroitua keskustelua. Kolmannessa ryhmätapaamisessa käytettiin aineiston keräämisen menetelmänä keskustelua, jonka tarkoituksena oli saada vahvistusta jo saaduille tuloksille kuvaukseksi asiakaskohtaisen toimintaohjelman monialaisesta laadinnasta. Keskustelua ohjaamaan käytettiin kyselystä ja edellisestä ryhmätapaamisista nousseita heikkouksia ja kuinka ne voidaan voittaa. Lisäksi tarkasteltiin tuloksista muodostettua alustavaa kuvausta asiakaskohtaisen toimintaohjelman laadintakäytännöstä. Aineistoksi tuli viimeisessä tapaamisessa hieman yli 26 liuskaa litteroitua keskustelua.

Tutkimuksen toimintatutkimussykliä toteutumista kuvataan taulukossa 4. Taulukosta käy esille, millä aiemmin kuvattujen aineiston keräämisen menetelmillä vastattiin kunkin kolmeen tutkimuskysymykseen. Lisäksi siitä näkyy, mitä analysointitapoja käytettiin kerättyihin aineistoihin. Taulukon tarkoituksena on kuvata niitä tutkimuksellisen kehittämistyön syklejä, joilla päästiin kuvaukseen monialaisesti laadittavasta asiakaskohtaisesta toimintaohjelmasta.

Taulukko 4. Tutkimuksellisen kehittämistyön eteneminen

Tutkimustehävä	Aineiston keräämisen menetelmä	Osallistujat ja ajankohta	Aineiston analysointi	Tulos/tuotos
Miten asiakas-kohtainen toimintaohjelma laaditaan tällä hetkellä?	Kysely	Sosv:n päivätoimintayksiköiden henkilökunta Maalis-huhtikuu, vastausaikaa 8 arkipäivää	Vastausprosentti, taulukointi sekä induktiivinen sisällönanalyysi avoimista kysymyksistä	Asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisen nykytilan kartoitus ja kehittämisehdotukset
Mitkä ovat asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisen heikkoudet ja vahvuudet ikääntyneen arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tuke- misen suhteen?	Seinätaulutekniikka ja sen pohjalta keskustelu, jonka toivottiin jatkuvan yksiköissä	Valittu 9-henkinen monialainen ryhmä päivätoimintayksiköistä Huhtikuu	Induktiivinen sisällönanalyysi tallenteesta litte- roidusta keskustelusta ja seinätaulutekniikalla tuotetusta materiaalista	Kuvaus, mitkä ovat asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisen heikkoudet ja vahvuudet
Miten asiakas-kohtainen toimintaohjelma laaditaan monialaisesti käytännössä, jotta tuetaan asiakkaan kotona asumista?	SWOT-analyysi ja sen pohjalta keskustelu, jonka toivotaan jatkuvan yksiköissä	Sama valittu 9-henkinen monialainen ryhmä päivätoimintayksiköistä Toukokuu	Induktiivinen sisällönanalyysi tallenteesta litte- roidusta keskustelusta ja SWOT-analyysillä tuotetusta materiaalista	Luonnos kuvauksesta, kuinka asiakaskohtainen toimintaohjelma laaditaan monialaisesti
Kuvauksen reflektointi	Keskustelu	Sama valittu 9-henkinen monialainen ryhmä päivätoimintayksiköistä Toukokuu	Induktiivinen sisällönanalyysi tallenteesta litte- roidusta keskustelusta	Kuvaus monialaisesti asiakaskohtaisen toimintaohjelma laadinnasta

Valituilla menetelmillä pyrittiin pureutumaan yhdessä työntekijöiden kanssa saamaan muutosta arkeen ja ratkaista arjen ongelma. Tuotoksen on tarkoitus helpottaa työtä arjessa ja/tai antaa siihen uusia mahdollisuuksia. Menetelmillä haluttiin osallistuttaa työntekijät jakamaan asiantuntijuuttaan, saada aikaan keskustelua, löytää yhdessä ratkaisuja ja mahdollistaa oman työn kehittäminen.

6.4 Aineiston analysointi

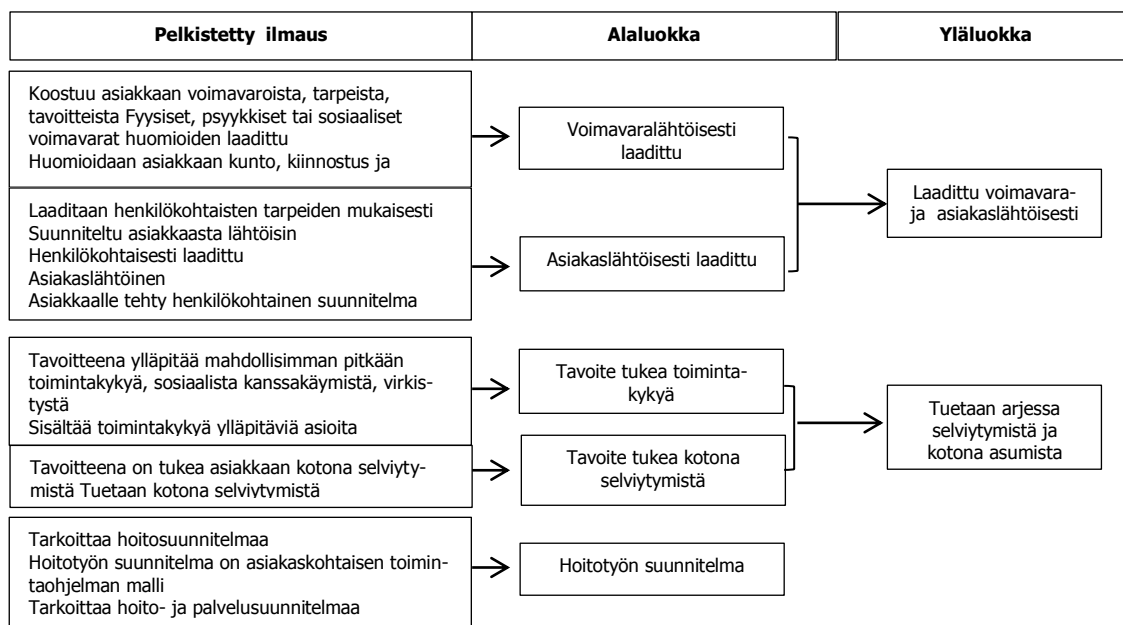
Aineiston analyysi käynnistyi kyselyn tuloksista. Vastauksia palautui yhteensä 47, määräaikaan mennessä 39. Kahdeksan kappaletta palautuneita oli jätettävä huomioimatta, sillä niitä ei ehditty analysoida ohjaamaan ryhmän työskentelyä myöhästyneen palautuksen vuoksi. Vastausprosentiksi saatiin 61%. Kyselylomakkeen tuloksia analysoitiin kuvailevan tilastollisin menetelmin suljettujen kysymysten osalta. Holopainen – Pulkkinen (2002: 46) kuvaavat, että kerätyt tiedot taulukoina ja graafisena kuviona esitettyinä tiivistävät aineiston keskeisiin seikkoihin ja osoittavat faktat aineistosta totuudenmukaisesti. Taulukolla ja graafisella kuvauksella pyrittiinkin tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tulostuksessa helpottamaan määrällisten tuloksien hahmottamista visuaalisesti asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisen nykytilasta.

Käydyt keskustelut ryhmätapaamisissa tallennettiin videolle, josta ne litteroitiin. Litteroinnilla tarkoitetaan tallennetun aineiston puhtaaksi kirjoittamista ja sen voi tehdä valikoiden aineistosta. Litteroinnin tarkkuudesta ei ole yhtä oikeaa sääntöä. (Hirsjärvi – Remes - Sajavaara 2009: 222.) Keskustelusta ei ollut tässä tutkimuksessa tarkoituksenmukaista litteroida keskustelun taukoja, äännähdyksiä, kaikkia täytesanoja tai vuorovaikutussuhteisiin liittyvää toimintaa. Tallennetusta aineistosta litteroitiin ainoastaan ryhmätehtävien pohjalta käytyä keskustelua tuotetun aineiston reflektointiseksi ja saturaaion todentamiseksi. Litteroinnilla saatettiin aineisto luettavaan muotoon analyysin mahdollistamiseksi, keskustelun sisällöstä ja kulusta oltiin kiinnostuneita vain tutkimusongelman ja –kysymysten lähtökohdista.

Kyselyn avoimia kysymyksiä sekä ryhmätilanteiden litteroituja keskusteluja ja ryhmämenetelmin tuotettua aineistoa analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Erilaisten dokumenttien, kuten haastatteluiden, keskusteluiden, lähes mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatetun aineiston, systemaattisena ja objektiivisena käsittelynä voidaan käyttää sisällönanalyysia. Induktiivinen eli aineistolähtöinen sisällönanalyysi on menetelmä, jolla yritetään löytää aineistosta teoreettinen kokonaisuus (Tuomi – Sarajärvi 2009: 95, 103, 108.) Sisällönanalyysissä yritetään löytää siis jonkinlainen toiminnan logiikka, josta pyritään muodostamaan teoreettinen malli. Tätä ohjaavat tutkimusongelma ja –kysymykset. (Vilkkä 2007: 140.) Yhteen kyselyn vastauksista oli lisäksi tarkoituksenmukaista käyttää sisällön erittelyn analyysia. Hirsjärvi ym. (2009: 105-106)

esittävät sisällön erittelyn kuvaavan tekstin sisältöä kvantitatiivisesti. Sisällönanalyysiä voidaan siis myös kvantifioida ja sisällön erittely sopii määrälliseen kuvailuun.

Aineiston alkuperäisilmauksia käytiin läpi etsien yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Tämän jälkeen aineistoa redusoitiin eli pelkistettiin. Pelkistettyä aineistoa klusteroitiin eli ryhmiteltiin. Samaa tarkoittavia ryhmiteltyjä ilmauksia yhdistettiin luokiksi, jotka nimettiin sisältöä kuvaavasti. Aineisto tiivistyi luokittelussa. Abstrahoinnissa eli käsitteellis-
tämässä erotettiin tutkimuksen kannalta oleellinen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 110-111.) Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä käytettiin analyysiyksikkönä lauseen osaa tai ajatuksellista kokonaisuutta, josta aineistoa ryhdyttiin redusoimaan. Suurin osa aineistosta jätettiin alaluokkatasolle, jotta ne olisivat konkreettisempia kuvauksen muodostamiseksi. Näin haluttiin myös mahdollistaa tulosten ymmärrettävyys ja välttää aineiston viemistä liian käsitteelliselle tasolle, jolloin vaarana olisi ollut syntyneen kuvauksen vieraantuminen käytännöstä. Kuviossa 3 on esimerkki induktiivisesta sisällönanalysoinnista kyselyn kysymykseen, mitä asiakas-kohtainen toimintaohjelma vastaajan mielestä tarkoittaa.



Kuvio 3. Esimerkki induktiivisesta sisällönanalyysistä

Uuden teorian muodostamiseksi verrataan alkuperäisaineistoa yleiskäsitteisiin kuvauksen saamiseksi (Tuomi – Sarajärvi 2009: 112). Menetelmillä, jotka valittiin aineiston

analysoimiseen, pyrittiin nostamaan aineistosta esille vastaukset täsmennettyihin tutkimuskysymyksiin sekä ymmärrystä tutkimusongelmaan. Analyysimenetelmillä haluttiin löytää olennainen tieto suhteessa tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoitukseen ja tavoitteeseen. Aineiston analyysitavan valinta mahdollisti kuvauksen aikaan saamisen.

7 Asiakaskohtaisen toimintaohjelman monialainen laadintakäytäntö päivätoiminnassa

Seuraavissa luvuissa esitellään tutkimustulokset kyselytutkimuksesta (N= 64, n= 39) sekä kolmesta ryhmätapaamisesta. Joitakin tuloksia vahvistamaan, selventämään tai antamaan näkökulmia, on tutkija kokenut tarpeelliseksi tuoda teoriaa tulosten rinnalle. Ala- ja yläluokka tasolle analysoituneita tuloksia syventämään on liitetty suoria lainauksia kyselyn vastauksista ja ryhmän informanttien litteroiduista keskusteluista. Tulostukseen on haluttu tuoda perinpohjaisesti kaikki tulokset. Tällä on pyritty siihen, että kaikki päivätoimintayksiköt pystyisivät hyödyntämään tuloksia suhteessa omiin tarpeisiinsa ja kehittämialueisiinsa sekä ymmärtämään monialaisen laadintakäytännön monimuotoisuutta.

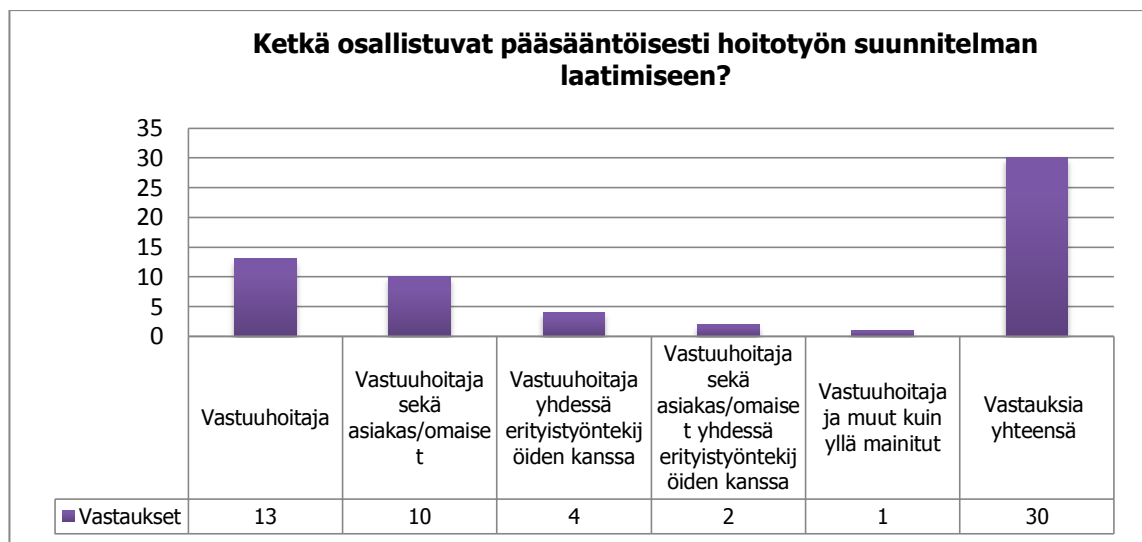
Lisäksi tulosten lukijalle huomioksi, että Terveys Efficacy potilasasiakirjajärjestelmässä on käytössä *hoitotyön suunnitelma*-lomake. Tämän vuoksi kyselylomakkeen kysymyksissä ja vastauksissa esiintyy termi hoitotyön suunnitelma tai hoisu vaikka aiemmin on määritetty hoitotyön suunnitelmaa tarkoittavaksi käsitteeksi teoriaosiossa asiakaskohtainen toimintaohjelma.

7.1 Asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisen nykytila

Kyselyn tulosten valossa hoitotyön suunnitelmia laativat ensisijaisesti vastuuhoidajat ja yhteistyötä kotihoidon kanssa ei juuri ole. Monialaisuus ilmeni lähinnä yhteistyönä asiakkaan ja omaisten kanssa. Monialaista laatimista edistivät yhteistyön erilaiset keinot, työn suunnittelu ja vastuuhoidajuuden korostuminen, tiedottaminen sekä näkemyksen jakaminen asiakkaasta. Monialaista laadintaa heikensivät puolestaan omaisten jaksamisen ja kiinnostuksen vähyys, ongelmat tiedon saannissa ja kulussa, ajan organisoimisen ongelmat, vaativa asiakastyö ja se, etteivät hoitajat tunne toisiaan kotihoidon ja päivätoiminnan välillä. Hoitotyön suunnitelmaa pidettiin tärkeänä välineenä asiakkaan arjen ja kotona asumisen tukemisessa. Se ohjaa toimintaa, kun sen sisältö on tiedossa myös muilla kuin vastuuhoidajalla. Suunnitelmien tavoitteet tulisivat olla realistisia ja niitä pitää myös arvioida. Hoitotyön suunnitelmia tulisi kehittää niin, että niitä käytännössä laadittaisiin ja arvioitaisiin monialaisesti. Kotihoidon ja päivätoiminnan yhteistyö-

tä pitäisi vahvistaa, jotta molempien tukitoimien tavoitteet asiakkaan arjen ja kotona asumisen tukemiseksi olisivat samansuuntaiset.

Vastaajien taustatiedoista kysyttiin vastaajien ammattia. Seuraavat ammattiryhmät olivat edustettuina vastaajista: sairaanhoitaja, lähihoitaja, perushoitaja, kodinhoitaja, fysioterapeutti, kuntahoitaja, toimintaterapeutti, sosiaaliohjaaja ja sosionomi. Lisäksi ammatteina oli käytetty ohjaajaa ja hoitajaa. Sisällönanalyysit kyselyn avoimiin kysymyksiin löytyvät tarkemmin liitteissä 5-11.



Kuvio 4. Vastaukset kysymykseen, ketkä osallistuvat pääsääntöisesti hoitotyön suunnitelman laatimiseen.

Kyselyn ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin, ketkä osallistuvat pääsääntöisesti hoitotyön suunnitelman laatimiseen. Hoitotyön suunnitelman eli asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimiseen osallistuvat ensisijaisesti vastuuhoitajat (kuvio 4). Vastaajista suurin osa, kolmetoista kolmestakymmenestä, laatii hoitotyön suunnitelman ilman asiakasta, omaista tai monialaista tiimiä. Kolmasosa vastaajista laativat hoitotyön suunnitelmia yhdessä asiakkaan tai omaisten kanssa. Vain muutamat käyttivät lisäksi erityistyöntekijöitä, kuten fysio- ja/tai toimintaterapeutteja hoitotyön suunnitelmien laatimisessa. Avoimella kysymyksellä pyrittiin täsmentämään, ketkä muut kuin yllämainitut osallistuvat hoitotyön suunnitelmien laatimiseen. Vastauksia saatiin yhdeksän: kuusi käytti apunaan muita hoitajia ja kolme vastaajista käytti ilmaisuja ”muun tiimin kanssa” tai ”moniammatillisen tiimin kanssa”.

Hoitotyön suunnitelmien laatimista monialaisesti edistivät vastaajien mukaan (n=36) seuraavat tekijät: riittävästi aikaa, asiakkaan tunteminen, omaisten huomioiminen, tietojen saaminen asiakkaasta, pienemmät asiakasmäärät, työn suunnittelu, yhteiset käytännöt, tiedottaminen, monialaisen yhteistyön keinot (yhteistyö monialaisesti, monialaiset palaverit, haastattelut ja keskustelut, tutustumiskäynnit, tilat, papereiden välityksellä viestiminen, puhelinkeskustelut) ja vastuuhoidajuuden korostuminen (vastuuhoidajan aktiivisuus, vastuuhoidajan rooli).

Riittäväällä ajalla tarkoitettiin, että työssä pitäisi varata aikaa monialaiselle yhteistyölle, jotta suunnitelmia voitaisiin tehdä yhdessä. Asiakkaan tuntemisella viitattiin mahdollisuuden tutustua asiakkaaseen hoitotyön suunnitelmaa tehdessä. Omaisten huomioiminen nousi esille niin, että omaisten odotukset ja toiveet on myös otettava huomioon asiakkaan asioita koskevissa suunnitelmissa. Myös johdon toivottiin mahdollistavan toiminnallaan hoitotyön suunnitelmien monialaista laatimista. Räsänen (2011: 183) toteaaakin, että johtamisen vaikutus voi näkyä suoraan tai epäsuoraan ikääntyneen asiakkaan elämänlaatuun. Esimerkiksi ajantasaisina hoito- ja palvelusuunnitelmina, lisäksi toiminta- ja laatulähtöisessä johtamisessa huomioidaan moniammatillinen työ. (Räsänen 2011: 182-183.)

Tietojen saaminen asiakkaasta koettiin edistävänä tekijänä siten, että asiakkaaseen tutustutaan paremmin yhteisen keskustelun kautta. Esimerkiksi asiakkaan elämänkaaresta, tavoista ja luonteesta saadaan tietoa täyttämällä elämäntietokorttia. Myös omaisilla on tietoa asiakkaan arjesta, aktiivisuudesta, tarpeista ja tottumuksista. Vastauksissa tuli esille, että mahdollisimman laaja-alainen näkemys asiakkaan toimintakyvystä, mieltymyksistä ja tavoista edesauttaa kuntoutumisen tukemista.

Pienemmät asiakasmäärät edistäisivät vastaajien mielestä hoitotyön suunnitelmien laatimista asiakkaan ja monialaisen tiimin kanssa. Työn suunnittelu sekä yhteiset käytännöt edistävät myös monialaista laadintaa. Tiedottamista päivätoiminnan tarkoituksesta vastaajat halusivat suunnata omaisille ja kotihoitoon. Tiedottamisen kautta edistettäisiin yhteydenpitoa.

Monialaisen yhteistyön erilaisiksi keinoiksi nousivat vastauksissa esille hoitotyön suunnitelmien käsitteleminen yhteisesti sovituissa monialaisissa palavereissa. Lisäksi haastat-

telut ja keskustelut omaisten, kotihoidon ja asiakkaan kanssa voivat toteutua myös puhelimitse. Tutustumiskäynneillä saataisiin sovituksi yhteisiä tavoitteita monialaisesti asiakkaan arjessa selviytymisen tukemisesta. Päivätoiminnan sanallisessa kuvauksessa käyttöaste-prosessista on Helsingin kaupungilla otettu kantaa asiakkaan tutustumiskäynteihin. Toivotaan, että vastuuhoitaja kutsuu asiakkaan tutustumaan päivätoimintayksikköön. Tutustumiskäynnille kutsutaan asiakkaan lisäksi omainen, kotihoidon vastuuhoitaja tai muu asiakkaan hyvin tunteva henkilö. (Päivätoiminnan koordinoitiryhmä 2011.)

Kotihoidon kansio ja muu papereiden vaihtaminen mahdollistaisivat viestimisen papereiden välityksellä. Vastauksissa monialaisella yhteistyöllä tarkoitettiin hyvää ja tiivistä yhteistyötä omaisten, kotihoidon sekä eri ammattiryhmien kanssa. Monialaisen hoitotyön suunnitelmien laatimista edistäväksi tekijäksi nousi vastuuhoitajuuden korostuminen, jolla tarkoitettiin vastuuhoitajan aktiivisuutta ja roolia. Eräs vastaajista kirjoitti vastuuhoitajuudesta näin:

”Vastuuhoitaja on avainasemassa tässä hoitoprosessissa”

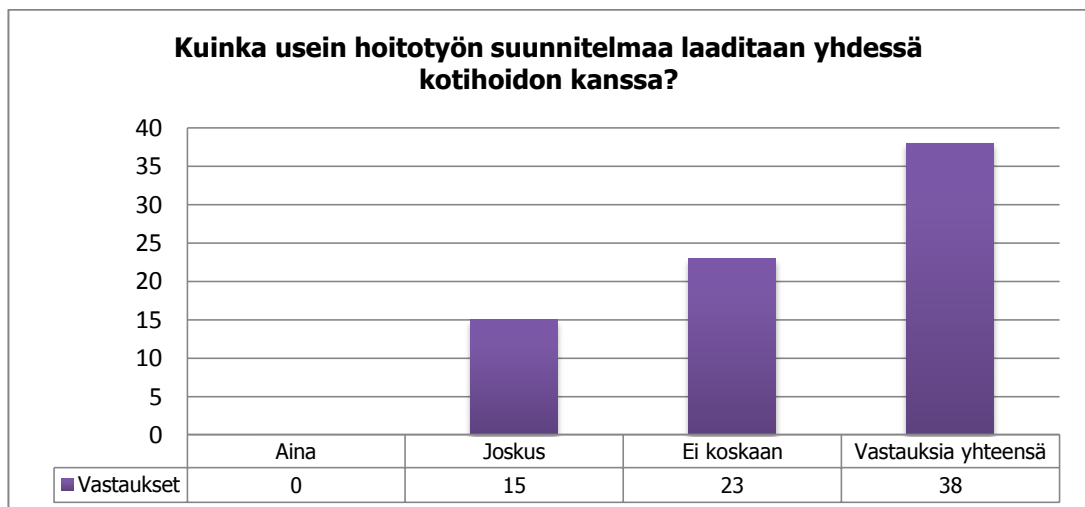
Estävät tekijät hoitotyön suunnitelman laatimisessa yhdessä asiakkaan, omaisten ja monialaisen tiimin kanssa ovat vastaajien (n=37) mukaan: ajan heikko organisoiminen (aikataulujen yhteensovittaminen, ajan puute, kiire, tavoitettavuus), ongelmat tiedon saannissa ja kulussa, asiakastyön vaativuus (suuri asiakasmäärä, asiakastyö, asiakkaan muistisairaus), työtilat, omaisten jaksamisen ja kiinnostuksen vähyyys (omaiset väsyneitä, omaiset ei läsnä), vaikeudet yhteistyössä sekä tahto.

Vastaajien mielestä ajan heikko organisoiminen on hoitotyön suunnitelmien monialaista laatimista estävänä tekijänä. Ajan organisoimiseen sisältyi vaikeuksia aikataulujen yhteensovittamisessa, ajan puutetta, kiirettä sekä ongelmia tavoitettavuudessa. Vastaajat kokivat, että yhteistä aikaa on vaikea löytää tai sitä on hankala järjestää. Koettiin myös, että aikaa ei ole tarpeeksi keskittyä monialaiseen työhön tai siihen ei ole varattu aikaa. Kiireet päivätoiminnan arjessa ja kotihoidossa estävät hoitotyön suunnitelmien laatimista monialaisesti, samoin se ettei kaikkia asianomaisia saada tavoitetuksi. Vastaajat kokivat ongelmia tiedon saannissa ja kulussa. Vastauksissa nousi esille, ettei tietoa saada riittävästi tai asioita piilotellaan. Tieto kulkee heikosti ja myös yhteydenpito on huonoa. Monialaista laadintaa heikentää myös asiakastyön vaativuus. Tällä vas-

taajat tarkoittivat suuria asiakasmääriä, jolloin vastuuhoidajalla on liian paljon vastuuasiakkaita. Lisäksi hoitotyön suunnitelmien laadintaan käytetty aika on pois varsinaisesta asiakastyöstä. Muistisairaalta asiakkaalta adekvaatin tiedon saamista pidettiin haasteellisena. Omaisten jaksamisen ja kiinnostuksen vähyys hoitotyön suunnitelmia kohtaan koettiin estävänä tekijänä monialaiselle laadinnalle. Omaiset ovat joko väsyneitä tai eivät ole arjessa läsnä. Hoitotyön suunnitelmien merkitystään ei aina ymmärretä.

Työtilojen erillään oleminen estää hoitotyön suunnitelmien laatimista monialaisesti. Yhteistyössäkin voi esiintyä vaikeuksia, jos esimerkiksi tiimi ei osaa toimia yhdessä. Kyse saattaa olla myös tahdosta, kuten eräs vastaaja kirjoitti:

”Periaatteessa ei ole estettä”



Kuvio 5. Kuinka usein hoitotyön suunnitelmaa laaditaan yhdessä kotihoidon kanssa?

Kolmannessa suljetussa kysymyksessä kysyttiin kuinka usein hoitotyön suunnitelmia laaditaan yhdessä kotihoidon kanssa. Suurin osa vastanneista (kuvio 5) ei laadi koskaan hoitotyön suunnitelmia yhdessä kotihoidon kanssa. Viisitoista kolmestakymmenestä kahdeksasta on joskus laatinut hoitotyön suunnitelmia yhdessä kotihoidon kanssa.

Hoitotyön suunnitelmien laatimista yhdessä kotihoidon kanssa edistivät vastaajien (n=36) mukaan: vastuuhoidajuus (vastuuhoidajan aktiivisuus, nimetty vastuuhoidaja sekä sitoutunut vastuuhoidaja kotihoidossa), yhteistyö (hyvä ja tiivis yhteistyö, yhteistyö tukee asiakasta), yhteistyön erilaiset keinot (yhteiset palaverit ja tapaamiset, tutustumiskäynneillä haastattelu, keskustelut, puhelinkeskustelut sekä papereiden välityksellä

viestiminen) ja kommunikointi (tiedonkulku, tiedottaminen sekä toisten tunteminen). Lisäksi edistäviä tekijöitä olivat näkemyksen jakaminen asiakkaasta (yhteiset tavoitteet, kotihoito tuntee asiakkaan sekä hyväksyvä asenne), resurssit (aikaa yhteistyölle, henkilökunnan lisääminen sekä tilat), henkilökunnan pysyvyys kotihoidossa sekä asiakasmäärän vähentäminen.

Vastuuhoitajuudella haluttiin korostaa vastuuhoidajien omaa aktiivisuutta niin päivätoiminnassa kuin kotihoidossakin, jotta hoitotyön suunnitelmien laatiminen yhdessä onnistuisi. Asiakkaalla tulee olla selkeästi nimetty vastuuhoidaja. Yhteistyöhön pitää olla sekä halua että aktiivisuutta. Yhteistyö nähtiin edistävän asiakkaan kokonaisvaltaista hoitoa. Yhteistyön erilaisiksi keinoiksi nostettiin esille yhteiset ja säännölliset tapaamiset sekä tapaamisten ehdottamiset. Kotihoidon haluttiin osallistuvan asiakkaan tutustumiskäynnille sekä tulohaastatteluun. Muina yhteistyön keinoina nähtiin keskustelut yhteisestä asiakkaasta, mitkä voi toteuttaa joko puhelimitse tai viestimällä papereiden välityksellä. Esimerkiksi kotihoidon kansiota voi käyttää myös tiedon saamiseksi ja vaihtamiseksi.

Kommunikointi edistäisi vastaajien mukaan yhteistyötä kotihoidon kanssa. Tiedonkulun ja tiedottamisen haluttiinkin parantuvan. Ajantasaiset tiedot vastuuhoidajista tulisi olla tiedossa niin päivätoiminnassa kuin kotihoidossakin. Yhteiset tavoitteet yhteisellä asiakkaalla tai ainakin samansuuntaiset tavoitteet koettiin vastauksissa tärkeiksi. Kotihoidon tuntemusta asiakkaasta arvostettiin, sillä vastauksista tuli esille, että kotihoito tuntee asiakkaan. Lisäksi toivottiin hyväksyvää asennetta eli työn tarpeellisuuden arvostamista molemmin puolin. Yhteisillä tavoitteilla, kotihoidon tuntemuksella ja hyväksyvällä asenteella mahdollistettaisiin näkemyksen jakamista asiakkaasta. Myös henkilökunnan pysyvyys kotihoidossa sekä asiakasmäärän vähentäminen koettiin vastauksissa edistävinä tekijöinä hoitotyön suunnitelmien laatimiseksi yhdessä. Olisi hyvä jos kotihoidossa olisi samat hoitajat, joiden kanssa tehtäisiin yhteistyötä.

Resursseilla, jotka koettiin edistävänä tekijöinä hoitotyön suunnitelmien laatimiseksi yhdessä, tarkoitettiin aikaa yhteistyölle, henkilökunnan lisäämistä sekä yhteistyötä mahdollistavia tiloja. Aikaa yhteistyölle piti vastauksissa sisällään kiireettömyyttä työssä ja ajan saamista hoitotyön suunnitelmien tekemistä varten. Henkilökuntaa tarvittaisiin lisää, jotta monialainen laadinta onnistuisi. Henkilökunnan tarvetta onkin arvioitu Helsingin kaupungin Sosiaaliviraston vanhusten vastuualueen henkilöstösuunnitelmassa

2008-2017. Henkilöstösuunnitelma pyrkii henkilöstötarpeiden määrälliseen sekä laadulliseen suunnitteluun, niin että ennakoitaisiin henkilöstön määrällinen vaihtuvuus ja mahdolliset rakennemuutokset. Henkilöstön osaamisen uudet haasteet ja osaamisvaatimukset otetaan huomioon henkilöstösuunnitelmassa. Työryhmä esittää vanhusten päivätoiminnan riittäväksi mitoitukseksi 0,30. (Kivelä - Laakoli - Meyer - Paulig - Rantonen 2008: 15-16, 19.) Mitoituksella tarkoitetaan henkilökunnan määrän suhteuttamista asiakasmäärään. Mitoitus vaihteli päivätoimintayksiköissä vuonna 2010 0,25-0,48 välillä. (Sosiaalivirasto 2010b.) Räsänen (2011: 172) totesi väitöksessään, ettei henkilöstömitoitus takaa ikääntyneelle asiakkaalle hyvää elämänlaatua. Hyvä elämän- ja hoidonlaatu mahdollistuu niukemmallaakin henkilöstömäärällä. Johdon pitää kuitenkin taata riittävät aineelliset ja aineettomat resurssit.

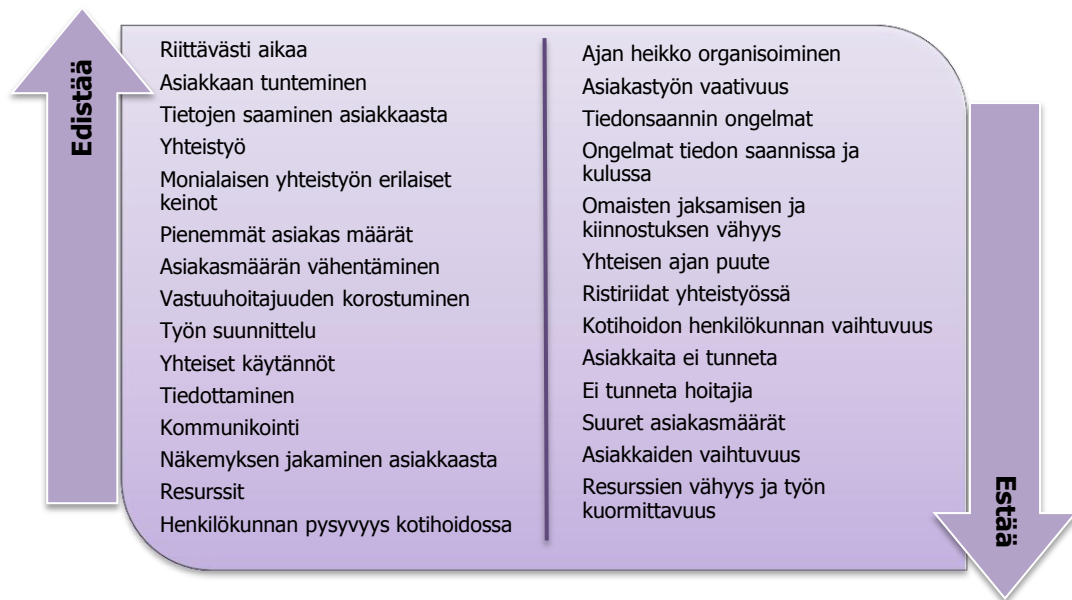
Hoitotyön suunnitelmien laatimista yhdessä kotihoidon kanssa estävät vastaajien (n=38) mukaan seuraavat tekijät: Yhteisen ajan puute (hankala järjestää yhteisiä tapaamisia, vaikea löytää yhteistä aikaa, ei olisi aikaa asiakastyölle sekä kiire), ristiriidat yhteistyössä (suhtaudutaan väheksyvästi ja yhteistyöhön ei ole halua), sekä tiedonsaannin ongelmat (eri potilasasiakirjajärjestelmä sekä ongelmat tiedonkulussa ja yhteydenpidossa). Estäviä tekijöitä olivat myös: kotihoidon henkilökunnan vaihtuvuus, ei tunneta asiakkaita, ei tunneta hoitajia, suuret asiakasmäärät, asiakkaiden vaihtuvuus sekä resurssien vähyys ja työn kuormittavuus.

Vastauksista nousi esille, ettei yhteistä aikaa löydy hoitotyön suunnitelmien tekemiseksi. Tapaamisia on vaikea järjestää ja aika olisi pois varsinaiselta asiakastyöltä. Myöskin kiire työssä estää yhteisesti laadittavia hoitotyön suunnitelmien tekemistä. Yhteistyössä koettiin myös ristiriitoja, kuten päivätoimintaan ja sen työntekijöihin suhtaudutaan väheksyvästi kotihoidon taholta ja ettei halua yhteistyöhön ole. Vastajaat kokivat myös, ettei kotihoito tiedä tarpeeksi päivätoiminnasta. Lisäksi todettiin, että kaikki katsovat asioita vain omasta näkökulmastaan. Tiedonsaannin ongelmat estävät osaltaan hoitotyön suunnitelmien tekemistä yhdessä, etenkin erilainen potilasasiakirjajärjestelmä. Vastajaat kokivat myös, että yhteydenpito on heikkoa kotihoidon kanssa ja tiedonkulussa on ongelmia. Kotihoidon henkilökunnan vaihtuvuuden vuoksi on yhteistyötä hoitotyön suunnitelmien jatkuvuudeksi hankala ylläpitää. Vaihtuvuus aiheuttaa myös, ettei asiakkaita tunneta tai hoitotyön suunnitelmia tulee tekemään henkilö, joka ei ole hoitosuhteessa asiakkaaseen. Suuret asiakasmäärät ja asiakkaiden vaihtuvuus estävät

myös yhteistyötä hoitotyön suunnitelmien laatimiseksi. Kun asiakkaita vaihtuu kerralla paljon, lisää se suunnitelmien laatimisen määrää, mikä puolestaan lisää kiirettä. Vastajat kantoivat myös huolta kotihoidon resurssien vähyydestä ja työn kuormittavuudesta, kuten eräs vastaaja kirjoitti:

”Kohon resurssit pienet. Työn kuormittavuus estää yhteisiä tapaamisia”

Kuviossa 6 on yhteenveto niistä seikoista, jotka edistävät tai estävät hoitotyön suunnitelman laatimista monialaisesti yhdessä asiakkaan, omaisten, monialaisen tiimin ja kotihoidon kanssa.



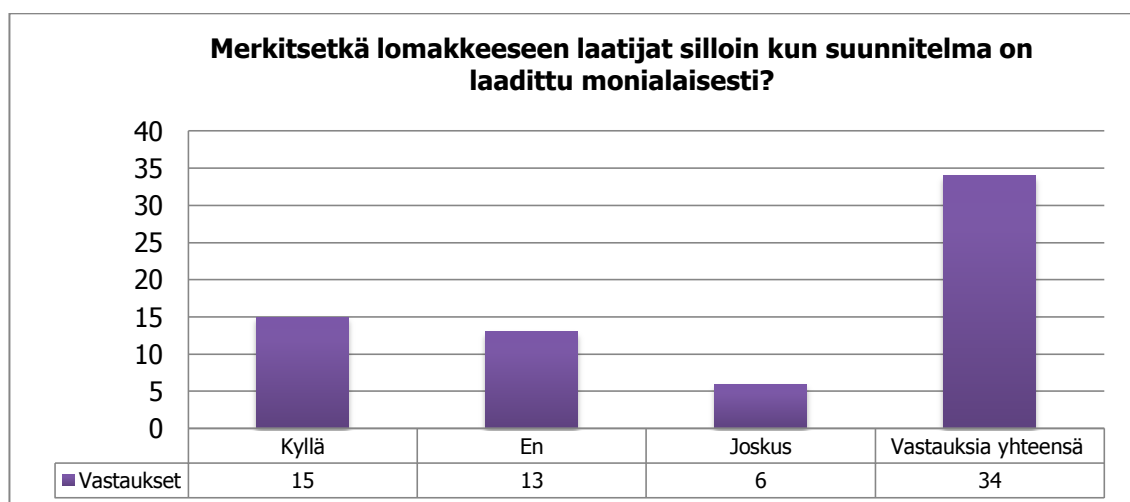
Kuvio 6. Edistävät ja estävät tekijät monialaiselle hoitotyön suunnitelman laadinnalle

Kirjaamisoppaassa hoitotyön suunnitelman laadinnan ohjeistuksessa puhutaan yhteistyöstä asiakkaan omaisten kanssa. Päivätoiminnan henkilökunnalta haluttiinkin kysyä, keitä he pitävät asiakkaan omaisina.

Taulukko 5. Ketkä voivat omaisena osallistua hoitotyön suunnitelman laadintaan

Asiakaskohtaisen toimintaohjelman laadintaan voi omaisena osallistua	Frekvenssi (n= 39)
Asiakas	2
Puoliso (avo-, avio-, omaishoitajapuoliso)	21
Omaishoitaja	9
Lapset/lapsenlapset	20
Sisar	2
Omaiset (lähiomaiset)	13
Muu sukulainen	1
Päivittäin tai säännöllisesti tekemisissä asiakkaan kanssa oleva henkilö	15
Ystävä, naapuri tai muu läheinen tuttu	10
Asiakkaan hoitoon osallistuvat	5
Henkilö, jolle voi antaa tietoja	1
Ei vastattu	1

Suurin osa vastaajista piti omaisena puolisoa tai lapsia (taulukko 5). Puolisolla voitiin tarkoittaa avo-, avio- tai omaishoitajapuolisoa. Kolmetoista vastaajaa ei osannut eritellä, ketkä voivat olla omaisia, vaan vastattiin ”omainen” tai ”lähiomainen”. Viisitoista vastaajaa nosti esille, että hoitotyön suunnitelman laatimiseen tulee osallistua henkilö, joka on päivittäin tai säännöllisesti tekemisissä asiakkaan kanssa. Kymmenen vastaajaa pitivät omaisena myös asiakkaan ystävää, naapuria, läheistä tuttua ja omaishoitajaa.



Kuvio 7. Vastaukset kysymykseen, merkitsetkö lomakkeeseen laatijat silloin, kun suunnitelma on laadittu monialaisesti?

Vastaajilta kysyttiin myös hoitotyön suunnitelmien laadinnan teknisestä suorituksesta, näkykö se konkreettisesti lomakkeella, kun hoitotyön suunnitelma on laadittu monialaisesti? Kirjaamisoppaassa ohjataan merkitsemään asiakkaan hoitotyön suunnitelma -

lomakkeelle sille varattuun kohtaan kaikkien niiden henkilöiden nimet ja tittelit, jotka ovat osallistuneet hoitotyön suunnitelman laadintaan (Dahlberg ym. 2011: 28). Suurin osa vastanneista (kuvio 7) merkitsi hoitotyön suunnitelma-lomakkeeseen, kun se on laadittu monialaisesti. Vaikka suunnitelma olisi monialaisesti laadittu, jättää sen kuitenkin yli kolmannes vastaajista merkitsemättä. Portin suoritti vuosien 2010 ja 2011 aikana Helsingin kaupungin vanhusten päivätoimintayksiköissä kirjaamisen auditoinnin. Käydessään läpi kaksisataaviisikymmentäyhdeksän asiakirjaa, oli niistä kuusikymmentäyksi (24%) merkitty tehdyksi monialaisesti. (Portin: 2011.)

Seuraavat asiat nousivat vastauksissa (n= 37) esille missä määrin ja miten hoitotyön suunnitelmat ohjaavat asiakkaan arjessa selviytymisen tukemista: tärkeä tuki asiakkaan arjessa selviytymiseksi (hoitotyön suunnitelma tukee asiakkaan arjessa selviytymistä, hoitotyön suunnitelma nähdään tärkeänä), laaditaan tarve- ja voimavaralähtöisesti (laaditaan asiakkaan tarpeista, laaditaan voimavaralähtöisesti) ja on toiminnan ohjaaja (ohjaa toimintaa, jos tiedossa muilla, ohjaa toimintaa). Hoitotyön suunnitelma antaa tietoa ja toimii arvioinnin välineenä. Lisäksi esille tuli myös, että hoitotyön suunnitelma ohjaa arjessa vähän, ei tunneta muiden hoitotyön suunnitelmia, suunnitelmat ovat yleisellä tasolla ja suunnitelmien realistisuus.

Hoitotyön suunnitelma nähtiin vastauksissa tärkeänä tukena asiakkaan arjessa selviytymiseksi. Tällä tarkoitettiin, että suunnitelma on perusta asiakkaan arjessa selviytymisen tukemiselle ja kuten eräs vastaaja kirjoitti:

"Antaa viitekehysten, mitä tulisi tukea ja harjoittaa, jotta se siirtyisi asiakkaan kotiin ja tukisi arjessa selviytymistä"

Lisäksi hoitotyön suunnitelma nähtiin tärkeänä, esimerkiksi asiakkaan arkea tukevana sekä suunnan antajana ja laadunvarmistajana. Eräs vastaaja oli tätä mieltä hoitotyön suunnitelmasta:

"Näen sen hoitotyössä melkein raamattuna"

Hoitotyön suunnitelmien laatiminen tarve- ja voimavaralähtöisesti sisälsi vastaajien ajatuksia siitä, että laadinnalla pyritään vastaamaan asiakkaan tarpeisiin sekä huomiomaan asiakkaan voimavarat. Hoitotyön suunnitelma on siten myös toiminnan ohjaaja.

Se kuitenkin ohjaa toimintaa, jos suunnitelmien sisältö on tiedossa muullakin henkilökunnalla. Esimerkiksi uusi työntekijä näkee suunnitelmasta asiakkaan tarvitseman tuen. Työntekijöidenkin pitää tietää muiden kuin omien vastuuasiakkaittensa hoitotyön suunnitelmien sisällöt voidakseen pitää sovitusta suunnitelmasta kiinni. Monialaisesti laadittuna hoitotyön suunnitelma on tiedossa kaikilla. Se, että hoitotyön suunnitelma ohjaa toimintaa, edellytti vastauksissa, että pyritään toimimaan suunnitelmien mukaisesti, sillä suunnitelmista käy ilmi millä keinoilla ja toimintatavoilla asiakasta tuetaan. Hoitotyön suunnitelmista löytyvät ne asiat, joihin kiinnitetään tarkempaa huomiota. Joissakin vastauksissa tuotiin kuitenkin esille myös sitä, että hoitotyön suunnitelma ohjaa arjessa vähän, koska niitä vaikea toteuttaa arjessa suuren asiakasmäärän vuoksi ja päivän ohjelmaa ei suunnitella hoitotyön suunnitelmien pohjalta.

Hoitotyön suunnitelmista ajateltiin, että ne antavat tietoa, etenkin jos asiakas ei itse pysty kertomaan tai asiakasta ei tunneta. Suunnitelmissa tulisi siis näkyä ydinasiat. Toisaalta ei ole aikaa lukea muiden hoitotyön suunnitelmia tai niihin tutustuminen on jäänyt vähäiseksi. Vastauksissa tuotiin esille myös, että suunnitelmat ovat yleisellä tasolla. Tavoitteet ovat asiakkaille enemmänkin yhteistavoitteita. Tavoitteet antavat kyllä suuntaa, mutta eivät ole yksityiskohtaisia. Suunnitelmien realismilla vastaajat tarkoittivatkin, että suunnitelmien tulee olla realistisia, arjen tilanteisiin ja sitä tukemaan sopivia. Vastauksissa mietittiin myös päivätoiminnan roolia asiakkaan arjen tukemisessa, kun asiakas käy kerran viikossa. Hoitotyön suunnitelmat toimivat myös arvioinnin välineenä ja suunnitelmia päivitetään tarpeen mukaan, jos tilanne muuttuu. Sen avulla voidaan myös tarkentaa hoidon jatkuvuutta. Eräs vastaaja kirjoitti näin hoitotyön suunnitelmasta:

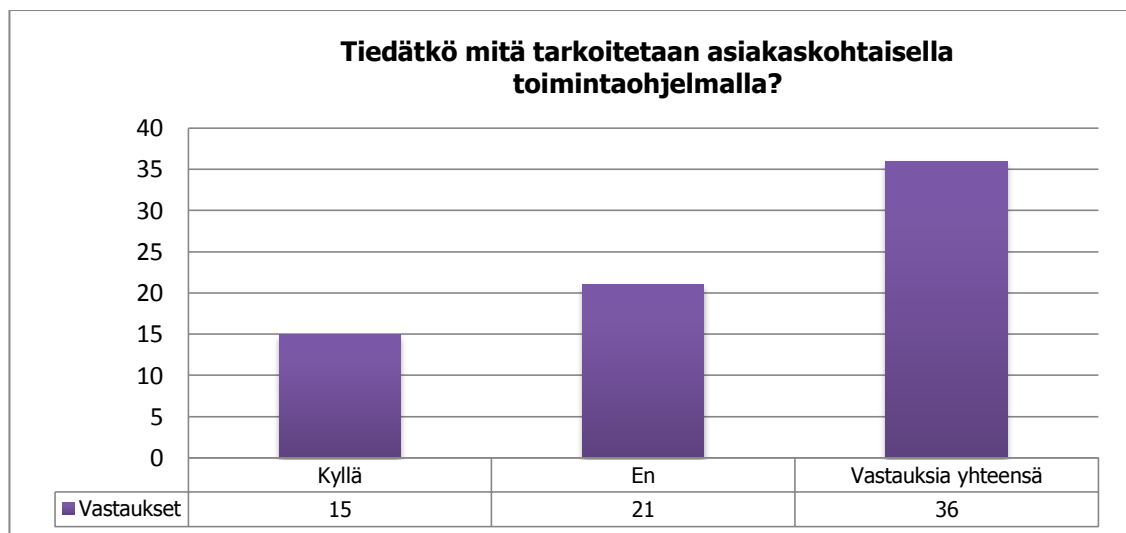
”Mikäli se on laadittu monialaisesti, kaikki pitävät suunnitelmasta kiinni ja toteuttavat sitä, myös arvioivat”

Kuviossa 8 esitellään miten hoitotyön suunnitelma ohjaa arjessa asiakkaan selviytymisen tukemista ja mikä nousi kyselyn vastauksista hoitotyön suunnitelmien arjessa ohjaamisen heikentäväksi tekijäksi.



Kuvio 8. Miten hoitotyön suunnitelma ohjaa asiakkaan arjessa selviytymisen tukemista.

Hoitotyön suunnitelman voidaan ajatella olevan asiakaskohtainen toimintaohjelma. Suurin osa vastaajista (n= 36) ilmoitti, etteivät tiedä, mitä asiakaskohtaisella toiminta ohjelmalla tarkoitetaan (kuvio 9).



Kuvio 9. Vastaukset kysymykseen, tiedätkö mitä tarkoitetaan asiakaskohtaisella toimintaohjelmalla?

Asiakaskohtainen toimintaohjelman ajateltiin tarkoittavan vastaajien (n= 16) mukaan seuraavia asioita: laadittu voimavara- ja asiakaslähtöisesti (voimavara- lähtöisesti laadittu ja asiakaslähtöisesti laadittu), arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemista

(tavoite tukea toimintakykyä ja tavoite tukea kotona selviytymistä), hoitotyön suunnitelmaa, ohjaa toimintaa, yksilöllisyyttä ryhmätoiminnoissa, asiakkaan tukemista, monialaisesti laadittu, yksilöllistä toimintaa, yksilöllistä suunnitelmaa ja, että se kattaa palvelut.

Osa vastasi asiakaskohtaisen toimintaohjelman tarkoittavan hoitotyön suunnitelmaa. Sen ajateltiin myös tarkoittavan yksilöllistä suunnitelmaa. Se ohjaa toimintaa eli yksilöllistä toimintaa järjestetään asiakkaan tarpeiden mukaan ja toiminta on yksilöllistä. Asiakaskohtainen toimintaohjelma laaditaan vastaajien mukaan voimavara- ja asiakaslähtöisesti, siinä huomioidaan asiakkaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat. Sekä asiakkaan kiinnostus, tarpeet ja tavoitteet. Asiakaskohtaisen toimintaohjelman tavoitteena on tukea toimintakykyä ja asiakkaan kotona selviytymistä. Asiakaskohtainen toimintaohjelma mahdollistaa yksilöllisyyden ryhmätoiminnoissa ja pienryhmissä huomioidaan asiakkaiden yksilölliset tarpeet. Vastaajien mukaan asiakaskohtainen toimintaohjelma tukee asiakasta ja sen avulla voidaan vaikuttaa myönteisesti asiakkaan elämäntilanteeseen. Siitä löytyvät juuri ne asiat, joissa asiakas tarvitsee apua ja tukea. Asiakaskohtainen toimintaohjelma on laadittu monialaisesti yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Asiakaskohtainen toimintaohjelma kattaa palvelut eli siitä käy ilmi ne palvelut, joita asiakas saa.

Vastaaja, joka vastasi tietävänsä mitä tarkoittaa asiakaskohtainen toimintaohjelma, kertoi sen tarkoittavan seuraavaa:

”Hoitosuunnitelma, jonka tavoitteena on tukea asiakkaan kotona selviytymistä”

Vastaaja, joka vastasi ettei tiennyt mitä asiakaskohtainen toimintaohjelma tarkoittaa, vastasi näin:

”Asiakkaalle tehty henkilökohtainen suunnitelma, joka sisältää hänen toimintakykyä ylläpitäviä asioita esim. arkiset askareet, liikkuminen. Ohjatut toiminnot, jota asiakas esim. toteuttaa päivätoiminnassa/kotona”

Kehittämisehdotuksia miten hoitotyön suunnitelman laatimista pitäisi kehittää vastaajien (n= 25) mielestä: Hoitotyön suunnitelmalle vaihtoehto, yhteistyössä kotihoidon kanssa, kohti yhteistä hoitotyön suunnitelmaa, aikaa laatimiseen, laaditaan monialaisesti, arvioidaan monialaisesti, koulutukselle tarvetta, esitellään tiimille, tehostetaan

tiedonkulkua ja ajankäytön tehostamista. Osassa vastauksissa todettiin myös, ettei ole tarvetta kehittämislle kuten eräs vastaaja kirjoitti:

”Nykyinen käytäntö riittävä päivätoiminnan taloissa”

Vastausten mukaan hoitotyön suunnitelmien monialaista laatimista ja arvioimista toivottiin. Asiakaskohtaista toimintaohjelmaa pitäisi laatia yhdessä monialaisen tiimin ja asiakkaan kanssa sekä arvioida sitä säännöllisesti. Valmiit hoitotyön suunnitelmat pitäisi esitellä tiimille. Lisäksi toivottiin hoitotyön suunnitelmien laatimista yhteistyössä kotihoidon kanssa, jotta päivätoiminnan ja kotihoidon tavoitteet asiakkaan arjen tukemisesta olisivat samansuuntaiset. Tämä voisi tarkoittaa, että mentäisiin kohti yhteistä hoitotyön suunnitelmaa. Vastaajien mielestä tarvitaan aikaa, mikä tukisi hoitotyön suunnitelmien laatimista. Toisaalta vastauksista nousi esille, että suunnitelmien laatiminen yhdessä säästäisi aikaa, kuten yksi informanteista totesi:

”Uskon, että se säästäisi myös kaikkien työaikaa, kun joka yksikössä ei tehtäisi suunnitelmia erikseen ja päällekkäisiä hoidon arviointeja.”

Monialainen hoitotyön suunnitelmien laadinta tehostaisi vastaajien mukaan tiedonkulkua, josta eräs informantti kirjoitti vastauksessaan näin:

”Se pitäisi laatia ehdottomasti monialaisesti... Käytäntö parantaisi tiedonkulkua eri tahojen välillä.”

Koulutukseen koettiin tarvetta. Toivottiin perehdytystä, yksilöllistä ohjausta sekä vinkkejä ja tukea hoitotyön suunnitelman laatimiseksi.

7.2 Asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisen heikkoudet ja vahvuudet ikääntyneen arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemisessa

Ryhmä antoi asiakaskohtaiselle toimintaohjelmalle lyhenteen **ASTO**. Jatkossa käytetään tätä lyhennettä tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksia esiteltäessä. Ryhmän ensimmäisen tapaamisen tulokset tiivistyivät seuraavasti: ASTO:n laatiminen ei tue ikääntyneen arjessa selviytymistä ja kotona asumista, jos asetetut tavoitteet eivät tue asiakasta. Tavoitteiden tulee myös olla kotihoidon kanssa samansuuntaisia, jos ASTO:lla

halutaan tukea ikääntynyttä asiakasta. Laadintaa heikentää myös monialaisen osaamisen hyödyntämättömyys. ASTO:n laatimisella voidaan tukea ikääntyneen arjessa selviytymistä ja kotona asumista, kun tiedonkulku vahvistuu monialaisuudella, tavoitteet ovat käytännönläheisiä ja realistisia sekä tavoitteiden toteutumista on arvioitu monialaisesti. ASTO:n laadintaan tarvitaankin opastusta.

Asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisen heikkoudet (liite 12) ikääntyneen arjessa selviytymisen ja kotona asumisen suhteen: tavoitteet eivät tue asiakasta (tavoitteet eivät ole toteutettavissa, tavoitteet eivät ole samansuuntaisia kotihoidon kanssa), ongelmat tiedonkulussa ja monialaisen osaamisen hyödyntäminen on vähäistä.

Ryhmä kantoi huolta, etteivät tavoitteet tue asiakasta. Joskus tavoitteet eivät ole toteutettavissa, millä informantit tarkoittivat, että tavoitteet voivat olla ”liian hienoja”, jolloin ne jäävät kauas kotona asumisen tukemisesta tai tavoitteet ovat yleisellä tasolla. Yksi informantti ilmaisi tavoitteista näin:

”Sitten heikkouksiin mietittiin tällästä, että ne suunnitelmat voi jäädä liian yleiselle tasolle et kaikilla toistuu niitä samoja mitä on sitten helppo pyörittää siellä arjessa et se yksilöllisyys unohtuu.”

Tavoitteet eivät ole kotihoidon kanssa samansuuntaisia, minkä informantit kokivat kotona asumista heikentävänä tekijänä. Yhteisistä tavoitteista päivätoiminnan ja kotihoidon kanssa ei keskustella usein ja ryhmäläiset kokivat jopa ristiriitoja päivätoiminnan ja kotihoidon tavoitteissa asiakkaan arjen tukemiseksi. ASTO:n laatimiseen löytyy tietoja kotihoidon vihreästä kansiosta, mutta se ei ole aina asiakkailla mukana. Päivätoiminnan määritelmässä sekä sisällössä otetaan kantaa siihen, että henkilökunnalla päivätoiminnassa on käytettävissä asiakkaaseen liittyvät tiedot asiakkaan mukana kulkevasta kotihoidonkansiosta (Sosiaalivirasto 2007: 2). Ryhmä huomasi myös, että ASTO:n laatimisessa monialaisen osaamisen hyödyntäminen on ollut vähäistä. Kaikkia ammattiryhmiä ei ole huomattu tai osattu käyttää ASTO:n laatimisessa. Ryhmä totesi myös, ettei ASTO:n arvioinninkaan yhteydessä olla osattu hyödyntää monialaisuutta.

Vahvuudet ASTO:n laatimisessa ikääntyneen arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemisen suhteen olivat (liite 12): tiedonkulun ja asiakkaan arjessa selviytymisen vahvistuminen monialaisuudella (monialainen työskentely tukee asiakkaan arjessa selviy-

tymistä ja omaishoitajilla tietoa asiakkaan toimintakyvystä), ASTO:n laadinnan alkaminen monialaisesti ennen päivätoiminnan aloitusta, asiakkaiden arvioiminen monialaisesti sekä realistiset ja käytännönläheiset tavoitteet toiminnan ja asiakkaan toimintakyvyn tukena.

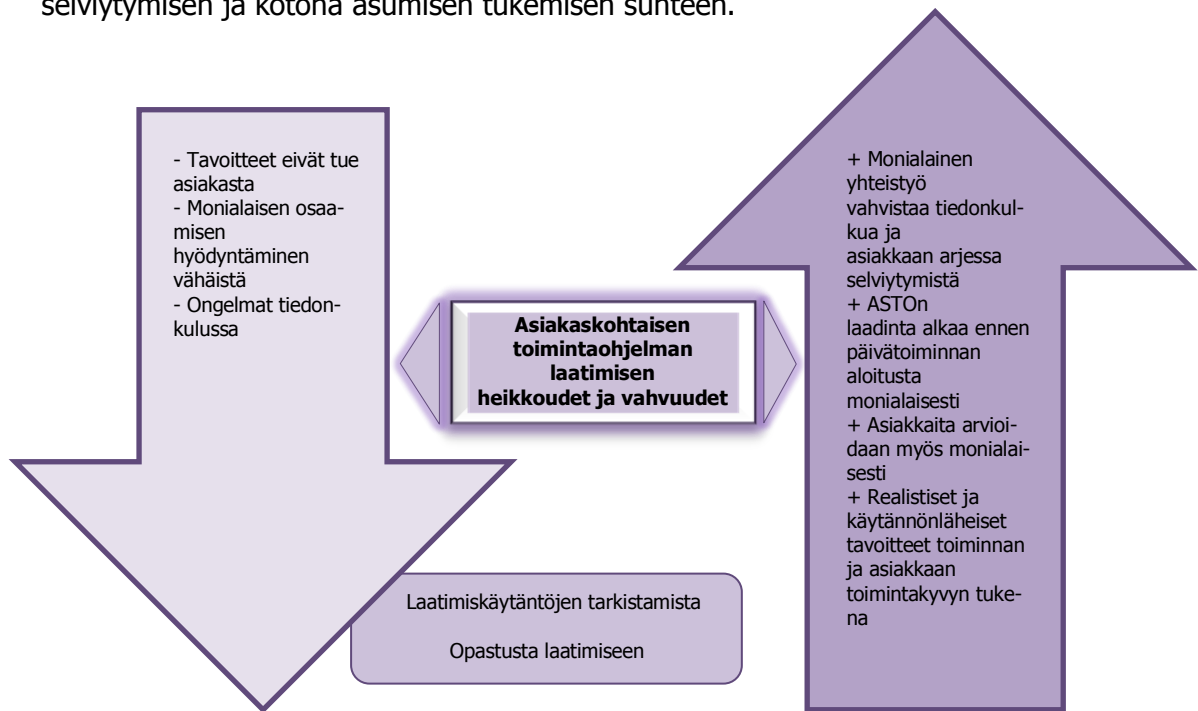
Ryhmä totesi monialaisen työskentelyn tuovan paljon näkökulmia asiakkaan tukemiseksi. Monialainen yhteistyö vahvistaa tiedonkulkua ja asiakkaan arjessa selviytymistä, kun monialaisen työskentelyn kautta jokainen tiimin jäsen tietää mistä on keskusteltu. Ryhmä huomioi yhdeksi tärkeäksi jäseneksi monialaiseen tiimiin omaishoitajat, sillä heillä on tietoa asiakkaan toimintakyvystä. Tieto omaishoitajilta auttaa ASTO:n laatimisessa asiakkaan arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemiseksi. Yhteydenpitoa omaishoitajiin pidettiin tärkeänä. Päivätoiminnan määritelmään sekä sisältöön on kirjattuna vastuuhoidajan tehtäviin kuuluvan yhteydenpito omaisiin ja muihin yhteistyötahoihin säännöllisesti (Sosiaalivirasto 2007: 2). ASTO:n laadinta alkaa ennen päivätoiminnan aloitusta monialaisesti, kun asiakkaan tutustumiskäynnille tulevat mukaan asiakkaan lisäksi omainen ja kotihoito. Ryhmä totesi myös, että ASTO:n laadinta monialaisesti mahdollistaisi myös sen, että asiakkaita arvioidaan monialaisesti.

Onnistuessaan ASTO:n laadinnan vahvuutena syntyvät realistiset ja käytännönläheiset tavoitteet toiminnan ja asiakkaan toimintakyvyn tukemiseksi, kuten eräs informantti ilmaisi:

"...käytännön tavoitteet tukevat toimintakykyä eli tässä oli ajatuksena niiku se että ne pitäis olla tarpeeksi pieniä ja käytännönläheisiä ne tavoitteet ehkä sitä kautta se toimii siinä arjessakin parhaiten ja sitä kautta siitä on sitten hyvin hyötyä."

Ryhmä totesi ASTO:n laadinnan heikkouksia ja vahvuuksia pohtiessaan, että laatimisen käytäntöjä on tarkistettava ja että laatiminen vaatii opastusta. Laatimisen käytäntöjä on tarkistettava, sillä ASTO:a laaditaan vanhalla rutiinilla. ASTO:a voidaan arvioida tai päivittää myös muulloinkin kuin määräajan päättyessä. Kirjaamisoppaassa ohjeistetaan, että päivätoiminnassa ASTO:a arvioidaan kuuden kuukauden välein tai asiakkaan toimintakyvyn/tilanteen oleellisesti muuttuessa (Dahlberg ym. 2011: 28). Ryhmä toivoikin laatimiseen opastusta. He kokivat epävarmuutta laatimisessa ja tarvetta olisi perehdytykseen.

Kuviossa 10 esitellään ASTO:n laatimisen heikkoudet ja vahvuudet ikääntyneen arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemisen suhteen.



Kuvio 10. ASTO:n laatimisen heikkoudet ja vahvuudet ikääntyneen arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemisen suhteen

Ryhmä keskusteli lisäksi vastuuhoidajien nimeämisen erilaisista käytännöistä päivätoimintayksiköistä. Käytäntöinä oli: vastuuhoidajalta ensimmäinen yhteydenotto, ensimmäiset tiedot asiakkaasta ottanut tulee vastuuhoidajaksi tai vastuuhoidaja ottaa asiakkaan vastaan käyntien alkaessa. Tällä oli ryhmän mielestä merkitystä siinä milloin ja kuka pystyy aloittamaan ASTO:n laatimisen. Vastuuhoidajan nimeämisen ajankohta voisi olla heikkoutena tai vahvuutena ASTO:n laadinnan aloituksessa. Ryhmä koki myös tärkeänä yhteistyön lisäämisen kotihoidon kanssa asiakkaan arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemiseksi. Ryhmä halusi suunnata ajatukset kohti yhteistä ASTO:a eli yhteistyötä kotihoidon kanssa on vahvistettava asiakkaan kotona asumisen tukemiseksi. Yhteisen ASTO:n puute nähtiin heikkoutena, kuten eräs ryhmäläinen tiivistä:

”Et ei oo välttämättä kotihoidon kanssa niitä yhteisiä tavoitteita. Tossa aikasemmin puhuttiin siitä, että oisko sitten ehkä tulevaisuudessa hyvä et ois se yks suunnitelma mitä kaikki sitten niiku toteuttaa”

7.3 Asiakaskohtaisen toimintaohjelman laadinta käytännössä monialaisesti

Ryhmän toisessa tapaamisessa swot- analyysia apuna käyttäen informantit pohtivat miten asiakaskohtainen toimintaohjelma *käytännössä* laaditaan monialaisesti, jotta se tukee ikääntyneen arjessa selviytymistä ja kotona asumista (liite 13). Saatuihin tuloksiin on integroituneena sekä nykyisiä käytänteitä että tulevaisuudessa mahdollisia käytänteitä. Koettiin, että tarvitaan monialaista sitoutumista asiakkaan arjen tukemiseksi. Monialaiset (asiakas, omainen, kotihoito) tutustumiskäynnit ennen päivätoiminnan aloitusta luovat pohjan ASTO:n laadinnalle. ASTO:n laadintaa tukee myös sallivat palaverikäytännöt ja se on työvälineenä henkilökunnalle yhteinen. Tulevaisuudessa ASTO:n laadintaa käytännössä vahvistaa valmistautuminen ja sitoutuminen tapaamisiin. Monialaisista tapaamisista pitäisi saada rutiinia. Monialaisuus mahdollistaisi tuoreempia ja laajempia näkökulmia ikääntyneestä asiakkaasta. Tarvetta olisi myös monialaisesti päivätoiminnan näkökulmista laaditulle haastattelulomakkeelle asiakkaan arjessa selviytymisen kartoittamiseksi. Heikkouksia ja uhkia ASTO:n laadinnalle käytännössä olivat ajan puute, se ettei ASTO:n laadintaan osallistujat aina tunne asiakasta ja tiedonkulkua heikentää erillinen potilasasiakirjajärjestelmä päivätoiminnan ja kotihoidon välillä. Lisäksi organisaatioiden välillä tehdään päällekkäistä työtä, päivätoimintayksiköissä resurssit ovat erilaiset ja tiedottamisesta huolimatta ASTO:n merkitys saattaa olla omaisille vähäistä. Haluttiin myös korostaa, että ASTO:n laatimiselle ei ole vaihtoehtoa, sillä laki edellyttää sitä.

Käytännön vahvuudet, miten ASTO:a laaditaan monialaisesti: monialaisilla tutustumiskäynneillä pohja ASTO:lle (monialaiset tutustumiskäynnit, tutustumiskäynnillä ASTO:n laadinnan aloitus), sallivat palaverikäytännöt, laki edellyttää laadintaa, työvälineenä yhteinen ja henkilökunnan pysyvyys asiakkaan arjen tukena. Tutustumiskäynneistä kokemusta oli yhdellä ryhmäläisellä. Kokemukset asiakkaan, omaisen ja kotihoidon osallistumisesta tutustumiskäynnille olivat hyviä ja samalla pystyttiin rakentamaan pohja ASTO:lle, kuten ryhmäläinen totesi:

"... Mä en näe mitään muuta keinoa, et me päästään alkuun jos meillä on kerran yhteinen asiakas ja yhteinen tavoite."

Sallivat palaverikäytännöt auttavat ASTO:n laatimista, sillä pienilläkin tiedonvaihoilla pystytään kokoamaan monialainen tieto kokonaisuudeksi. Laki edellyttää ASTO:n laatimista ja ryhmä koki tämän vahvuutena arjessa, kenelläkään ei ole vaihtoehtoja laadinnasta. Lisäksi ASTO on työväliseen yhteinen, sillä kaikissa päivätoimintayksiköissä on käytössä samat kirjalliset ohjeet ja sama sähköinen potilasasiakirjajärjestelmä. Ryhmän mielestä käytäntöä vahvistaa myös henkilökunnan pysyvyys. Se tukee asiakkaan arkea niin, että henkilökunta pystyy havainnoimaan asiakasta pidemmältä ajankaksolta. Ryhmäläisten kokema henkilökunnan pysyvyys päivätoiminnassa osoittautui oikeaksi. Päivätoiminnassa henkilökunnan vaihtuvuus vuosina 2005-2006 oli 0. Vaihtuvuudella tarkoitettiin eronneita, eläkkeelle tai työkyvyttömyyseläkkeelle jääneitä tai muuta syytä. (Kivelä ym. 2008: 17.)

Käytännön heikkoudet ASTO:n laadinnassa monialaisesti: ajan puute (arki vie aikaa, vaikea löytää aikaa kotihoidon kanssa), ASTO:n laadintaan osallistujat eivät tunne asiakasta, päivätoiminnalta puuttuu asiakkaan haastattelulomake, erityistyöntekijät eivät ole aina läsnä ja erillinen potilasasiakirjajärjestelmä heikentää tiedonkulkua.

Ajan puute heikentää käytännössä ASTO:n laatimista monialaisesti. Arki vie aikaa ja on vaikea löytää yhteistä aikaa kotihoidon kanssa, jossa vuorotyö hankaloittaa entisestään vastuuhuoltajien tapaamisia. Käytännön laadintaa heikentää, etteivät siihen osallistujat tunne asiakasta. Ryhmäläiset toivat esille tilanteita, joissa asiakkaan asioista keskusteltaessa ei toinen osapuoli ole asiakkaan vastuuhuoltaja tai hoitosuhteessa asiakkaaseen. Päivätoiminnalta puuttuu lisäksi asiakkaan haastattelulomake, jota voisi käyttää apuna asiakkaaseen tutustumisessa ja tietojen saamiseksi. Valmiita lomakkeita on saatavilla, mutta ne eivät ole päivätoiminnan näkökulmista suunniteltuja tai vastaa päivätoiminnan tarpeisiin. Monialaista laadintaa käytännössä heikentää myös se, etteivät erityistyöntekijät (fysio- ja toimintaterapeutit) ole aina läsnä, kun ASTO:a laaditaan. Osassa yksiköistä ei ole mahdollisuutta käyttää apuna erityistyöntekijöitä. Myös erillinen potilasasiakirjajärjestelmä heikentää tiedonkulkua päivätoiminnan ja kotihoidon välillä.

Käytännön mahdollisuudet, miten ASTO laaditaan monialaisesti: tapaamisiin sitoudutaan ja valmistaudutaan (sitoutuminen tapaamisiin, valmistautuminen, selkeät roolit), tiedotetaan ja tehdään monialaista yhteistyötä (tiedottamista omaisille, yhteistyötä monialaisesti), laaditaan oma haastattelulomake, monialaisista tapaamisista tehdään

rutiinia, mahdollistetaan monialaisesti tuoreemmat ja laajemmat näkökulmat, monialaiset kotikäynnit ja yhteinen potilasasiakirjajärjestelmä.

Ryhmä korosti, että monialaista laatimista vahvistaa käytännössä sitoutuminen tapaamiseen, niihin valmistautuminen ja että jokaisella on tiedossa selkeä rooli. ASTO tarvitsee laadintakäytännön vahvistamiseksi tiedottamista ja monialaista yhteistyötä. Monialainen yhteistyö haluttiin ulottaa päivätoiminnan rajojen ulkopuolelle, niin kotihoitoon kuin asiakkaiden omaisiin. Omaisten osallistuminen ASTO:n laatimiseen tarvitsee tulevaisuudessa ryhmäläisten mielestä tiedottamista, kuten eräs ryhmäläinen totesi:

"...olis myös tärkeää että tämä omainen sais riittävästi tietoa siitä, että miksi tämä (ASTO) olisi syytä tehdä."

Päivätoiminnan näkökulmasta räätälöity oma haastattelulomake mahdollistaisi tulevaisuudessa ryhmän mielestä parempaa ja tarkempaa tietoa asiakkaan arjessa selviytymisestä ja kotona asumisesta. Eräs ryhmäläinen totesi seuraavasti haastattelulomakkeesta:

"...olisi hyvä olla tämä kaavake, mitä siis tällä hetkellä ei ole, mutta jossa kerätäisiin nämä olennaiset tiedot, niin että siinä kysyttäis myös nimenomaan siitä asiakkaan kotona pärjäämisestä..."

Ryhmäläiset toivoivat, että monialaisista tapaamisista saataisiin rutiinia. Tapaamisten sisältyminen työtehtäviin voisi ryhmän mielestä edesauttaa rutiinien syntymistä. Tapaamisiin toivottiin tukea myös johdon tasolta. Monialaisesti laadittavilla ASTO:illa ryhmä uskoi saavansa tuoreempia ja laajempia näkökulmia asiakkaan arjessa selviytymisestä ja kotona asumisen tukemisesta. Monialaisista kotikäynneistä, joita on tehty vasta vähän, oli hyviä kokemuksia ja niitä toivottiin lisää. Ryhmä uskoi myös, että tulevaisuudessa päivätoiminnalla ja kotihoidolla olisi yhteinen potilasasiakirjajärjestelmä tiedonkulkua ja – saantia helpottamassa.

Tulevaisuuden uhat, jotka estävät käytännössä ASTO:n monialaista laatimista: erilaiset resurssit, omaiset eivät ymmärrä ASTO:n merkitystä, ei ole yhteistä aikaa, valmistautumattomuus tapaamisissa, päällekkäinen työ organisaatioiden välillä, ei hallita mittarinen käyttöä ja monialaisen työskentelyn jatkuvuus.

Ryhmäläiset totesivat, että kaikissa päivätoiminta yksiköissä ei ole erityistyöntekijöitä, mikä antaa ASTO:n monialaiselle laitimiselle erilaiset resurssit. Omaisilla ei aina ole motivaatiota tai ymmärrystä ASTO:n laitimisen merkityksestä tiedottamisesta huolimatta, joten ASTO:n merkitys omaisille saattaa jäädä vähäiseksi. Vaikka yhteistyötä ja tiedottamista tehostettaisiin, voidaan edelleen tehdä päällekkäistä työtä organisaatioiden välillä. Esimerkiksi tekemällä kotikäyntejä kotihoidon tai perusterveydenhuollon ja päivätoiminnan erityistyöntekijöiden toimesta ilman, että tiedetään toistemme kotikäynneistä. Mittareista ryhmä nosti esille RAVA-mittarin, jonka olla myös apuna ASTO:n laitimisessa. Ryhmä kantoi huolta, että ei hallita mittarien käyttöä, josta ryhmäläinen totesi siitä näin:

“...et jos sitä RAVA: a käytetään osana siinä ASTO:ssa, et se et niitä pitää osata lukea. Et missä se on tehty ja mitä se kertoo.”

Huolta kannettiin myös monialaisen työskentelyn jatkuvuudesta. Eräs ryhmäläinen ilmaisi asian seuraavasti monialaisesta laitimisesta:

“Et se tavallaan se monialaisuus pitäis ulottuu sen koko matkan ajan päivittämisen ja arvioinnin osalta.”

Kuviossa 11 esitellään swot-analyysin tulokset siitä, miten käytännössä ASTO laaditaan monialaisesti, jotta se tukee ikääntyneen arjessa selviytymistä ja kotona asumista.

<p>Vahvuudet (nykyisyys)</p> <p>Monialaisilla tutustumiskäynneillä pohja ASTOLle (monialaiset tutustumiskäynnit ja tutustumiskäynneillä ASTO:n laadinnan aloitus)</p> <p>Sallivat palaverikäytännöt</p> <p>Laki edellyttää</p> <p>Työvälineenä yhteinen</p> <p>Henkilökunnan pysyvyys asiakkaan arjen tukena</p>	<p>Heikkoudet (nykyisyys)</p> <p>Ajan puute (arki vie aikaa ja vaikea löytää aikaa kotihoidon kanssa)</p> <p>ASTO:n laadintaan osallistujat eivät tunne asiakasta</p> <p>Päivätoiminnalta puuttuu asiakkaan haastattelulomake</p> <p>Eriytyistyöntekijät eivät aina läsnä</p> <p>Erillinen potilastasiakirjajärjestelmä heikentää tiedonkulkua</p>
<p>Miten asiakaskohtainen toimintaohjelma laaditaan monialaisesti käytännössä, jotta se tukee ikääntyneen arjessa selviytymistä ja kotona asumista?</p>	
<p>Mahdollisuudet (tulevaisuus)</p> <p>Tapaamisiin sitoudutaan ja valmistaudutaan (sitouminen tapaamisiin sekä valmistautuminen ja selkeät roolit)</p> <p>Oma haastattelulomake</p> <p>Monialaisista tapaamisista rutiinia</p> <p>Yhteinen potilastasiakirjajärjestelmä</p> <p>Resurssien pysyvyys taattava</p> <p>Monialaisesti tuoremmat ja laajemmat näkökulmat</p> <p>Monialaiset kotikäynnit</p>	<p>Uhat (tulevaisuus)</p> <p>Resurssit eriarvoistavat päivätoimintayksiköitä</p> <p>Omaisat eivät ymmärrä aston merkitystä</p> <p>Ei ole yhteistä aikaa</p> <p>Valmistautumattomuus tapaamisissa</p> <p>Päällekkäinen työ organisaatioiden välillä</p> <p>Mittareiden käytön hallinta</p> <p>Monialaisen työskentelyn jatkuvuus</p>

Kuvio 11. swot-analyysi, miten asiakaskohtainen toimintaohjelma laaditaan käytännössä

Ryhmä toi keskustelussa myös muita asioita esille, jotka eivät sijoittuneet swot-analyysiin. Ne kuitenkin ovat merkityksellisiä ASTO:n monialaisen laadintakäytännön kannalta: tutustumiskäynti luottamuksellisen suhteen ja käyntien aloituksen pohjana (tutustumiskäynti helpottaa käyntien aloitusta, vastuuhoidajuus korostuu asiakkaalle), monialaisesti suunnitellulla haastattelulomake kartoitetaan arjessa selviytymistä (monialaisesti suunniteltu haastattelulomake, arjesta tietoa sopivalla lomakkeella) ja monialainen sitoutuminen tukee asiakkaan arkea (vastuuhoidajan rooli asiakkaan arjessa, monialainen sitoutuminen).

Ryhmä halusi vielä täsmentää toivomusta päivätoiminnalle omasta haastattelulomakkeesta. Ryhmä totesi, että monialaisesti suunniteltu haastattelulomake toisi laajemmin arvokasta tietoa asiakkaan arjesta päivätoiminnan tarpeisiin ja poistaisi eri ammattiryhmien tekemää päällekkäistä työtä. Ryhmäläiset kokivat, että tutustumiskäynti on luottamuksellisen suhteen ja käyntien aloituksen pohjana. Tutustumiskäynti helpottaa käyntien aloitusta, sillä paikka jossa päivä pitäisi viettää, on jo tullut hieman tutuksi ja tämä ryhmän mielestä madalsi kynnystä käyntien aloittamiseksi. Samalla luodaan suhdetta myös tulevan vastuuhoidajan ja asiakkaan välillä, jonka toivottavana vaikutuksena olisi, että vastuuhoidajuus korostuu asiakkaalle. Vastuuhoidajan rooli asiakkaan arjessa koettiin merkittäväksi, mutta sen lisäksi tarvitaan myös monialaista sitoutumista asiakkaan arjen tukemiseksi, josta eräs ryhmäläinen kommentoi näin:

"...jokainenhan joutuu ottamaan sen vastuun itse itsestään ja omasta sitoutumisestaan, mut jos sitä nyt mietitään ihan sillä et kuka ottaa vastuun, kuka laittaa sen liikkeelle, niin ehkä se on se vastuuhoidaja."

7.4 Vahvistusta ja täsmennystä asiakaskohtaisen toimintaohjelma laadintakäytännön tuloksiin

Kolmannessa ryhmätapaamisessa ryhmän tehtävänä oli vahvistaa tai muuttaa jo saatuja tuloksia tai lisätä niihin täsmennyksiä (liite 14). Kuviossa 12 esitellään vahvistetut ja täsmennetyt tulokset asiakaskohtaisen toimintaohjelman monialaisen laadintakäytännön liittyvistä tekijöistä. Keskeisimmiksi tuloksiksi vahvistuivat ja täsmentyivät, että vastuu tiedonkulusta on jokaisen omalla aktiivisuudella. Vastuuhoidajuuden merkitystä korostettiin edelleen niin, että vastuuhoidaja huolehtii ASTO:n tarpeenmukaisesta mo-

monialaisesta laadinnasta ja arvioinnista. Monimuotoiset keinot yhteistyön vahvistamiseksi täsmentyivät viestivihkon käyttämisellä, erilaisten tapaamisten järjestämisellä kotihoiton kanssa ja sillä, että yhteistyön tärkeyden ymmärtäminen mahdollistaa yhteistyötä. Ajan hallinnan keinoiksi nousivat suunnitelmallisuus ja vuosikellon käyttö. Lisäksi monialainen ASTO:n laadinta voi toteutua eri aikoina, itse asiassa ASTO on läsnä kaiken aikaa. Monialainen asiantuntijuus mahdollistaa ikääntyneen asiakkaan äänen kuulumisen ja näkemyksen jakamisen asiakkaan arjesta.

Jaetaan monialaista näkemystä asiakkaan arjesta		Yhteinen tavoite kotihoidolla ja päivätoiminnalla		Kuka ja millä välinein?
Keinoja monialaisen yhteistyön mahdollistamiseksi	Monialaisen yhteistyön tärkeyden jakaminen yhteistyön mahdollistajana			Monialainen asiantuntijuus: asiakas, omainen, päivätoiminnan henkilökunta ja kotihoito
	Erilaiset keinot mahdollistavat tapaamisia kotihoiton kanssa			Vastuuhoitaja huolehtii tarpeenmukaisen monialaisen laadinnan sekä arvioinnin toteutumisesta
	Erityistyöntekijäresurssien lisääminen monialaisen yhteistyön helpottamiseksi			
	Viestivihko yhteistyön välineenä kodin ja päivätoiminnan välillä			
	Kotikäyntien ja ASTO:n perusteluna omaisten arjen helpottaminen			
Miten järjestetään aikaa monialaisen ASTO:n laadinnalle?				
Monialainen laadinta voi toteutua eri aikoina				
ASTOjen esittely tiimille sopivimpaan aikaan				
Arjesta tunnistetaan ajan syömärit				
Suunnitelmallisuus mahdollistaa aikaa yhteistyölle				
Vuosikello ajankäytön ja suunnittelun apuvälineeksi vastuuhoitajalle				
Monialainen ASTO läsnä kaiken aikaa				
Monialaisesti laadittu ASTO antaa asiakkaasta kattavamman kuvan ja mahdollistaa asiakkaan tuntemisen monialaisesti		Asiakkaan ääni kuuluville monialaisella asiantuntijuus-		Kotihoidon asiantuntijuudella kohti hoitotyön suunnitelmien harmonisointia asiakkaan kotona asumisen tukemiseksi
				Koulutuksista ja auditoinneista tukea kirjaamiseen
				Vastuu tiedonkuluksella omalla aktiivisuudella

Kuvio 12. Asiakaskohtaisen toimintaohjelman monialaiseen laadintakäytäntöön liittyviä tekijöitä

Ryhmän mukaan kaikkien asiakkaiden hoitotyön suunnitelmat pitäisi tuntea ja niihin pitäisi voida tuoda myös omaa näkemystä asiakkaasta. Tämä onnistuisi, jos ASTO:t esittelään tiimille sopivimpaan aikaan, esimerkiksi kun asiakkaat lähteneet tai ennen kuin asiakkaan saapuvat. Ryhmän mielestä monialainen laadinta voi siis toteutua eri aikoina. ASTO:a voidaan laatia eri aikaa asiakkaan ja tiimin kanssa tai samaan aikaan asiakkaan ja tiimin kanssa. Ryhmä halusikin tuoda esille, että erilaiset ajankohdat asiakkaan asioiden käsittelylle riippuu yksikköön muodostuneista tavoista. Ei ole yhtä oi-

keaa tapaa sille, miten ASTO:a laaditaan monialaisesti, vaan sitä voidaan rakentaa pienissä osissa. Eräs ryhmäläinen kommentoi näin eri aikoina tehtyä monialaista ASTO:a:

”Tulee siinä se näkökulma, vaikka ne on ihan eri aikoina.”

Ryhmän mukaan vastuuhoitaja huolehtii ASTO:n tarpeenmukaisesta monialaisen laadinnan sekä arvioinnin toteutumisesta. Tämä tarkoitti, että vastuuhoitaja on avainasemassa monialaisessa laadinnassa. Vastuuhoitajan ammattitaidolla on suuri merkitys siihen, keiden asiantuntijuutta tarvitaan kunkin asiakkaan kohdalla. Vastuuhoitajalla ajateltiin olevan näkemystä ja kykyä havainnoida, kenen ammattitaitoa tarvitaan asiakkaan arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemiseksi. Lisäksi vastuuhoitaja vastaa myös monialaisen arvioinnin toteutumisesta. Niin laadinnassa kuin arvioinnissakin pitää ottaa useita näkökulmia huomioon. Vastuuhoitajien roolista sanottiin näin:

”...siinä mun mielestä tulee se hoitohenkilökunnan ammattitaito esiin. He sitten valitsee sieltä ne mihin meidän ammattipanosta tarvitaan, koska kaikkiinhan ei tarvita. Et he pystyy nappaa ne, et täs olis semmonen että jos kattosit.”

Ryhmän mielestä tiedonsaanti omaisilta on vaikeaa. Ryhmä koki, että omaiset eivät osaa jakaa tietoa tai he luulevat kyselemistä utelemiseksi. Omaisten informoiminen koettiin tärkeäksi, jotta pystyttäisiin jakamaan ymmärrystä ASTO:n laatimisen tarkoituksesta ja merkityksestä. Omaisten informoimisen keinoiksi nousivat info- ja omaistenillat sekä tiedottamista ASTO:n tarkoituksesta. Myös viestivihko päivätoiminnan ja omaisten välillä koettiin hyväksi tavaksi viestiä asiakkaan pärjäämisestä eri toimintaympäristöissä. Viestivihko helpottaa yhteistyötä ja madaltaa kynnystä yhteydenottoon. Kotikäyntien ja ASTO:n laatimisen perusteluina omaisille voi ryhmän mielestä käyttää sitä, että niillä pyritään helpottamaan omaisten arkea. Päivätoiminnalla tuetaan asiakkaan lisäksi myös omaishoidettavien jaksamista.

Yhteistyöstä kotihoidon kanssa monialaisen ASTO:n laadinnaksi nousi seuraavia ajatuksia: erilaiset keinot mahdollistavat tapaamisia kotihoidon kanssa. Tällaisia ovat kotihoidon tapaamisia tiimeittäin, alueittain tai yhdessä alueen sosiaalityöntekijän kanssa, jolloin kokoonkutsujana on ollut sosiaalityöntekijä. Avointen ovien päivästä kotihoidolle oli hyviäkin kokemuksia yhteistyön aloittamiseksi. Ryhmä toi esille, että yhteistyö tarvitsee tukea etenkin johdon suunnalta. Johdon tulisi jakaa sama ymmärrys yhteistyön tärkeydestä ja mahdollistaa sille keinoja arjessa. Ryhmä jakoi kokemuksia, että yhteis-

työ mahdollistuu paremmin, jos suunnitellaan ja sovitaan tapaamisia pidemmälle aikavälille. Toisin sanoen suunnitelmallisuus mahdollistaa aikaa yhteistyölle. Ryhmän mielestä yhteistyön syntyemisessä ja jatkumisessa on jokaisella vastuu tiedonkulusta omalla aktiivisuudella. Lisäksi tarvitaan sinnikkyyttä, kuten eräs ryhmäläinen sanoi:

”Mutta tietysti sitten siinä semmosta sinnikkyyttä vaatii, ettei se ensimmäisellä kerralla välttämättä tuota tulosta, niin kutsu vaan uudelleen niin jos sieltä joku sitten tulis.”

Ryhmän mukaan ASTO:n monialaista laadintaa vahvistivat koulutukset ja kirjaamisen auditoinnit. Kirjaamiskoulutuksiin toivottiin vertaistukea ja tapauskertomuksia. Auditointi koettiin kirjaamisen suunnannäyttäjänä. Ryhmä toi esille, että kirjaamisia voisi verrata eri yksiköiden ja omien kollegoiden kanssa. Vertaistuki ja ammatillinen keskustelu voisi mahdollistaa yhteneväistä suuntaa kirjaamisissa. Ehdotettiin myös case-tyylistä tapaa käydä kirjauksia läpi. Ryhmäläiset jakoivatkin kokemuksia kevään 2011 aikana saaduista kirjaamisen auditoinnin tuloksista. Niiden avulla osattiin kiinnittää huomiota kirjaamisen vahvuuksiin ja kehittämisalueisiin.

Ryhmän mielestä arjesta pitää tunnistaan ajan syömärit. Tämä piti sisällään ajatuksia, että valmistautumattomuus ASTO:n laadintaan vie aikaa. Yhteisiä hetkiä ASTO:n laadinnaksi tulee kunnioittaa. Samoin erillinen potilasasiakirjajärjestelmä vie aikaa päällekkäisen kirjaamisen vuoksi, mikä koettiin turhauttavana. Esimerkiksi jos lääkelista on jo sähköisessä muodossa olemassa kotihoidossa, joudutaan se kuitenkin uudelleen kirjaamaan erillisten potilasasiakirjajärjestelmien vuoksi päivätoiminnassa.

Ryhmä alkoikin kehittää ajanhallinnan välinettä ASTO:n laadinnan mahdollistamiseksi. Esiin nousi seuraava ajatus vuosikellosta ajankäytön ja suunnittelun apuvälineenä vastuuhoidajalle. Arjen kiirettä voisi yrittää hallita ja työtehtäviä organisoida vuosikellon avulla, jolloin voitaisiin käyttää vuosikelloa ajanhallinnan välineenä. Siihen merkittäisiin tehtäviä koko vuodelle, josta ne näkisi helpommin kuin kalenterista. Tulevia tehtäviä voisi siis ennakoida paremmin. Käytännössä vastuuhoidaja tekisi omista vastuusasiakkaistaan vuosikellon, josta kävisi ilmi arviointien ajankohdat, jolloin kirjallisten töiden kasautumista voitaisiin estää. Vuosikello toimisi vastuuhoidajan ajan hallinnan välineenä myös muille vuoden aikana tuleville tehtäville.

Monialainen asiantuntijuus tarkoitti ryhmän mielestä asiakasta, omaista, päivätoiminnan henkilökuntaa ja kotihoitoa. Ryhmä eritteli päivätoiminnan henkilökuntaa kuuluvaksi hoitajat ja erityistyöntekijät, joiksi laskettiin fysio- ja toimintaterapeutit sekä sosiaalialan työntekijät. Omaisiksi lasketaan kuuluvaksi arjessa mukana olevat läheiset. Ryhmän mukaan monialaisen yhteistyön tärkeyden jakaminen toimijoiden kanssa mahdollistaa yhteistyön syntymistä. Yhteisön huomatessa monialaisena työskentelemisen tärkeyden, pystytään sitä kautta järjestämään aikaa ja tilaa. Ryhmä toi esille, että kotihoidolla ja päivätoiminnalla on sama tavoite, asiakkaan arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukeminen mahdollisimman pitkään. Nämä tavoitteet tulevat konkreettisemmiksi, kun niitä mietitään yhdessä päivätoiminnan ja kotihoidon kanssa. Asiakkaan mukana olo ASTO:n laatimisessa on tärkeää muistisairaudesta huolimatta. Monialaisuus mahdollistaa asiakkaan äänen kuulumisen. Kotihoito ja/tai omainen, joka asiakkaan arjessa mukana, pystyy kertomaan asiakkaasta ne asiat, joita asiakas ei itse enää pysty. Ryhmä halusi tuoda vielä esille, että ASTO:a ei pelkästään laadita ja arvioida tiettyinä aikoina, vaan sen kuuluisi olla läsnä kaiken aikaa.

Monialaisuuden käyttö ASTO:n laatimisessa tarvitsee hioutumista ja eri näkökulmista tarkastelu on rikkaus. Monialaisesti laadittu ASTO antaa asiakkaasta kattavamman kuvan ja mahdollistaa asiakkaan tuntemisen monialaisesti. Monialaisuudella saadaan tavoitteisiin ja arviointiin realistisuutta sekä opitaan tuntemaan asiakkaita paremmin. Uudet työntekijät ja sijaiset saavat asiakkaan toimintakyvystä kattavamman kuvan, kun asiakasta arvioitu useista näkökulmista. Asiakkaasta jaetaan monialaista näkemystä yhteydenotoilla omaisiin ja kotihoitoon, joilla selvitetään nimenomaan asiakkaan arkea. Ryhmän mielestä tarvitaan monialaisen yhteistyön helpottamiseksi erityistyöntekijöiden lisäämistä jokaiseen päivätoimintayksikköön. Yhdessä yksikössä työskennellessä voi terapiapanostus mennä päivätoiminnan arkityöhön, kuten seuraavassa dialogissa käy ilmi:

”- Kuinka paljon sun ...terapia panostuksesta menee arkityöhön?

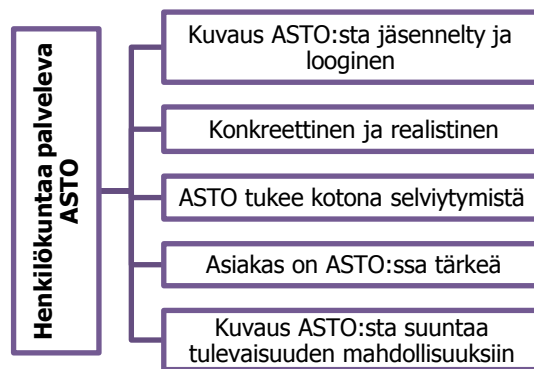
- 100%.*
- Paljon.*
- Kyllä se sitä siinä arjessa on, et mä vastaan siitä osuudesta mikä se sitten on.”*

Lopuksi ryhmä sai tuoda esille mielipiteitään ja ajatuksiaan siitä, millainen kuvaus ASTO:n monialaisesta laatimisesta asiakkaan arjessa selviytymisen ja kotona asumisen

tukemiseksi palvelisi parhaiten henkilökuntaa. Kuvauksesta pitäisi saada vastauksia ASTO:n laadintaan eli miten tehdään, milloin ja ketkä siihen osallistuvat. Myös ASTO:n tarkoitus koettiin merkitykselliseksi. Kuvauksen tulisi olla jäsenelty ja looginen sekä konkreettinen ja realistinen. Ryhmän mielestä jäsenelty kuvaus, jossa selkeästi realistista konkretiaa palvelisi parhaiten arjessa, kuten eräs ryhmäläinen ilmaisi asian näin:

“...se konkretia, miten me päästään siihen ihan ASTO:on. Se pitäis näkyä helpommin.”

Ryhmä koki, että kuvaus ASTO:sta suuntaan tulevaisuuden mahdollisuuksiin. ASTO tukee kotona selviytymistä ja ASTO:ssa tärkeää on asiakas. Kuviolla 13 havainnollistetaan ryhmän ajatuksia siitä, millainen kuvaus asiakaskohtaisen toimintaohjelman monialaisesta laadinnasta palvelisi parhaiten henkilökuntaa arjessa asiakkaan arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemiseksi.



Kuvio 13. Millainen kuvaus ASTO:sta palvelee parhaiten henkilökuntaa arjessa

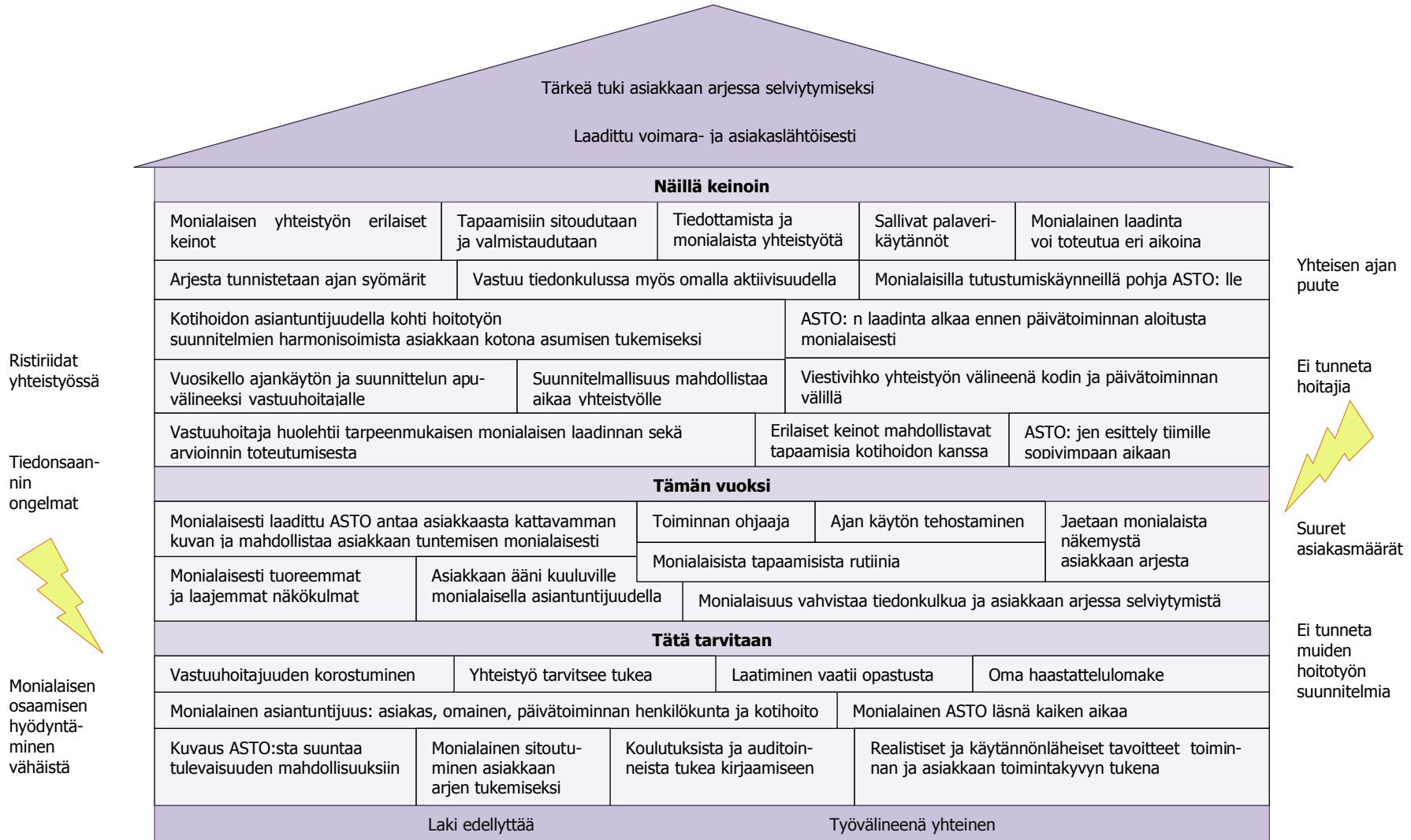
Seuraava dialogi kuvaa informanttien ajatusta kuvauksesta monialaisesta laadintakäytännöstä:

*“ - Just semmonen prosessi, missä voi olla ne tulevaisuuden mahdollisuudet tai toiveet tai mitkä ne nyt olikaan, niin että ne näky myös, mutta vähän eri tavalla...
- Tulevaisuutta kohti.
- Tulevaisuus spotissa.”*

8 Kuvaus asiakaskohtaisen toimintaohjelman laadinnasta monialaisesti päivätoiminnassa

Tässä luvussa esitellään tuloksista muodostettu synteesi, ASTO-talo, joka havainnollistaa niitä elementtejä, joista rakentuu ASTO:n monialainen laadintakäytäntö. Kuvaukseen on valittu ne tulokset, jotka ovat keskeisiä työyhteisön käyttöön ja joiden avulla voidaan monialaisesti laatia asiakaskohtaisia toimintaohjelmia tukemaan asiakkaan arjessa selviytymistä sekä kotona asumista. Kuvauksessa tuodaan esille myös monialaista laadintakäytäntöä heikentäviä tekijöitä.

ASTO:n laadintakäytännön voidaan ajatella rakentuvan kuin talo (kuvio 14). Talon perustuksena on ASTO:n laadintaa ohjaava lainsäädäntö. Talon katto ohjaa yleisiä periaatteita asiakaskohtaisen toimintaohjelman laadintakäytännössä. Talon sisällä olevista kerroksista löytyvät tarpeet ja perustelut monialaisen ASTO:n laadinnalle, joiden pohjalta rakentuvat monimuotoiset keinot laadintakäytännölle. Talon ulkopuolelle jäävät laadintakäytäntöä heikentävät tekijät, joiden tunnistaminen voi mahdollistaa heikkouksista ylipääsemisen, niiden hyväksymisen tai ymmärtämisen.



Kuvio 14. Elementit, joista monialaisen ASTO:n laadintakäytäntö rakentuu

Perustuksen ASTO-talolle antaa laki ja että ASTO on työväliseen kaikille yhteinen. ASTO:n laadintaa ohjaavat lait ja asetukset. Työväline tasavertaistaa laadintaa niin, että sähköinen lomake ja ohjelma ovat kaikille samat päivätoiminnassa. ASTO-talon katto ohjaa monialaisen ASTO:n laadintakäytännön periaatteita. Se luo puitteet monialaisen asiakaskohtaisen toimintaohjelman laadintakäytännölle, jossa ASTO on tärkeä tuki asiakkaan arjessa selviytymiseen. Periaatteena laadintakäytännölle on myös ASTO:n laatiminen asiakaslähtöisesti asiakkaan voimavaroista.

Keinot, jolla ASTO:n monialaiseen laadintaan päästään ovat monimuotoiset ja laadinta voi toteutua eri aikoina, jolloin monialaisuus mahdollistuu paremmin. ASTO:n laadinta alkaa ennen päivätoiminnan aloitusta monialaisesti, kun on päätetty asiakkuuden muodostumisesta. Tällöin voidaan vaihtaa tietoa joko kotihoidon ja/tai omaisten kanssa asiakkaan arjessa selviytymisestä ja kuinka sitä voidaan tukea. Asiakkaan tutustumiskäynti ennen käyntien varsinaista aloitusta luo myös pohjan ASTO:n monialaiselle laadinnalle. Tutustumiskäynneillä mukana ovat kotihoito ja/tai omaisen sekä päivätoiminnasta nimetty vastuuhoitaja. Monialaisella yhteistyöllä onkin erilaisia keinoja, kuten puhelinkeskustelut, viestin vaihtaminen papereiden välityksellä ja viestivihkot. Sallivat palaverikäytännöt tarkoittavat pieniäkin tiedonvaihtoja, esimerkiksi omaisen tuodessa asiakasta ja käytäväkeskusteluja. Moninaiset keinot mahdollistavatkin ASTO:n rakentumisen vastaamaan kulloistakin tarvetta. Myös kotihoidon tapaamisia pystytään mahdollistamaan erilaisin keinoin. Näitä voivat olla tapaamisia tiimeittäin, alueittain tai yhdessä sosiaalityöntekijän kanssa. Jokaisen vastuulla on sitoutua ja valmistautua tapaamiseen.

Vastuuhoitaja huolehtii tarpeenmukaisen monialaisen laadinnan sekä arvioinnin toteutumisesta. Se, millaista asiantuntijuutta asiakkaan arjen tukeminen tarvitsee ja millaisin yhteistyön menetelmin tavoitteet ja keinot suunnitellaan, ovat vastuuhoitajan vastuulla. Muiden kuin omien vastuusasiakkaiden asiakaskohtaisten toimintaohjelmien sisältö tehdään tunnetuksi esittelemällä tiimille ASTO:t heille sopivimpaan aikaan. Tällä tavalla mahdollistetaan, että koko tiimi tuntee asiakkaiden tavoitteet ja keinot, jolloin voi toteutua myös monialainen arviointi sekä havaintojen jakaminen. Vastuunottaminen tiedonkulusta kuuluu jokaiselle työntekijälle. ASTO:n monialaisen laadinnan onnistuminen tarvitsee myös tiedottamista: miksi sen laatiminen on tärkeää ja mikä tavoite päivätoiminnalla on asiakkaan arjen tukemisessa.

Arjen ajan syömäreiden tunnistaminen luo mahdollisuuden ajan käytön tehostamiseen, kuten myös suunnitelmallisuus. Ajan hallinnan ja suunnitelmallisuuden välineenä voi vastuuhoitaja käyttää vuosikelloa. Vuosikellosta näkee muun muassa ASTO:en arvioinnin ajankohdan, omaisten illat sekä yhteistyöpalaverien sovitut ajankohdat, mikä helpottaa ajan priorisoimista.

Monialaisesti laadittua ASTO:a tarvitaan, sillä se antaa asiakkaasta kattavamman kuvan ja mahdollistaa asiakkaan tuntemisen monialaisesti. Monialaisesti voidaan jakaa näkemystä asiakkaan arjesta eli monialaisuus mahdollistaa tuoreemmat ja laajemmat näkökulmat arjen tavoitteisiin ja keinoihin. Monialaisuus vahvistaakin tiedonkulkua sekä asiakkaan arjessa selviytymistä. Esimerkiksi sijaiset ja uudet työntekijät saavat asiakkaan arjesta selviytymisestä ja sen tukemisesta kattavamman kuvan. ASTO:t ohjaavat täten myös toimintaa. Asiakkaan ääni saadaan kuuluville monialaisella asiantuntijuudella, tästä hyötyy etenkin muistisairaat asiakkaat. Monialaisesti laadittu ASTO mahdollistaa myös sen, että asiakkaan hoitoon osallistuvat tietävät yhteisesti sovitut tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi. Tämä mahdollistaa myös monialaista tavoitteiden toteutumisen arviointia. ASTO toimii ajan käytön tehostajana, kun päällekkäisten suunnitelmien ja työn tekeminen vähentyy. Monialaisista tapaamisista onkin saatava rutiinia.

Yhteistyötä helpottaisi, jos päivätoiminnan ja kotihoidon hoitajat tuntisivat toisensa. Kynnys yhteydenottamiseen madaltuisi ja keskustelu puhelimitse sujuisi paremmin, kun tuntee toisen. Yhteistyössä saattaa myös olla ristiriitoja, kuten työn tavoitteellisuuden arvostaminen ja ymmärtäminen. Tämä heikentää monialaisen ASTO:n laadintakäytäntöä. Suuret asiakasmäärät vaikuttavat myös monialaisesti laadittaviin ASTO:iin, sillä vastuuasiallakkaita on voi yhdellä vastuuhoitajalla olla useita, mikä tarkoittaa myös useiden ASTO:en laadintaa. ASTO:en laatiminen saattaa myös ruuhkautua, jos asiakkaat vaihtuvat usein. Tiedonsaannin ongelmat heikentävät monialaista laadintakäytäntöä, kuten erilliset sähköiset potilasasiakirjajärjestelmät kotihoidon kanssa. Tietoa ei ole aina myöskään saatavilla tai sitä on hankala saada esimerkiksi omaisilta. Yhteistä aikaa arjessa on vähän ja sen järjestäminen on ajoittain hankalaa, mikä estää monialaista laadintaa. Lisäksi monialaista osaamista osataan myös hyödyntää vähän esimerkiksi ASTO: en arvioinnin tai päivityksen yhteydessä, vaikka niitä ei aluksi olisikaan laadittu monialaisesti. Myös monialaisen asiantuntijuuden käyttö omasta tiimistä on vähäistä.

Monialaisuus koostuu päivätoiminnassa asiakkaista, omaisista, päivätoiminnan ja kotihoidon henkilökunnasta. Omaisella tarkoitetaan sellaista henkilöä, joka tuntee asiakkaan arjen, esimerkiksi ystävä tai naapuri. Monialaisen tiimin, kuten erityistyöntekijöiden, puuttumista voidaan korvata päivätoiminnan tarpeisiin monialaisesti suunnitellulla haastattelulomakkeella. Näin säästetään päällekkäistä työtä ja pystytään kartoittamaan asiakkaan arjessa selviytymistä usean asiantuntijan näkökulmasta.

Tarvitaan realistisia ja käytännönläheisiä tavoitteita asiakkaan ja toiminnan tukemiseksi. Monialainen ASTO onkin läsnä arjessa kaiken aikaa. Yhteistyö mahdollistuu sitoutumisella asiakkaan arjen tukemiseksi, yhteisen tavoitteen kannustamana. Yhteistyö tarvitsee lisäksi tukea johdolta yhteistyön kehittämiseksi ja jatkuvuuden mahdollistamiseksi. Tarvitaan vastuuhuoltajuuden korostumista, sillä vastuuhuoltaja kantaa päävastuun siitä, että monialaisen ASTO:n laadinta mahdollistuu. Laatiminen vaatiikin opastusta. Kirjaamisen koulutuksien sisältöjen pitäisi vastata käytännön tarpeita käytännönläheisyydellä ja vertaistuellalla. Auditoinnit näyttävät suunnan kirjaamisessa, niin vahvuudet kuin kehittämisaalueet. Kuvaus ASTO:sta suuntaa kohti tulevaisuutta. Kohti uusia toimintatapoja ja yhteistä ymmärrystä.

9 Pohdinta

Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata asiakaskohtaisen toimintaohjelman monialaista laadintakäytäntöä vanhusten päivätoiminnassa. Viimeisessä ryhmätapaamisessa tuotiin esille, että ASTO:n laatimista monialaisesti oli kokeiltu hyvin tuloksin niissä yksiköissä, joissa sitä ei aikaisemmin ollut monialaisesti tehty. Lisäksi käytäväkeskusteluissa on tullut esille, että monialaisesti laadittavaa ASTO:a on käsitelty muutamien yksiköiden kehittämispäivillä. Päivätoiminnan kirjaamisen auditoinnin tuloksiin saatiin myös ymmärrystä ja vahvistusta tämän tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksista.

Tulosten tarkastelua

Tavoitteena tällä tutkimuksellisella kehittämistyöllä oli tuottaa kuvaus asiakaskohtaisen toimintaohjelman monialaisesta laadintakäytännöstä ikääntyneen arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemiseksi. Kuvauksen aikaan saaminen ASTO:n laadintakäytännöstä edellytti monialaisen asiantuntijuuden jakamista ja vastaanottamista. Kehittämistyön aikana huomattiin eri yksiköiden tekevän asioita eri tavalla ja resurssien olevan erilaisia. Monialaisen ASTO:n laadinta voikin toteutua monimuotoisilla keinoilla ja erilaisilla kokoonpanoilla. Kuvaus rakentuikin moninaisista ASTO:n laadintakäytäntöön vaikuttavista elementeistä. Näitä olivat laadinnan perusteet, keinot, tarpeet ja uhkat. Kuvaus ASTO:n laadintakäytännöstä pyrkii olemaan jäsennelty ja looginen, sillä sellainen palvelee parhaiten henkilökuntaa työväliseenä. ASTO-talo pyrkiikin jäsentelemään niitä monimuotoisia elementtejä, joista muodostuu monialainen ASTO:n laadintakäytäntö.

Kuvaus ASTO:n monialaisesti laadintakäytännöstä mahdollistaa henkilökunnalle työväliseen arkeen tukemaan ja ohjaamaan ASTO:en laadintaa asiakkaan arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemiseksi. Kuvauksen luominen edellytti asiantuntijuuden jakamista, mikä mahdollisti erilaisten laadintakäytäntöjen keinojen näkyväksi tekemistä sekä ymmärryksen syntymistä, miksi ASTO:a tehdään. Kuvausta ASTO:n laatimiskäytännöstä voidaan hyödyntää työväliseenä arjessa ja kirjaamiskoulutuksien sisällön suunnittelussa. Lisäksi kuvaus ASTO:sta antaa laadullista ymmärrystä kirjaamisen auditointien tuloksiin. Kuvausta refleктоitiin kirjaamisyhdysheiköiden palaverissa sekä se oli kommentoitavana ryhmätapaamisiin osallistuneilla informanteilla. Kuvausta on luon-

nehdittu sellaiseksi työväliseksi, jota on kaivattu arjessa ohjaamaan ASTO:en laadintaa. Se antaa myös vastauksia sekä ymmärrystä niihin ongelmiin, joita ASTO:n laatimiseksi on havaittu.

Asiakaskohtaisen toimintaohjelman merkityksestä tunnistettiin, että se on tärkeä tuki asiakkaan arjessa selviytymiseksi. Tuloksissa tulikin esille, että henkilökuntaa palvelee parhaiten sellainen kuvaus, jolla pystytään tukemaan ikääntyneen asiakkaan kotona selviytymistä. Hyvällä hoitosuunnitelmalla ehkäistäänkin ikääntyneen toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä sekä tuetaan kotona asumista (Päivärinta – Haverinen 2002: 5). Kuvauksessa toivottiin huomioitavan asiakasta, jonka rooli ASTO:ssa on tärkeä. Asiakkaan osallisuutta tuetaan monialaisen yhteistyön kautta, sillä ASTO:n monialainen laadinta mahdollistaa ikääntyneen asiakkaan äänen kuulumisen. Järvikoski ja Härkäpää (2011: 143) toteavatkin, että kuntoutuksessa palvelunkäyttäjällä on aktiivinen osallistumismahdollisuus kuntoutuksensa suunnitteluun ja päätöksentekoon. ICF kuvaa osallistumista osallisuutena elämän tilanteisiin käytännön kokemuksina siinä ympäristössä, jossa eletään (WHO, Stakes 2004: 14-14). Toisaalta asiakkaan osallisuus monialaisen tiimin jäsenenä jäi vähemmälle huomiolle. Tämä saattoi osaltaan johtua siitä, että kehittämissä oli kuvaus laadintakäytännöstä, jonka näkökulmana oli työntekijälähtöisyys. Monialaisuus-käsitteessä kuulsikin edelleen moniammatillisuus, kuten seuraava kommentti asiakkaan arkea tukevista suunnitelmista kuvastaa:

”Nii, et vaikka kotihoito keskittyis enemmän johonkin ja päivätoiminta johonkin ja joku kolmas johonkin muuhun, mut ne ois kaikilla yhteisiä (tavoitteet) ne ja kulkis siellä asiakkaan mukana”

Onnistunut ASTO:n laadinta ei tarvitse samanaikaisesti kaikkia sen laadintaan osallistuvia kokoontumaan yhteen. ASTO:a voidaan laatia mitä moninaisin keinoin, kuten sallivilla palaverikäytännöillä, joita voivat olla pieniäkin tiedonvaihtoja esimerkiksi käytävällä, puhelimitse, papereiden välityksellä (kotihoiton kansio) tai viestivihkon välityksellä omaisten kanssa. ASTO ymmärrettiinkin rakentuvan eri aikoina. Päivärinta ja Haverinen (2002: 35) ovatkin todenneet hyvän hoitosuunnitelman ja sen sisällön rakentuvan vaiheittain. Itse asiassa monialainen ASTO on läsnä kaiken aikaa, aivan kuten Arnkil ja Seikkula (2009: 102) ajattelevat hoito- ja kuntoutussuunnitelman prosessin olevan tulevaisuudessa sellainen, jossa suunnitelmat tulevat osaksi dialogia siten, että niitä käsitellään jokaisessa keskustelussa ilmentäen uusia ulottuvuuksia ja päätöksiä.

Tuloksissa tuli esille niin ajankäytön ongelmia kuin keinoja niiden hallintaan. Monialaista laadintaa heikentää yhteisen ajan puute, mutta samalla ymmärrettiin että ajan käytön suunnitteluun pitää panostaa. Ajan käyttö tehostuu myös, kun päällekkäiset työtehtävät vähenevät monialaisen laadinnan avulla. Ajan hallintaa tukee myös ymmärrys, että ASTO:n laadinnan ei tarvitse toteutua yhdellä kertaa ja kaikkien siihen osallistuvien samanaikaisella läsnäololla. Spontaanit eli sallivat palaverikäytännöt mahdollistavat ajan käyttämistä silloin, kun se osallistujille parhaiten sopii. Yhteisen ajan puute ei siis estä monialaista laadintaa, vaan pienetkin hetket arjessa rakentavat ASTO:a. Tällainen vaatii vastuuhoidajalta ja vastuuhoidajuudelta osaamista, jotta pienistä osista pystytään kokoamaan yhtenäinen kokonaisuus.

Vähäkangas (2010: 84, 92) totesi väitöksessään, että omahoitajuuden merkitys on suuri moniammatillisessa toiminnassa ja hoitosuunnitelman rakentamisessa. Omahoitaja toimii asiakkaan hoidon koordinaattorina ja yhteyshenkilönä. Asiakkaan omahoitajan vastuulla on asiakkaan toimintakyvyn arviointi, hoitosuunnitelman rakentaminen ja arviointi. ASTO:n kuvauksessa nousikin tärkeään rooliin vastuuhoidajuus, jonka asiantuntijuuteen luotettiin tarpeenmukaisen monialaisen tiimin kokoamiseksi asiakkaan arjessa selviytymisen tukemiseksi. Vastuuhoidaja huolehtii monialaisen laadinnan toteutumisen lisäksi myös monialaisen arvioimisen toteutumisesta. Vastuuhoidajan aktiivisuus on suuressa merkityksessä tiedonhankinnan ja kokoamisen suhteen. Myös vastuuhoidajan rooli asiakkaan arjen tukemisessa koettiin merkitykselliseksi. Tämän huomasi myös Hjerppe (2008: 93-94) pro gradu-tutkielmassaan, että omahoitajat tunnistivat vastuullisuuden teoreettisena käsitteenä soveltaa omassa työssään. He kokivat myös eri yhteistyötahoilla olevan merkitystä ja tärkeyttä omapotilaan hoidossa; jotta voidaan saada aikaa tuloksia, edellyttää se toimivaa yhteistyötä. Latvala (1998: 47) totesikin väitöksessään, että olennaista on hoitotyön tarpeen ja tavoitteiden määrittäminen sekä ratkaisujen etsiminen yhdessä.

Rajapintoja ylittävä yhteistyö ikääntyneen arjen ja kotona asumisen tukemiseksi ei jäänyt tämän kehittämistyön ulkopuolelle. Kotihoidon asiantuntijuudelle asiakkaan arjesta annettiin suuri merkitys ja toivottiin erillisestä sähköisestä potilastietojärjestelmästä huolimatta mentävän kohti yhteistä ASTO:a. Henkilökuntaa palvelevan ASTO nähtiinkin suuntaavan kohti tulevaisuuden mahdollisuuksia. Mäkinie mi (2004: 89) onkin todennut

kuntoutussuunnitelmista, että kaikki mahdolliset suunnitelmat on otettava huomioon ja integroitava toisiinsa.

Aluksi heikentäviä tekijöitä ASTO:n monialaiseen laatimiseen löydettiin useita, mutta yhteisen ymmärryksen ja kokemusten jakamisen myötä oivallettiin, että vastuu on jokaisella tiedonkulussa ja yhteistyö tarvitsee tukea. Yhteistyötä heikentää, ettei päivätoiminnan ja kotihoidon hoitajat tunne toisiaan, mikä madaltaisi yhteydenoton kynnystä. ASTO:n laadintakäytäntöä heikentäviin tekijöihin löydettiin vastauksia. Esimerkiksi se, ettei tunneta muiden kuin omien vastuusiakkaiden ASTO:ia, voidaan korjata sillä, että ne esitellään yhteisesti sovittuna aikana tiimille. Yhteistyön erilaiset keinot, laadinnan toteutuminen eri aikoina, ajan syömäreiden tunnistaminen sekä vuosikellon käyttö ajanhallinnan apuvälineenä voivat osaltaan auttaa yhteisen ajan puutteeseen. Tiedonsaannin ongelmissa on hyvä muistaa, että jokaisella on vastuu tiedonkulussa. Tarvitaan tukea johdolta yhteistyöhön sekä lisäksi opastusta, koulutusta ja kirjaamisen auditointeja. On hyvä tunnistaa ne elementit, joiden kehittämiseen tarvitaan vielä tukea ja ymmärrystä. Monialaisen osaamisen hyödyntäminen koettiin vähäiseksi. Se, ettei erityistyöntekijöitä ole kaikkien käytössä, ei tarkoita sitä ettei voisi hyödyntää omassa tiimissä olevaa asiantuntijuutta. Monialaisiksi asiantuntijoiksi ymmärrettiin tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä asiakkaat, omaiset (arjessa läsnä olevat), päivätoiminnan sekä ja kotihoidon henkilökunta. Konsultoiva yhteistyö voi toteutua yhteistyönä tiimin kanssa, jossa jaetaan näkemyksiä ja jokaisen osallistumista arvostetaan (Latvala 1998: 47).

Kuvauksen toivottiinkin olevan konkreettinen ja realistinen. ASTO-talo nostaa esille konkreettisia keinoja ja mahdollisuuksia monialaisen laadinnan toteuttamiseksi. ASTO-talo huomioi ajan käytön ja tiedonkulun ongelmat, jotka toistuivat usein tuloksissa. Näitä laadintakäytäntöä heikentävien tekijöiden ylipääsemiseksi löytyikin keinoja tai ainakin ymmärrystä.

Kyselyn tulokset, jotka toimivat esiyymmärryksen antajana ryhmätapaamisille asiakaskohtaisen toimintaohjelman nykytilasta, vahvistivat tämän tutkimuksellisen kehittämistyön alkuun saattanutta voimaa. Kyselyn tulokset antoivat ryhmän informanteille arvokasta esiyymmärrystä ja suuntaa ASTO:n monialaisen laadintakäytännön kehittämiseksi. Tarvetta monialaisen laadintakäytännön kehittämiseksi oli, sillä vastaajista kolmesta

kolmestakymmenestä tekivät ASTO:a hyödyntämättä monialaista asiantuntijuutta. Kuusi tähän kysymykseen vastaajaa piti kuitenkin sulkea analyysin ulkopuolelle ristiriitaisen vastausten vuoksi (vastattu useampi vaihtoehto, vaikka kysytty *pääsääntöistä* toteutumista arjessa). Kolme vastaajaa ei vastannut kysymykseen lainkaan. Tämä herättääkin kysymyksen siitä, jätettiinkö kysymykseen vastaamatta tai vastattiinko useammalla vaihtoehdolla, sillä ohjeistus ASTO:n laadinnasta edellyttää monialaisuutta? Tätä päätelmää voisi vahvistaa kysymys, merkitsetkö lomakkeeseen laatijat silloin, kun suunnitelma on laadittu monialaisesti, johon neljä vastaajaa jätti vastaamatta. Lisäksi yksi vastaaja ilmoitti merkitsevänsä, ”jos sen joskus tulevaisuudessa teen”.

Avoimiin kysymyksiin saattaa olla joskus hankala saada vastauksia. Vastauksia saatiin kuitenkin hyvin niihin kysymyksiin, joissa kysyttiin monialaisesti tai kotihoidon kanssa laadittavien suunnitelmien edistäviä ja estäviä tekijöitä. Samoin vastauksia saatiin hyvin kysymyksiin, ketkä voivat omaisena osallistua suunnitelman laadintaan sekä missä määrin ja miten hoitotyön suunnitelma ohjaa asiakkaan arjessa selviytymisen tukemista. Kysymyksiin vastaamiseen saattoi vaikuttaa se, että aihe koettiin tärkeiksi itselle ja omalle työlle. Selvästi vastauskatoa kärsi kysymys, mitä tarkoitetaan asiakaskohtaisella ohjelmalla. Tähän vastasi vain kuusitoista kolmestakymmenestäyhdeksästä vastaajasta. Syynä saattoi olla, että jos ei varmasti tiennyt vastausta, ei haluttu lähteä arvailemaan. Kehittämisehdotuksia antoi kaksikymmentäviisi vastaajaa kolmestakymmenestäyhdeksästä. Muutama vastaaja totesi, ettei kehittämistä tarvita. Oliko se syynä vastauskadolle vai ennemminkin se, että viimeiseen kysymykseen ei jaksettu enää keskittyä tai arjessa tunnistetut kehittämiskohteet eivät muistuneet juuri sillä hetkellä mieleen.

Tulokset ja niistä muodostettu ASTO-talo tarjoaa välineen henkilökunnalle monialaisten asiakaskohtaisten toimintaohjelman laadintakäytännön mahdollistamiseksi ikääntyneen asiakkaan arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemiseksi. ASTO-talo toimintakonseptina tukee jo olemassa olevaa teoretietoa sekä tutkittua käytäntöä erilaisista asiakkaan toimintakykyä tukevista suunnitelmista. ASTO-talo mahdollistaa kuitenkin monimuotoisuudessaan yksilöllisiä tapoja laatia monialaisia ASTO:a asiakkaan tarpeista ja henkilökunnan resursseista. Tarvitaan yhtäläillä työntekijöidenkin, kuin asiakkaan ja omaistenkin valtaistumista, jotta käytännön toiminta voisi muuttua. Järvikoski ja Härköpää (2011: 141, 143) määrittävät valtaistumisen (empowerment) tarkoittavan yksilön tiedon ja itsearvostuksen kasvua, asenteiden muutosta, mutta myös yksilön ja ym-

päristön välisen suhteen muuttumista, niin että ne näkyvät käytännön toiminnan muuttumisena. Käytännössä valtaistuminen on esimerkiksi palvelunkäyttäjän ja työntekijöiden osallistumista aktiivisesti suunnitteluun ja päätöksentekoon. ASTO:n toivottiin suuntaavan tulevaisuuden mahdollisuuksiin. Yhdessä valtaistuminen ja sen ymmärtäminen arjessa suuntaavat tulevaisuuteen. Tarvitaan omaa aktiivisuutta ja tukea johdolta monialaisuuden mahdollistumiseksi.

Tutkimuksen eettisyys

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä korostuivat etenkin tieteellinen rehellisyys ja julkinen vastuu. Tulokset pyrittiin esittelemään mahdollisimman tarkasti ja rehellisesti informanttien ajatuksia kunnioittaen. Tieteellisellä rehellisyydellä haluttiin saada aikaan henkilökuntaa mahdollisimman hyvin palveleva kuvaus ASTO:sta. Julkinen vastuu koettiin myös merkitykselliseksi. Kuvausta pyritään levittämään eri tilaisuuksissa niin esimiesten kuin henkilökunnankin tietoisuuteen. Muita yleisesti hyväksytyjä periaatteita tuodaan esille taulukossa 6.

Taulukko 6. Yleisesti hyväksytyjen periaatteiden toteutuminen tutkimuksessa mukaillen Clarkeburn & Mustajoki (Clarkeburn – Mustajoki 2007: 43-44).

Periaate	Tarkoitus	Miten toteutunut
Tieteellinen rehellisyys	Kieltää vilpin, tulosten vääristelyn ja puolueellisen esittämisen	Saadut tulokset esiteltiin vääristelemättä, niitä tarkasteltiin puolueettomasti, informantteja kunnioittaen. Esille tulleet haasteet tutkimuksessa raportoitu mahdollisimman tarkasti
Huolellisuus	Mahdollisimman hyvin ja tarkasti tehty työ	Tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksen eri vaiheissa ja raportoinnissa pyrittiin järjestelmälliseen ja huolelliseen työskentelyyn
Avoimuus	Avoin jakaminen ja kriittiselle tarkastelulle antautuminen tuloksilla, metodeilla, teorioilla ja välineillä	Avoimuus toteutunut kahden tutkimusta ohjanneen opettajan, mentorin ja opponentin ohjaamana
Tieteellinen tunnustus	Muiden työt ja saavutukset otetaan asianmukaisesti huomioon	Lainaukset ja viitteet tuotu selkeästi esille lähdeviitteissä.
Eettisesti kestävä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät	Aineiston hankinnassa ja menetelmien käytössä kunnioitetaan osallistujien itsemääräämisoikeutta ja minimoidaan heille aiheutettu haitta	Osallistujille korostettu osallistumisen vapaaehtoisuutta ja annettu mahdollisimman tarkka selonteko tutkimuksen tarkoituksesta.
Älyllinen vapaus	Tutkijalla on oikeus työstää uusia ideoita ja kritisoida vanhoja	Mahdollistunut raportin tutkimustulosten pohdinnassa.
Julkinen vastuu	Tulosten julkistamisen velvollisuus, kun ne ovat merkittäviä yleiselle hyvinvoinnille ja kun tulokset ovat tieteellisen vertaisarvion mukaisesti hyväksytyjä	Raportti julkistetaan sähköisesti sekä annetaan kirjallisena työpöydän käyttöön. Tulokset julkistetaan erikseen järjestettävässä julkistamistilaisuudessa.

Kyselylomake ja ryhmätapaamiset olivat aineistonkeräys menetelminä sellaiset, mitkä mahdollistivat, ettei fyysistä koskemattomuutta loukattu. Päivätoiminnan henkilökunta olivat osallistujina täysin päätäntävaltaisia itsensä suhteen ja ymmärtämään tiedotteiden, suullisen tiedonannon ja sopimuksien merkitykset. Täten he olivat kykeneväisiä itsenäiseen päätökseen osallistumisestaan tutkimukseen. Asianmukaisilla sopimuksilla ja luvilla varmistettiin osallistujien ja tutkijan itsensä oikeusturvan toteutuminen sekä velvollisuudet sopijaosapuoliin. Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite olivat sellaiset, ettei niillä ollut odotettavissa arkaluontoisten asioiden esille tulemistä, mikä olisi voinut estää tutkimuksen normaalia julkistamista.

Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuutta on arvioitava, koska kaikessa tutkimustoiminnassa pyritään välttämään virheitä. Yksiselitteistä luotettavuuden arviointia laadullisessa tutkimuksessa ei ole, se pitää arvioida kokonaisuutena. Ainakin seuraavat asiat tulee arvioida: tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijan oma sitoumus, aineiston keruu menetelmät ja tekniikka, tutkimukseen osallistujat, tutkija-osallistuja – suhde, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi, tutkimuksen luotettavuus ja raportointi.

Ikääntymiseen liittyvät haasteet ovat ajankohtaisia tällä hetkellä, etenkin kotona asumisen tukeminen. Tämän tutkimuksellisen kehittämistyön pyrkimyksenä on vahvistaa entisestään ikääntyneiden kotona asumisen tukemista monialaisesti laadittavan asiakaskohtaisen toimintaohjelman avulla. Tutkijan sitoumuksena oli kuvata käsitteistä syntyviä työkaluja ja tällä tavalla saada henkilökunnan käyttöön väline monialaisten ASTO:en laadintaan. Tutkimukseen osallistujina olivatkin kyselyn osalta koko päivätoiminnan henkilökunta, millä pyrittiin ASTO:en laatimisen nykytilan kartoittamisen lisäksi mahdollistamaan osallistuminen yhteiseen käyttöön tulevan kuvauksen kehittämiseen. Monialainen ryhmä koostui myös päivätoiminnan henkilökunnasta, jotta saadut tulokset olisivat luotettavia päivätoiminnan tarpeista. Tutkimukseen osallistujat käytännön asiantuntijoina lisäsivät tuloksien luotettavuutta.

Aineiston keräämisen tekniikat eivät olleet täysin ongelmattomia luotettavuuden suhteen. Esimerkiksi kyselyn osalta kohdattiin vaikeuksia tehtävänannossa, jota olisi pitänyt täsmentää. Ongelmaa kohdattiin vain yhden kysymyksen kohdalla. Tehtävänannossa pyydettiin ympyröimään sopivin vastausvaihtoehto, mutta vastausvaihtoehtoja ympyröitiin useampia. Lisäksi kyselylomakkeen ohjeistusta tulkittiin useammalla tavalla. Sähköpostitse lähetetyssä tiedotteessa pyydettiin kääntymään tutkijan puoleen, jos ongelmia esiintyy lähetettyjen kyselylomakkeiden kanssa. Myöhemmin ilmeni, että ilman tutkijan lupaa oli tulostettu kyselylomakkeita, jolloin vastausprosentin saaminen vaarantui. Myöskään kaikki yksiköt eivät saaneet ajallaan kyselylomakkeita johtuen vääristä osoitetiedoista sähköisessä järjestelmässä tai siitä, ettei postilaatikkaa ollut tyhjennetty. Kyselyn tarkoituksena oli kartoittaa ASTO:n laatimisen nykytilaa ja antaa ryhmätapaamisissa esiyymmärrystä. Molemmat kyselyn tavoitteista täyttyivät. Kyselyn

laadintaan olisi pitänyt paneutua huolellisemmin, jos se olisi ollut ainoana aineistonkeruu menetelmänä.

Ryhmätapaamisissa käytettiin aineiston keräämisen triangulaatiota. Triangulaation avulla voidaan parantaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi – Sarajärvi 2009: 134, 140-142). Aineistonkeruu menetelmät olivat tutkimukseen sopivia ryhmätapaamisissa. Ainoastaan swot-analyysin käyttö ei ollut menetelmänä paras mahdollinen. Tutkija oletti ryhmän pääsevän heti tuottamaan käytännönasiantuntijoina ASTO:n laatimiseen liittyviä käytännön vahvuuksia ja heikkouksia. Osa tuloksista jäi kuitenkin melko kauas käytännön konkretiasta. Lisäksi menetelmä tuotti lisää ASTO:n heikkouksia ja vahvuuksia. Näitä tuloksia oli tullut jo aiemmin runsaasti. Viimeisessä ryhmätapaamisessa päästiin keskustelun avulla konkretian tasolle ASTO:n laadintakäytännöstä. Samalla aineiston saturaatio alkoi täyttyä. Aineistoa analysoitiin induktiivisella menetelmällä, mikä mahdollisti aineistosta teoreettisen kokonaisuuden löytämisen tutkimusongelman ja –kysymyksien avulla. Aineiston tallennustekniikasta oltiin aluksi huolissaan. Videoinnin käyttö saattaa aiheuttaa ryhmässä vaikeutta vapaalle keskustelulle. Ryhmäläisille korostettiin, että tallennuksesta ollaan kiinnostuneita vain äänestä, ei kuvasta. Ryhmäläiset eivät tuoneet esille missään vaiheessa, että kamera olisi estänyt vapaata keskustelua. Tutkijakaan ei kokenut tallennusmenetelmän aiheuttaneen ongelmaa vapaalle keskustelulle.

Tutkija oli yksi päivätoiminnan henkilökunnan jäsenistä, mutta työskenteli ainoastaan yhden ryhmäläisen kanssa samassa yksikössä. Täysin tuntemattomia ryhmän jäsenistä oli tutkijalla yhdeksästä neljä. Tämä mahdollisti tutkijalle puolueettoman roolin, mutta kuitenkin ymmärryksen arjesta päivätoimintayksiköissä tuloksia tulkitessa ja kuvausta monialaisen ASTO:n laadintakäytäntöä muodostaessa.

Kyselyn vastausaika olisi voinut olla pidempi, jolloin vastausprosentti olisi voinut olla suurempi. Toisaalta kyselyn tulosten oli tarkoitus toimia esiyymmärryksenä ryhmätapaamisissa. Vastausaika olisi ollut pidempi, jos kysely olisi ollut ainoa aineistonkeruu menetelmä. Ensimmäisen tapaamisen oli varattu aikaa 1,5h. Aika riitti hyvin kyselyn tuloksien läpi käymiseen esiyymmärrykseksi ryhmälle sekä seinätaulutekniikan käyttämiseen ja keskusteluun ryhmän pohtiessa toista tutkimuskysymystä. Toiseen tapaamiseen oli varattu aikaa 1 tunti, josta aktiivista ryhmätyöskentely- ja keskusteluaikaa 50

minuuttia. Tapaamisen kesto arvioitiin liian vähäiseksi, mikä pyrittiin korvaamaan viimeisessä tapaamisessa. Viimeinen tapaaminen olikin kestoaltaan 1 tunti ja 40 minuuttia. Keskustelu oli ajoittain vilkasta ja informantit kokivat saaneensa jaetuksi myös hyviä käytänteitä. He kokivat, että tutkimukselliseen kehittämistyöhön osallistuminen oli antanut arkeen uusia välineitä ASTO:n laatimiseksi ja ajatuksia oman yksikön toiminnan kehittämiseksi.

Toimintatutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole olemassa yhtä ainoaa totuutta, on olemassa monia tapoja olla oikeassa kuin on olemassa monia tapoja erehtyä. Osaa-ko tutkija varmistaa ettei tulkitse väärin? (Anttila 2006: 445-446.) Kuvaukseen monialaisesti laadittavasta asiakaskohtaisesta toimintaohjelmasta tutkija pyrki löytämään ne olennaiset tekijät, jotka palvelisivat henkilökuntaa parhaiten arjessa. Tuloksia reflektointiin useammassa otteessa, kuten päivätoimintayksiköiden kirjaamisyhdyskuntien kokouksessa sekä kuvaus lähetettiin vielä kommentointikierrokselle ryhmään osallistuneille informanteille. Reflektio tuotti vahvistusta sille, että kuvaukseen oli löydetty niitä olennaisia elementtejä, joita henkilökunta pystyy hyödyntämään työssään ASTO:n laatimiseksi monialaisesti.

Tuloksia voidaan pitää luotettavina Helsingin kaupungin päivätoimintayksiköissä. Tämä perustuu siihen, että aineiston saturaatio alkoi ryhmätapaamisissa täytyä ja ne jotka laativat ASTO:ia, myös osallistuivat laadintakäytännön kehittämiseen.

Jatkokehittämissuositukset

Kirjaamisoppaassa määritellään, että asiakkaan asiakaskohtainen toimintaohjelma laaditaan yhteistyössä myös asiakkaan omaisten kanssa. Kyselyn tuloksissa osa informanteista pitikin tärkeänä, että ASTO:n laadintaan voi omaisena osallistua sellainen henkilö, joka on päivittäin asiakkaan kanssa tekemisissä tai arjessa mukana. Esimerkiksi naapuri, ystävä tai muu läheinen tuttu. Tämän tuloksen valossa ehdotetaan, että kirjaamisoppaan seuraavassa päivityksessä määritellään, keitä omaisena voidaan pitää. ASTO:n kannalta, jolla tuetaan ikääntyneen asiakkaan arjessa selviytymistä ja kotona asumista, on tärkeää saada asiakkaan arjesta mahdollisimman relevanttia tietoa. Parhaiten tällaista tietoa pystyy jakamaan sellainen henkilö, joka on asiakkaan arjessa mukana.

Syytä on myös selvittää, tarvitaanko kannanottoa vastuuasiakkaiden määrästä. Tutkimuksellisen kehittämistyön tuloksissa tuli esille, että henkilökuntaa ei ole tarpeeksi tai asiakasmäärät ovat liian suuret. Henkilökunnan mitoittamiseen on otettu kantaa ja annettu suosituksia, mutta tätä ei ole tehty vastuuasiakkaiden määrän kohdalla. Kun vastuuhoidajan merkitys näyttää korostuneen tuloksissa, on varmaankin syytä selvittää vaihtelut vastuuasiakkaiden määrässä vastuuhoidajilla ja onko tarvetta ja voidaanko antaa suosituksia sopivasta määrästä vastuuasiakkaita.

Ryhmätapaamisissa nousi esille tarvetta jo olemassa olevien lomakkeiden rinnalle suunnitella monialaisesti päivätoiminnan tarpeisiin räätälöity haastattelulomake. Päivätoiminnan näkökulmasta ja monialaisesti suunnitellulla haastattelulomakkeella saataisiin ASTO:n laatimiseksi hyödyllistä tietoa asiakkaan arjesta kotona asumisen tukemiseksi. Tämän tuloksen valossa ehdotetaan monialaisen ryhmän kokoamista haastattelulomakkeen suunnittelemiseksi, pilotoimiseksi ja arkeen juurruttamiseksi. Ryhmään ehdotetaan kutsuttavaksi niitä henkilöitä, jotka ovat osallistuneet tämän tutkimuksen ryhmätapaamisiin. Heillä on jo valmiiksi näkemystä monialaisesta työskentelystä ja ASTO:a hyödyttävistä tarpeista. Ryhmän perustamiseen tarvittavat tiedot saa tutkijalta.

Kyselytutkimuksen toistamisella voitaisiin saada vastaus siihen, ovatko kirjaamiskäytännöt muuttuneet, kun henkilökunnalla on käytössä kuvaus monialaisen ASTO:n laadintakäytännöstä. Myös toistamalla kirjaamisen auditoinnin, esimerkiksi hoitotyön suunnitelma-lomakkeista, saataisiin vastauksia, onko kirjaamisen sisältö ja tekninen suorittaminen muuttunut. Auditointia voi tehdä pienimuotoisemminkin yksikkökohtaisesti, jolloin yksikön esimies käyttäisi sitä laadullisen johtamisen välineenä. Uutena kehittämiskohteena voisi olla asiakkaan osallisuuden tukeminen asiakaskohtaisten toimintaohjelmien laadinnassa. Tarvetta ilmeni myös kehittää konkreettista rajapintojen ylittämistä päivätoiminnan ja kotihoidon välillä. Molemmilla tukitoimilla on yhteinen asiakas ja yhteinen tavoite, joten yhteistyötä asiakkaan arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemiseksi tarvitaan. Suunta kohti yhteistä asiakaskohtaista toimintaohjelmaa.

Lähteet

Anttila, Pirkko 2006. Tutkiva toiminta ja ilmaisu, teos, tekeminen. Hamina: Akatiimi Oy.

Arnkil, Tom – Eriksson, Esa 1999. Kelluvia vuoropuhelurakenteita. Teoksessa Virtanen, Päivi (toim.) Verkostoituva asiakastyö. Tampere: Tammer-Paino Oy. 71-109.

Arnkil, Tom - Seikkula, Jaakko 2009. Dialoginen verkostyo. Helsinki: Esa Print Oy.

Autio, Tiina 2011. RAVA-toimintakykymittari ja -indeksi. Verkkodokumentti. Julkaistu 26.1.2011. <<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/93/>>. Luettu 8.8.2011.

Carr, Wilfred – Kemmis, Stephen 1994. Becoming critical. Education, knowledge and action research. 7. printing. London and Philadelphia: The Falmer Press.

Clarkeburn, Henriikka – Mustajoki, Arto 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tallinna: Tallinna Raamatutrükikoda.

Dahlberg, Tuija – Kela, Liisa – Kujasalo, Katja – Lehtonen, Heidi – Mohamud, Tuula – Paananen, Terhi – Portin, Päivi – Säilä, Minna – Vihersaari-Virtanen, Satu 2011 (viim. päivitys: 8.4.2011). Kirjaamisopas, Helsingin sosiaalivirasto, Vanhusten palvelujen vastuualue. Sisäinen verkko, Terveys Efficia. Luettu 8.4.2011.

Engeström, Yrjö 1998. Kehittävä työn tutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Edita.

Finlex 2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>>. Luettu 18.4.2011.

Finlex 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Verkkodokumentti. <<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298>>. Luettu 2.11.2010.

Grönlund, Rainer 2010. Pitkään kotona – kuntoutuksen avullako? Tutkimus ryhmämuotoisesta vanhuskuntoutuksesta. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 111. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Hallila, Liisa 2005. Hoitotyön kirjaamisen teoreettiset lähtökohdat. Teoksessa Hallila, Liisa (toim.) 2005: Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 26.

Heikkinen, Eino 2008. Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen, Eino – Rantanen, Taina (toim.) 2., uudistettu painos, 2008. Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 402-408.

Heikkinen, Hannu L.T. – Jyrkämä, Jyrki. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T. – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus. 25-62.

Helin, Satu 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensointi prosessi. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Heimonen, SirkkaLiisa 2009: Ikääntymisen haasteet toimintakyvylle, toimintakyvyn arvioiminen ja tukeminen. Teoksessa Pohjolainen, Pertti – Heimonen, SirkkaLiisa (toim.) 2009: Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Oraita 1/9. Ikäinstituutti. 6-16.

Hjerppe, Marjo 2008. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Pro gadu. Tampereen yliopisto.

Helsingin kaupungin strategiaohjelma 2009-2012. Verkkodokumentti.
<<http://www.hel2.fi/taske/julkaisut/2009/Strategiaohjelma.pdf>> Luettu 9.1.2011.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holopainen, Martti – Pulkkinen, Pekka 5.-6. painos, 2008. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

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

Humphris, Debra 2007. Multiprofessional working, interprofessional learning and primary care: A way forward? Contemporary Nurse. Volume 26, August 2007. 48-55.

Ikääntymisraportti 2009. Verkkodokumentti.
<<http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2009/j01ikaantymisraportti-j04-ageing-report/pdf/fi.pdf>>. Luettu 30.1.2011.

Isoherranen, Kaarina 2008. Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen, Kaarina – Rekola, Leena – Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 26-48.

Järvikoski, Aila – Härkäpää, Kristiina 2011. Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Järvikoski, Aila – Lindh, Jari – Suikkanen, Asko 2011. Kuntoutus muutoksessa. Tampere: Juvenes Print.

Katajamäki, Erja 2010. Moniammatillisuus ja sen oppiminen, tapaustutkimus ammatti korkeakoulun sosiaali- ja terveysalalta. Akateeminen väitöskirja. Verkkodokumentti.
<<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8152-9.pdf>>. Luettu 27.4.2011.

KASTE 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. Verkkodokumentti.
<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE3683.pdf&title=Sosiaali_ja_terveydenhuollon_kansallinen_kehittamisohjelma_KASTE_2008_2011_fi.pdf> Luettu 10.1.2011.

- Kiviniemi, Kari 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T. – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus. 63-83.
- Kivelä, Seija - Laakoli, Kari - Meyer, Raili – Paulig, Outi - Rantonen, Tarja 2008. Helsingin kaupungin sosiaaliviraston vanhusten palvelujen vastuualueen henkilöstösuunnitelma 2008-2017. Sisäinen verkko. <Y:\VAVA\Vastuualueen yhteiset\Henkilöstö>. Luettu 15.5.2011
- Koivula, Riitta 2009. Toimijuus ikääntyessä. Teoksessa Pohjolainen, Pertti – Heimonen, SirkkaLiisa (toim.) 2009: Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Oraita 1/9. Ikäinstituutti. 30-36.
- Koukkari, Marja 2011. Kuntoutujien käsityksiä kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Teoksessa Järvikoski, Aila – Lindh, Jari – Suikkanen, Asko (toim.) Kuntoutus muutoksessa. Tampere: Juvenes Print. 220-226.
- Kuuskoski, Eeva 2003. Vertaistoiminta osana ihmisyyttä. Teoksessa Niemelä, Jorma – Dufva, Virpi (toim.) 2003. Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat, Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituhanella. Juva: PS-Kustannus. 30-39.
- Kähärä-Wiik, Kaija – Niemi, Aira – Rantanen, Anneli 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Lahtonen, Maarit 1999. Keskustellen parempaan työyhteisöön. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Heikkinen, Hannu L.T. – Huttunen, Rauno – Moilanen, Pentti 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena kustannus. 201-220.
- Latvala, Eila 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Väitös. Verkkodokumentti. <<http://herkules oulu.fi/isbn9514250680/isbn9514250680.pdf>>. Luettu 3.6.2011.
- Laukkanen, Pia 2007. Toimintakyky ja ikääntyminen-käsitteestä ja viitekehystä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, Eino – Rantanen, Taina (toim.) 2., uudistettu painos, 2008. Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 261-272.
- Launis, Kirsti 1997. Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen, Juhani – Remes, Pirkko – Eteläpelto, Anneli (toim) 1997. Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylä: ER Paino Ky. 122-135.
- Lähdesmäki, Leena – Vornanen, Liisa 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita.
- Lönnoos, Eija 2008. Geriatrien kuntoutus. Teoksessa Hartikainen, Sirpa – Lönnoos, Eija (toim.) 2008. Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima. 278-287.
- Metteri, Anna 1996. Elämme muutosta, jossa yhteistyö on perusteltu valinta ja realistinen mahdollisuus. Teoksessa Metteri, Anna (toim.) 1996. Moniammatillisuus ja sosiaali-

työ. 2. muuttumaton paino. Helsinki: Oy Edita Ab.

Mäkinen, Elisa – Kruus-Niemelä, Maria 2009. Laitoksesta omaksi koettuun ympäristöön. Teoksessa Mäkinen, Elisa – Kruus-Niemelä, Maria – Roivas, Marianne (toim.) 2009. Ikäihmisen hyvä elämä, merkitys vanhustenkeskuksissa. Helsinki: Yliopistopaino. 118-121.

Mäkiniemi, Marja – Routasalo, Pirkko – Pitkälä, Kaisu 2005. Asiakaslähtöisyys kuntoutustyössä – ikäihmisen kuntoutuspolun solmukohti. Teoksessa Pitkälä, Kaisu – Savikko, Niina – Routasalo, Pirkko (toim.) Kuntoutuspolun solmukohtia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäkiniemi, Marja 2004. Ikäihmisten arjessa selviytyminen. Arviointiraportti KuntoValtti-projektin toimeenpanosta ja vaikuttavuudesta. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 122-145.

Mönkkönen, Kaarina 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena: vastaamisen, valan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto painatuskeskus.

Nummijoki, Jaana 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen. Teoksessa Engeström, Yrjö – Niemelä, Anna-Liisa - Nummijoki, Jaana – Nyman, Juha (toim.) 2009. Lupaava kotihoito, uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Juva: WS Bookwell Oy. 87-134.

Pohjola, Anneli 1999. Moniammatillinen asiantuntijuus. Teoksessa Virtanen, Päivi (toim.). Verkostoituvaa asiakastyötä. Tampere: Tammer-Paino Oy. 110-128.

Poon, Leonard W. – Chodzko-Zajko, Wojtek – Tomporowski, Phillip D. 2006. Active living, cognitive functioning, and aging. Printed in the United States of America. Human kinetics.

Portin, Päivi 2011. Sosiaaliviraston kehittämiskonsultti. Tiedonanto sähköpostitse kirjaamisen auditoinnista. 12.8.2011.

Päivärinta, Eeva – Haverinen, Riitta 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Stakes. Oppaita 52. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Päivätoiminnan koordinoitiryhmä 2011. Päivätoiminnan asiakasprosessin sanallinen kuvaus. Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto. Sisäinen verkko. <Y:\VAVA\Vastuualueen yhteiset\Päivätoiminta\Päivätoiminnan koordinaatioryhmä\2011>. Luettu 8.8.2011.

Päivätoiminnan koordinoitiryhmä 2009. Kokousmuistio. Sisäinen verkko. <Y:\VAVA\Vastuualueen yhteiset\Päivätoiminta\Päivätoiminnan koordinaatioryhmä\2009>. Luettu 17.2.2011.

Rekola, Leena 2008a. Asiantuntijoiden yhteistyön johtaminen. Teoksessa Isoherranen, Kaarina – Rekola, Leena – Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 145-160.

Rekola, Leena 2008b. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen vaikuttavia kehitysuuntia. Teoksessa Isoherranen, Kaarina – Rekola, Leena – Nurminen, Raija 2008. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 10-25.

Räsänen, Riitta. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu. Ympäri vuorokautisessa hoidossa sekä hoidon ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja. Tampere: Juvenes Print.

Salmelainen, Ulla 2008. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 98. Tiedon välittyminen ja rakentuminen kuntoutuksessa, moniammatillinen asiantuntijayhteistyö ikäihmisten laitosmuotoisessa kuntoutuksessa. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

STM 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 3. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Yliopistopaino.

STM 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2006: 11. Sosiaalihuolto Suomessa. Helsinki. Verkkodokumentti.

<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7157.pdf>. Luettu 13.5.2011.

STM 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:19. Kuntoutuksen tutkimuksen kehittämisohjelma. Helsinki.

Sosiaalivirasto 2007. Helsingin kaupungin vanhusten päivätoiminnan määritelmä sekä sisältö. Sisäinen verkko. <Y:\VAVA\Vastuualueen yhteiset\Päivätoiminta>. Luettu 9.1.2011.

Sosiaalivirasto 2008. Pysyväisohje, vanhusten päivätoiminta. Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto, vanhusten palveluiden vastuualue. Sisäinen verkko. <Y:\VAVA\Vastuualueen yhteiset\Päivätoiminta>. Luettu 17.2.2011.

Sosiaalivirasto 2010a. Sisäinen verkko. <Y:\VAVA\Vastuualueen yhteiset\Päivätoiminta\Päivätoiminnan koordinaatioryhmä\2010>. Luettu 17.2.2011.

Sosiaalivirasto 2010b. Päivätoiminnan henkilöstömitoitus huhtikuussa 2010. Sisäinen verkko. <Y:\VAVA\Vastuualueen yhteiset\Päivätoiminta\Päivätoiminnan koordinaatioryhmä\2010>. Luettu 17.2.2011.

Sosiaalivirasto 2011. Sosiaaliviraston kehittämispalveluiden työvälineitä. Helsingin kaupungin sähköinen työpöytä. Sisäinen verkko. Päivitetty 17.3.2011. <hemi/sosv/kehittäminen/osaamisenkehittäminen/menetelmät> Luettu 27.3.2011.

Sosiaaliviraston esite 2007. Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto – Kumppani asukkaiden arjessa. Verkkodokumentti.

<http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/4cc57e804c257a6ca9d4ad5915a65e14/os_yleis-suomi.pdf?MOD=AJPERES> Luettu 20.2.2011.

Säilä, Minna 2011. Sosiaaliviraston kehittämiskonsultti. Suullinen tiedonanto puhelimitse 17.2.2011.

- Tapio, Kirsi 2004. Rakasta, kärsi, kirjoita. Tutkimus dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden naisten ja miesten hoitokokemuksesta. Väitöskirja. Verkkodokumentti. <<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6152-5.pdf>>. Luettu 30.5.2011.
- Tepponen, Pirkko 2003. Yli 75-vuotiaiden kotihoitoasiakkaiden palvelujen toteutuminen pääkaupunkiseudulla. Väitöskirja. Helsinki: Yliopistopainos.
- THL 2011. Verkkosivut. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/periaatteet/monialaisuus>. Luettu 17.9.2011.
- Tollén, Anita – Fredriksson, Carin – Kamwendo, Kitty 2007. Elderly person`s expectations of day care rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 14: 173-182.
- Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.
- Turner-Stokes, Lynne 2009. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. *Clinical Rehabilitation* 23: 362-370.
- Valokivi, Heli 2008. Kansalainen asiakkaana. Tutkimus vanhusten ja lainrikkojien osallisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista. Verkkodokumentti. <<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7181-0.pdf>>. Luettu 20.9.2011.
- Valvanne, Jaakko 2003. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, Reijo – Hervonen, Antti – Jäntti, Pirkko – Lehtonen, Aapo – Sulkava, Raimo (toim). *Geriatría. 1. painoksen (2001) muuttumaton jatkopainos*. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Vilka, Hanna 2007. Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy.
- Virkkunen, Anne 2001. Omin voimin kotona - Laadukkaita elinpäiviä kotona asumisen tueksi-osanake. Helsinki: Tyyli-paino Oy.
- Virkola, Elisa 2009. Muistisairaiden ihmisen toimintakyvyn arviointi. Teoksessa Pohjolainen, Pertti – Heimonen, SirkkaLiisa (toim.) 2009: *Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen*. Oraita 1/9. Ikäinstituutti. 74-88.
- Vähäkangas, Pia 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitös. Verkkodokumentti. <<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf>>. Luettu 20.10.2011.
- WHO, Stakes 2004. ICF, toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Ohjeita ja luokituksia 2004: 4. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hyvä kyselytutkimukseen osallistuja,

Tällä kyselyllä on tarkoitus kartoittaa hoitotyön suunnitelman laatimisen nykytilaa vanhusten päivätoimintayksiköissä. Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitotyön suunnitelman laadintakäytäntöä.

Kyselyyn vastataan nimettömästi. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista.

Kysely on samalla tutkijan Metropolia ammattikorkeakoulun kuntoutuksen ylemmän AMK-tutkinnon koulutusohjelmassa toteutettavaa opinnäytetyötä. Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta on alkuvuodesta 2012. Kirjallinen raportti tulee löytymään Kallion Virastotalosta, vanhusten vastuualueen kirjaamisen kehittämisestä vastaavalta kehittämiskonsultilta sekä ammattikorkeakoulujen verkkokirjastosta <www.theseus.fi>

Pyydän sinua ystävällisesti laittamaan vastauksesi suljettuun kirjekuoreen. Sopikaa yhteisesti yksikössänne, kuka kerää suljetut kirjekuoret ja toimittaa ne sisäpostilla alla olevaan osoitteeseen 8.4.2011 mennessä.

Vastaa mielelläni lisäkysymyksiin.

Ystävällisin terveisin

Jenniina Bies-Wikgren

**Riistavuoren Vanhustenkeskus
Fysioterapia
Isonnevantie 28, 00320
PL 8580**

p. 09-310 24329
jenniina.bies-wikgren@hel.fi

Arvoisa asiakaskohtaisen toimintaohjelman kehittämiseen osallistuja,

on arvokasta, että osallistut ryhmään, jonka tarkoituksena on kehittää asiakaskohtaista toimintaohjelmaa henkilökunnan käyttöön. Tuotoksena syntyy kuvaus monialaisesti asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisesta.

12-henkinen ryhmä kokoontuu 2-3 kertaa huhti - toukokuun 2011 aikana Riistavuoren Vanhustenkeskuksen tiloissa. Ensimmäinen kokoontuminen on kestoaltaan 1½ tuntia ja seuraavat 1-2 tapaamista ovat kukin kestoaltaan 1 tunnin.

Ryhmäkeskustelujen tallennukseen käytetään videointia. Videot siirretään tietokoneen kiintolevylle tarkempaa käsittelyä varten, jonka jälkeen videotiedostot poistetaan videokameran kiintolevyltä. Tietokone, jolla videot ovat vaatii käyttäjätunnuksen. Litterointi tapahtuu videoilta niin, ettei tunnistetietoja käytetä, litteroinnin jälkeen videot tietokoneen kiintolevyltä hävitetään. Videoilta litteroidaan ainoastaan keskustelu.

Tutkimus on samalla tutkijan Metropolia ammattikorkeakoulun kuntoutuksen ylemmän AMK-tutkinnon koulutusohjelmassa tehtävä opinnäytetyö. Kirjallisen raportin arvioitu valmistumisajankohta on alkuvuodesta 2012. Kirjallinen raportti tulee löytymään Kallion Virastotalosta, vanhusten vastualueen kirjaamisen kehittämisestä vastaavalta kehittämiskonsultilta sekä ammattikorkeakoulujen verkkokirjastosta <www.theseus.fi>

Vastaan mielelläni lisäkysymyksiin.

Ystävällisin terveisin

Jenniina Bies-Wikgren

Riistavuoren Vanhustenkeskus
Fysioterapia
Isonnevantie 28, 00320
PL 8580

p. 09-310 24329
jenniina.bies-wikgren@hel.fi

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Olen lukenut ja ymmärtänyt tiedotteen ja saanut siitä riittävän selvityksen opinnäytetyön tarkoituksesta, tietojen keräämisestä, säilyttämisestä ja hävittämisestä. Olen saanut tarvittaessa lisätietoja opinnäytetyöstä suullisesti ja ymmärrän, että voin myös jatkossa kysyä opinnäytetyöstä.

Ymmärrän, että osallistumisena on vapaaehtoista. Voin perustelematta keskeyttää osallistumiseni opinnäytetyöhön milloin tahansa. Löydän tiedotteesta ja tästä sopimuksesta yhteystiedot keskeytyksen ilmoittamista varten.

Suostun opinnäytetyöhön vapaaehtoisesti

Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Jenniina Bies-Wikgren

Riistavuoren Vanhustenkeskus

Fysioterapia

Isonnevantie 28, 00320

PL 8580

p. 09-310 24329

jenniina.bies-wikgren@hel.fi

Tämä sopimus on tehty kahtena kappaleena

Metropolia ammattikorkeakoulu, opinnäytetyö
Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto
Vanhusten päivätoiminta

Ympyröi mielestäsi sopivin vaihtoehto siihen, miten laadit **hoitotyön suunnitelman** asiakkaalle vanhusten päivätoiminnassa. Anna lisäselvitys tarvittaessa avoimeen kohtaan (ympyröi yksi vaihtoehto/kysymys).

Vastaajan ammatti: _____

1. Ketkä osallistuvat pääsääntöisesti hoitotyön suunnitelman laatimiseen?

a) Vastuuhoitaja

b) Vastuuhoitaja sekä asiakas/omaiset

c) Vastuuhoitaja yhdessä erityistyöntekijöiden kanssa (esim. fysioterapeutti/toimintaterapeutti)

d) Vastuuhoitaja sekä asiakas/omaiset yhdessä erityistyöntekijöiden kanssa

e) Vastuuhoitaja ja muut kuin yllä mainitut

Ketkä? _____

2a. Mitkä tekijät edistävät hoitotyön suunnitelman laatimista monialaisesti asiakkaan, omaisten ja monialaisen tiimin kanssa?

2b. Mitkä tekijät estävät hoitotyön suunnitelman laatimista monialaisesti asiakkaan, omaisten ja monialaisen tiimin kanssa?

3. Kuinka usein hoitotyön suunnitelmaa laaditaan yhdessä kotihoidon kanssa?

a) Aina

b) Joskus

c) en koskaan

Mitkä tekijät edistävät hoitotyön suunnitelman laadintaa yhdessä kotihoidon kanssa?

Mitkä tekijät estävät hoitotyön suunnitelman laadintaa yhdessä kotihoidon kanssa?

4. Ketkä mielestäsi omaisena voivat osallistua hoitotyön suunnitelman laadintaan?

5. Merkitsetkö lomakkeeseen laatijat silloin kun suunnitelma on laadittu monialaisesti?
(ks. alla oleva kuva)

- a) Kyllä
- b) En
- c) Joskus



6. Missä määrin ja miten hoitotyön suunnitelma ohjaa asiakkaan arjessa selviytymisen tukemista?

7. Tiedätkö mitä tarkoitetaan asiakaskohtaisella toimintaohjelmalla?

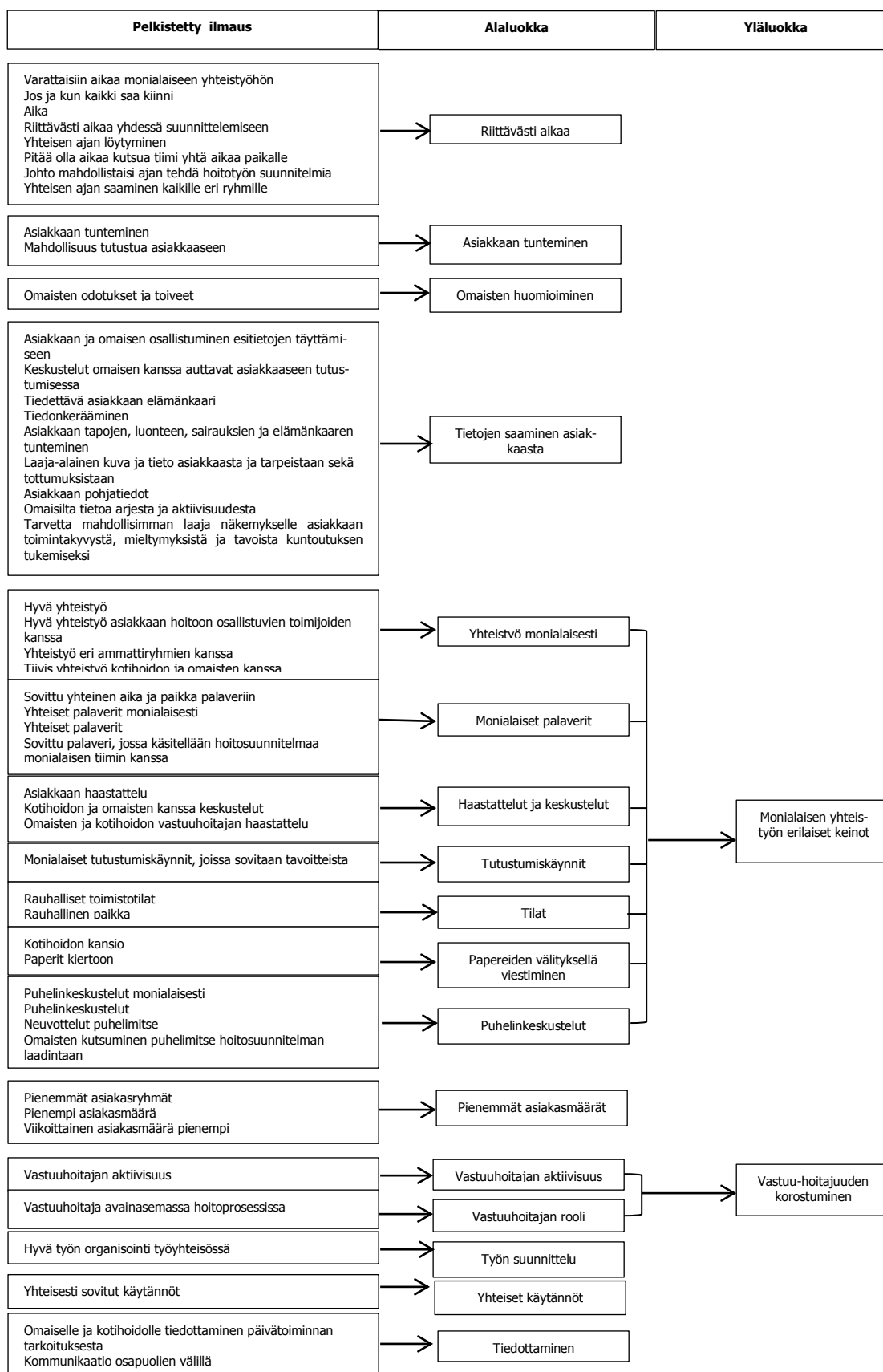
- a) Kyllä
- b) En

Mitä se mielestäsi tarkoittaa?

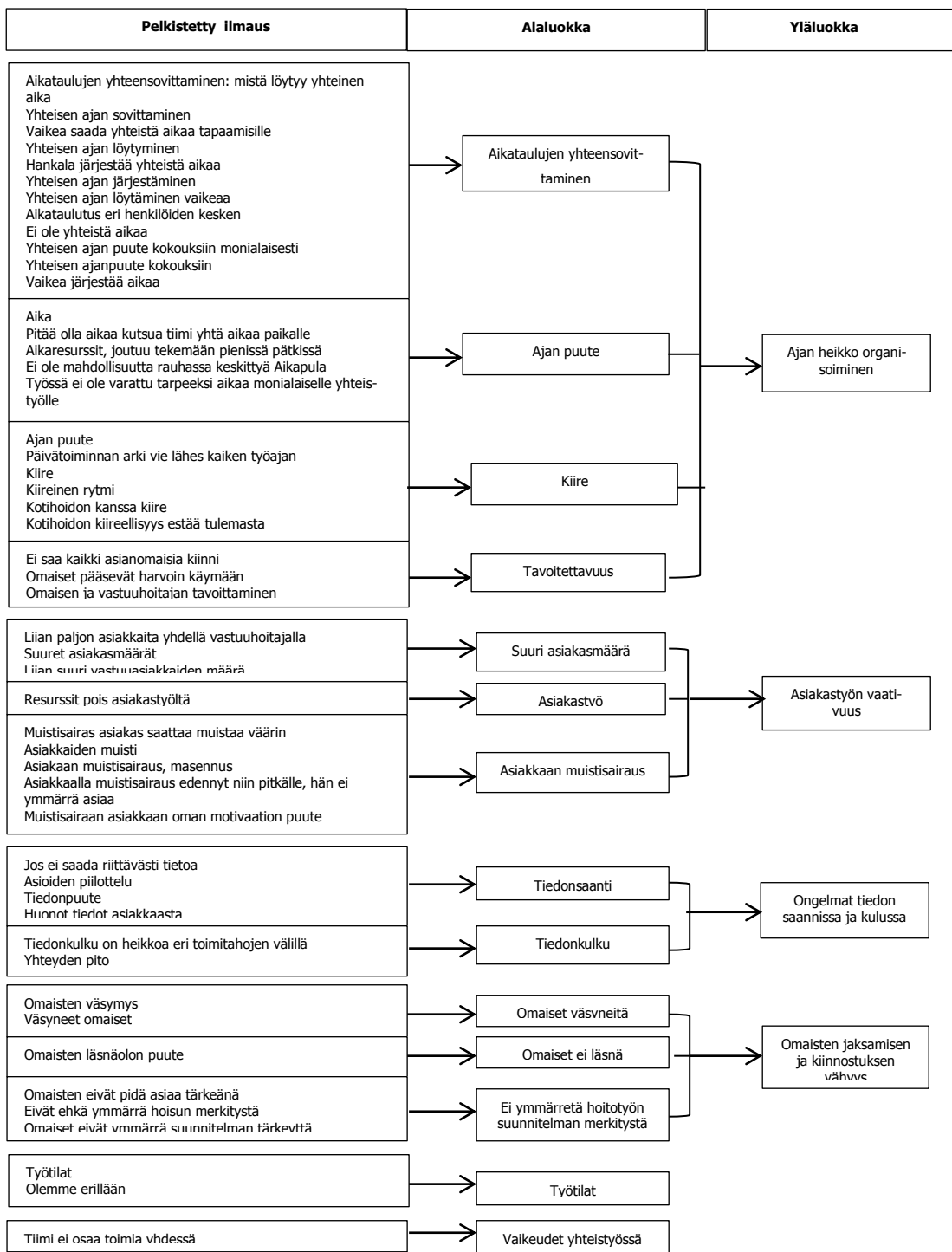
8. Kehittämisehdotuksia siitä, miten mielestäsi hoitotyön suunnitelman laatimiskäytäntöä pitäisi kehittää

Kiitos ajastasi ja vastauksestasi!

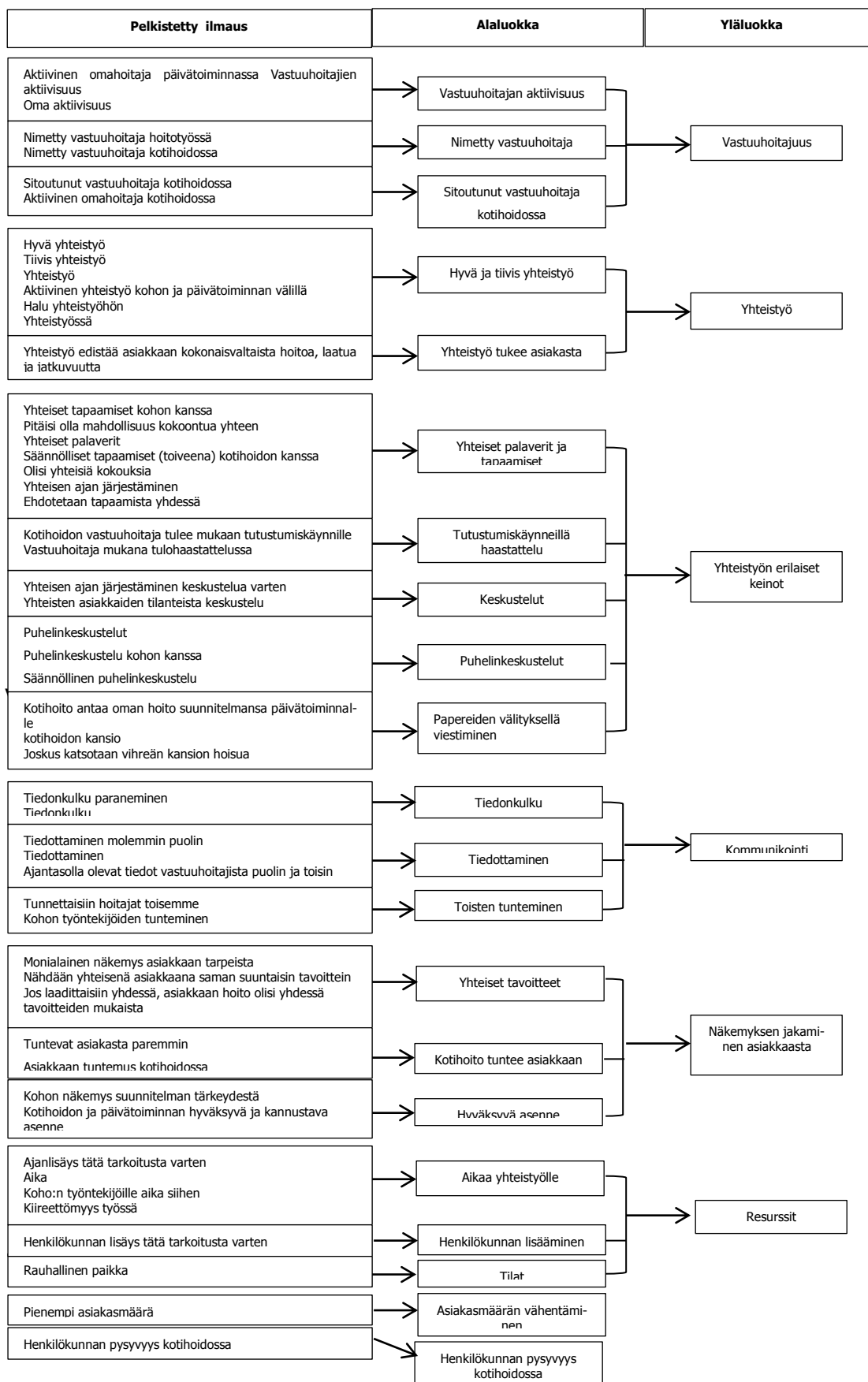
Sisällönanalyysi kyselyn kysymyksestä 2a: mitkä tekijät edistävät hoitotyön suunnitelman laatimista monialaisesti asiakkaan, omaisten ja monialaisen tiimin kanssa? Vastauksia 36 (n= 39), analysointiyksikkönä ajatuksellinen kokonaisuus



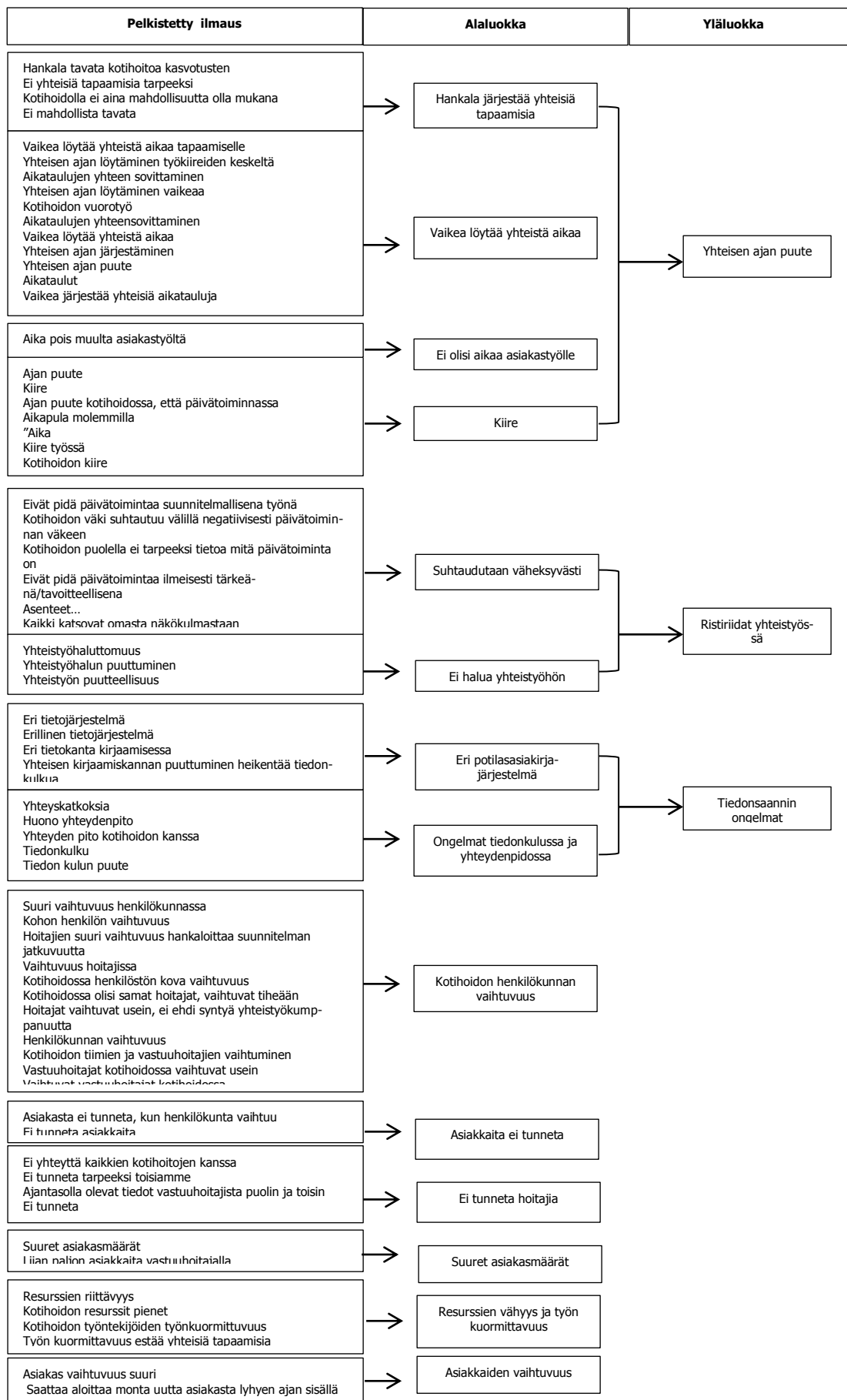
Sisällönanalyysi kyselyn kysymyksestä 2b: mitkä tekijät estävät hoitotyön suunnitelman laatimista monialaisesti asiakkaan, omaisten ja monialaisen tiimin kanssa? Vastauksia 37 (n= 39), analysointiyksikkönä ajatuksellinen kokonaisuus



Sisällönanalyysi kyselyn kysymykseen 3a: mitkä tekijät edistävät hoitotyön suunnitelman laadintaa yhdessä kotihoidon kanssa? Vastauksia 36, n= 39, analyysiyksikkönä ajatuksellinen kokonaisuus



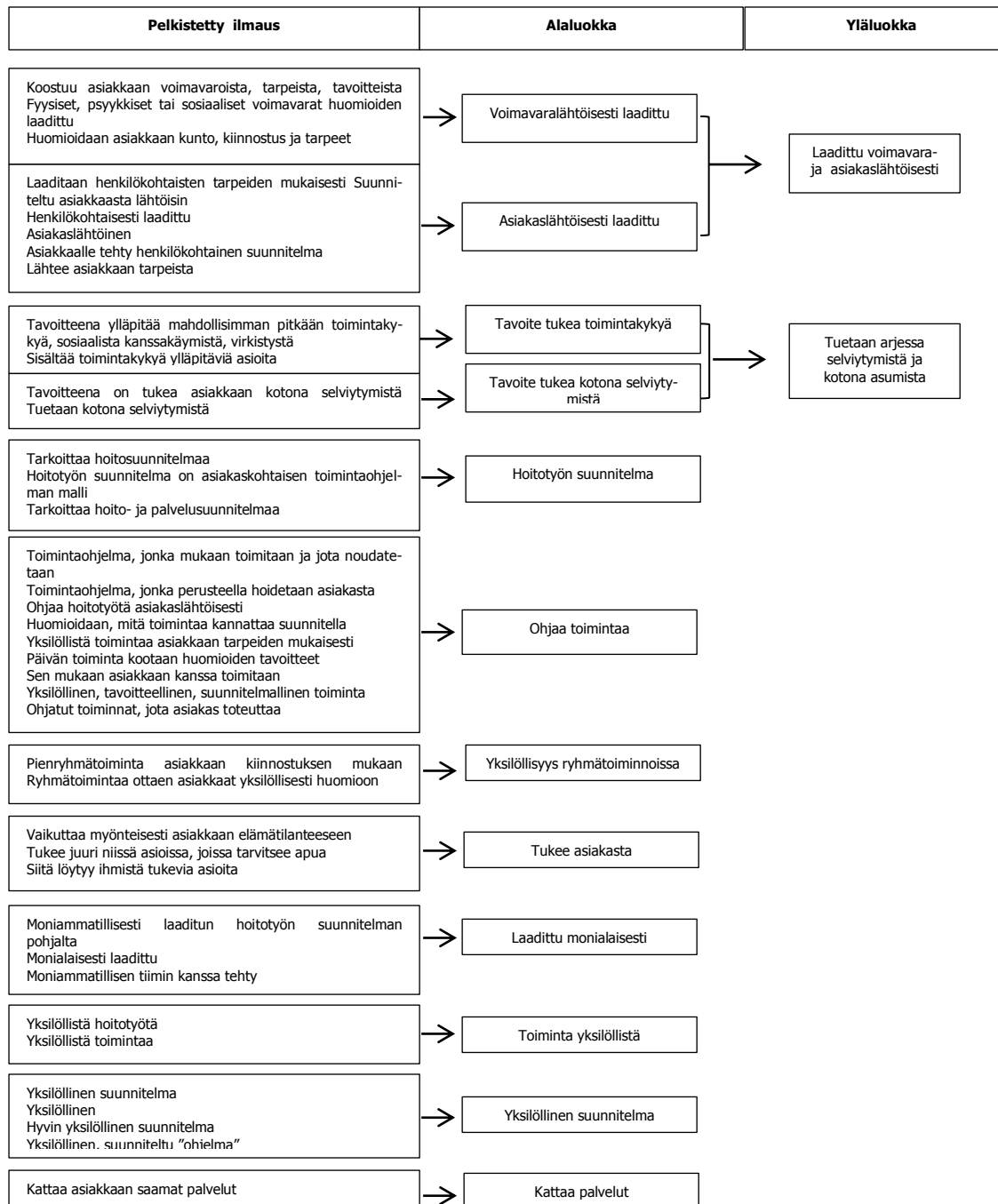
Sisällönanalyysi kyselyn kysymykseen 3b: mitkä tekijät estävät hoitotyön suunnitelman laadintaa yhdessä kotihoidon kanssa?
Vastauksia 38, n= 39, analyysiyksikkönä ajatuksellinen kokonaisuus



Sisällönanalyysi kyselyn kysymykseen 6: missä määrin ja miten hoitotyön suunnitelma ohjaa asiakkaan arjessa selviytymisen tukemista? Vastauksia 37, n= 39, analyysiyksikkönä ajatuksellinen kokonaisuus

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Suunnitelma perusta asiakkaan selviytymisen tukemiselle Tulee laatia niin, että tavoitteet tukevat asiakkaan arjessa selviytymistä Antaa viitekehysten, mitä tukea ja harjoittaa, jotta tukisi arjessa selviytymistä Jos suunnitelma on tehty voimavara- ja yksilöllisesti asiakkaan kanssa tukee se arjessa selviytymistä Voimavara- ja yksilöllisesti, päivittäisiin toimintoihin perustuva suunnitelma parantaa arkea Tuetaan arjen selviytymisissä peilaten hoitotyöhön Tavoitteet määrittävät asiakkaan arjessa selviytymisen tukemista Siihen laitetaan, missä asiakas tarvitsee tukemista	Hoitotyön suunnitelma tukee asiakkaan arjessa selviytymistä	Tärkeä tuki asiakkaan arjessa selviytymiseksi
Hoitotyön suunnitelma on olennainen Hoitotyössä melkein raamattu Erittäin tärkeä suunnan antaja ja laadunvarmistaja	Hoitotyön suunnitelma nähdään tärkeänä	
Laaditaan asiakkaan tarpeiden mukaisesti Laaditaan asiakkaan tarpeista	Laaditaan asiakkaan tarpeista	Laaditaan tarve- ja voimavara- ja yksilöllisesti
Huomioidaan millä osa-alueella on voimavaroja Siihen laitetaan asiakkaan voimavarat Huomioidaan asiakkaan voimavarat	Laaditaan voimavara- ja yksilöllisesti	
Tukee arjessa selviytymistä jos suunnitelmat on yhdessä työyhteisössä käyty läpi Hyvin ohjaa jos kaikki tiimin jäsenet tietävät, mitä kunkin hoitotyön suunnitelmassa lukee ja pitää sovitusta kiinni Pitäisi olla esillä kaikille työntekijöille Mikäli se on laadittu monialaisesti, kaikki pitävät suunnitelmasta kiinni Hoitotyön suunnitelmasta uusi työntekijä näkee miten asiakas selviytyv arjessa ja missä tukea tarvitsee	Ohjaa toimintaa, jos tiedossa muilla	Toiminnan ohjaaja
Pyritään toimimaan hoitotyön suunnitelmien keinojen mukaan Täysin ohjaa Toimitaan hoitosuunnitelman mukaisesti Pyritään toimimaan suunnitelman mukaisesti Suunnitelman perusteella hoidetaan asiakasta Suunnitelma tuo esille millä keinoilla ja toimintatavoilla tuetaan ja vahvistetaan Asiat, joihin kiinnitetään tarkempaa huomiota löytyvät hoitotyön suunnitelmista	Ohjaa toimintaa	
Tällä hetkellä ei juurikaan ohjaa Päivän toimintoja ei suunnitella hoitosuunnitelman mukaisesti Kerran viikossa käyvän asiakkaan kohdalla ei kovinkaan paljon Melko vähän Jonkin verran – parantamisen varaa olisi kyllä Vaikea päivittäin toteuttaa suuren asiakasmäärän vuoksi	Ohjaa arjessa vähän	
Suunnitelma auttaa kun ei tunne asiakasta tai asiakas ei itse pysty kertomaan Antaa tietoa kaikille osapuolille, jotka ovat tekemisissä asiakkaan kanssa Suunnitelmassa pitäisi näkyä ydinasiat	Antaa tietoa	
Omien vastuuhoidettavien kohdalla sisältö tiedossa Ei niitä ehdi lukea, jonka hoitaja ei ole Vähäistä tutustumista muiden asiakkaiden hoitotyön suunnitelmiin Vaikeuksia löytää aikaa lukea toisten hoitajien tekemiä suunnitelmia	Ei tunneta muiden hoitotyön suunnitelmia	
Suunnitelmat vs. tavoitteet ovat yhteistavoitteita kävijöille Antaa suuntaviivat, ei ole ehkä kovin yksityiskohtainen	Suunnitelmat yleisellä tasolla	
Suunnitelma tulee olla realistinen, arjen tilanteisiin sopiva ja tukeva Päivätoiminnan rooli arjen selviytymisessä pieni, jos asiakas käy 1x vko	Suunnitelmien realismi	
Se toimii arviointina, jos tilanne muuttuu Seurataan ja päivitetään suunnitelmia tarpeen mukaan Voidaan tarkentaa hoidon jatkuvuutta Arvioidaan yksilöllisesti Arvioidaan monialaisesti Jos tilanne muuttuu tehdään väliarvio Voivat muuttua myöhemmin	Toimii arvioinnin välineenä	

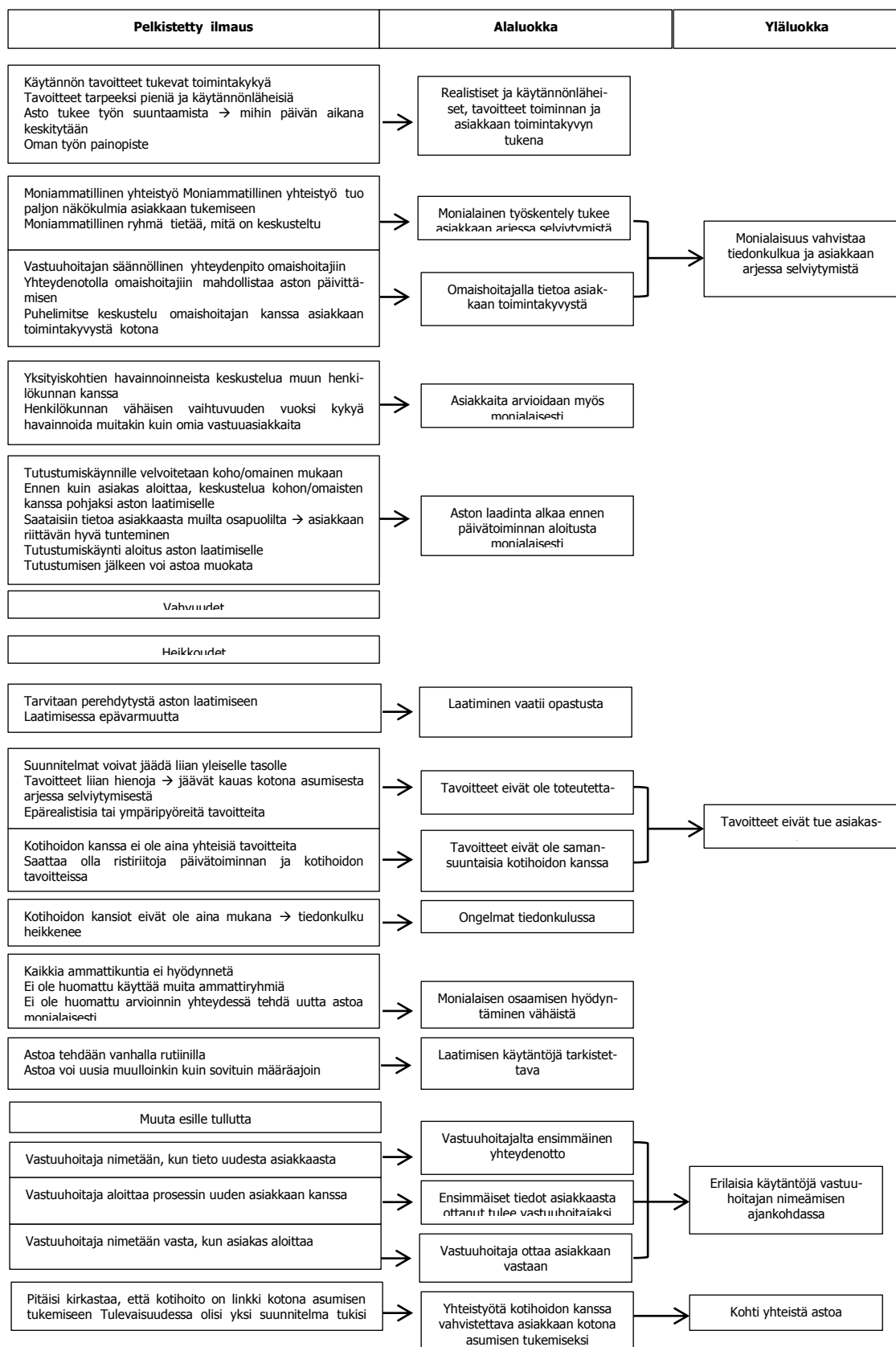
Sisällönanalyysi kyselyn kysymykseen 7: mitä se mielestäsi tarkoittaa (ed. suljettu kysymys ollut *tiedätkö mitä tarkoitetaan asiakaskohtaisella toimintaohjelmalla*)? Vastauksia 16 ,n= 39, analyysiyksikkönä ajatuksellinen kokonaisuus



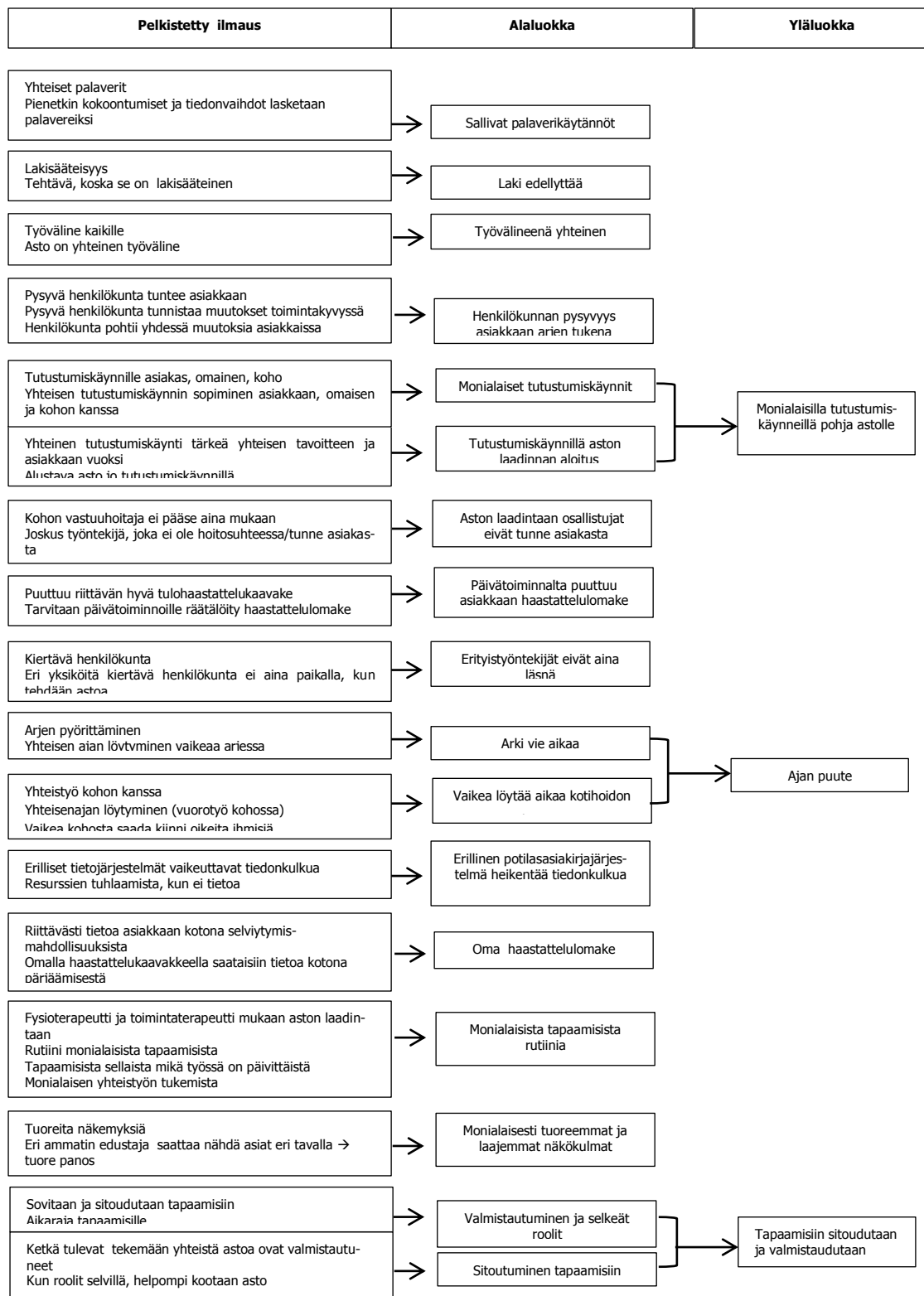
Sisällönanalyysi kyselyn kysymykseen 8: Kehittämissuhteita siitä, miten mielestäsi hoitotyön suunnitelman laatimiskäytäntöä pitäisi kehittää. Vastauksia 25 ,n= 39, analyysiyksikkönä ajatuksellinen kokonaisuus

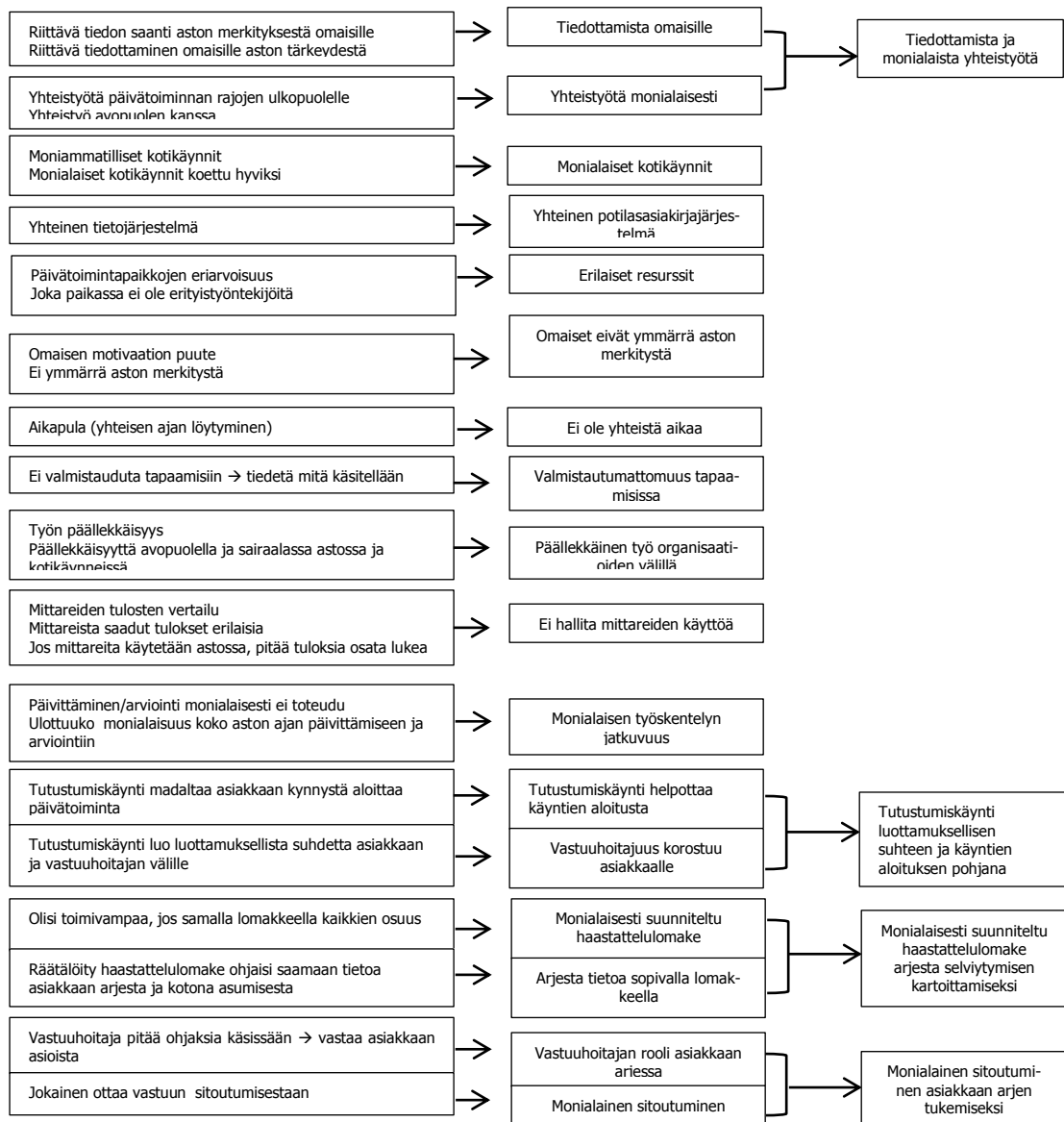
Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
HOISU pois → kattava tiivistelmä riittää päivätoimintaan Hoison voisi jättää, jostitiivistelmäsiivouksista kehitettyä "Korttia" missä olisi kuvat Suunnitelma tiivistelmä/hoison yhdistelmä Yksinkertaistamalla hoitotyön suunnitelma yhdessä tiivistelmän kanssa Tiivistelmäsiivouksista voisi kattavammaksi	→	Hoitotyön suunnitelmalle vaihtoehtoja
Kohon kanssa voisi verrata hoisuja → olla samoilla linjoilla Kotihoito antaa kaikki paperit päivätoimintaan asiakkaan haastatteluhetkellä	→	Yhteistyössä kotihoidon kanssa
Kotihoidon kanssa tehtävä yhteistyö voisi tulevaisuudessa tarkoittaa myös yhteistä hoitosuunnitelmaa	→	Kohti yhteistä hoitotyön suunnitelmaa
Olla aikaa tehdä suunnitelmia Tarvittava aika Mistä saataisiin lisää aikaa? Pitäisi antaa aikaa Aikaa hoitotyön suunnitelman tekemiseen	→	Aikaa
Omaista ym. hoitoverkoston pitäisi ottaa mukaan suunnitelmaan Pitäisi laatia ehdottomasti monialaisesti Tehtäisiin aina monialaisessa tiimissä Ennen kaikkea mahdollisimman moniammatillinen ryhmä ja omaiset Toteutettaisiin enemmän moniammatillisesti Monialainen tiimi kokoon Voisi hioa vielä moniammatillisesti tiimissä Tärkeää, että asiakas itse mukana laatimassa suunnitelmaa	→	Laaditaan monialaisesti
Arviointi monialaisesti Asiakkaan kanssa 3-4x vuodessa	→	Arvioidaan monialaisesti
Ainakin valmiit hoisut esiteltäisiin työryhmälle Hoitosuunnitelmia esitellään tiimissä Kaikkien asiakkaiden suunnitelmat pitäisi käydä tiiminä	→	Esitellään tiimille
Perehdytys tekemiseen Koulutusta (yksilöllinen ohjaus) Saada vinkkejä ja tukea hoisujen laatimisessa Laatimisohteita paljon, mutta miten hyödyntää?	→	Tarvetta koulutukselle
Nykyinen käytäntö riittävä	→	Ei tarvetta kehittämiselle
Asioista voi sopia helpommissa tapauksissa puhelimen välityksellä Säästäisi kaikkien työaikaa, kun ei tehtäisi suunnitelmia erikseen	→	Ajankäytön tehostaminen
Monialainen laadintakäytäntö parantaisi tiedonkulkua	→	Tiedonkulun tehostuminen

Sisällönanalyysi ensimmäisestä ryhmätapaamisesta: Mitkä ovat asiakaskohtaisen toimintaohjelman laatimisen heikkoudet ja vahvuudet ikääntyneen arjessa selviytymisen ja kotona asumisen tukemisen suhteen?
Analyysiyksikkönä ajatuksellinen kokonaisuus



Sisällönanalyysi toisesta ryhmätapaamisesta: Miten asiakaskohtainen toimintaohjelma laaditaan monialaisesti käytännössä, jotta se tukee ikääntyneen arjessa selviytymistä ja kotona asumista? Analyysiyksikkönä ajatuksellinen kokonaisuus





Sisällönanalyysi kolmannelta ryhmätapaamisesta: Vahvistusta saatuihin tuloksiin. Analyysiyksikkönä ajatuksellinen kokonaisuus

