

Teija Vanhala

KEHITYSVAMMAISTEN  
LYHYTAIKAISHOIDON  
TOIMINTAKÄYTÄNTÖJEN  
SELVITTÄMINEN  
LAADUNHALLINNAN  
APUVÄLINEEKSI  
Kymenlaakson erityishuollon  
kuntayhtymässä

Opinnäytetyö  
Sairaanhoitaja AMK, tutkintoa täydentävät opinnot


Joulukuu 2009




**MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU**

Mikkeli University of Applied Sciences

# KUVAILULEHTI

 <p><b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences</p>		<b>Opinnäytetyön päivämäärä</b>  18.12.2009	
<b>Tekijä(t)</b> Vanhala Teija		<b>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</b> <b>Sairaanhoitaja Amk, tutkintoa täydentävät opinnot</b>	
<b>Nimeke</b> Kehitysvammaisten asiakkaiden lyhytaikaishoidon toimintakäytäntöjen selvittäminen ja kuvaaminen laadunhallinnan apuvälineeksi Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymässä			
<b>Tiivistelmä</b> <p>Kehitysvammaisten lyhytaikaishoidolla tarkoitetaan kehitysvammaisen asiakaan ympärivuorokautisen hoidon ja palveluiden järjestämistä muualla kuin vakituksessa asuinyksikössään tai omaishoitajan luona. Lyhytaikaishoidon tarve on lisääntynyt merkittävästi sen jälkeen kun laki omaishoidontuesta astui voimaan.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä kartoitettiin nykyisiä lyhytaikaishoidon toimintakäytäntöjä Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymässä. Tutkimus suoritettiin kyselytutkimuksena. Kysymyslomake sisälsi avoimia sekä strukturoituja kysymyksiä. Tutkimus suoritettiin viidellä osastolla, joilla tutkimushetkellä oli henkilökuntaa 58 työntekijää. Vastauksia palautui 48 kappaletta. Tutkimuksen määrällinen aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla käyttäen perustilastomenetelmiä. Ristiintaulukointia käytettäessä muuttujat luokiteltiin tutkimusyksiköiden mukaan. Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä. Lisäksi tuloksia havainnollistettiin kuvioin.</p> <p>Tutkimuksessa kysyttiin henkilökunnan käsityksiä lyhytaikaishoidon toteuttamisesta hoitoprosessin eri vaiheissa sekä työhön liittyvistä rakenteista sekä työn arvioinnista ja kehittämisestä. Kuvaus lyhytaikaishoidon toimintakäytännöistä on tarkoitettu jatkossa tutkimukseen osallistuneiden osastojen laadunhallinnan tueksi.</p> <p>Vastaavanlaista aiempaa tutkimusta aiheesta ei ole. Aineiston perusteella keskeisiksi johtopäätöksiksi muodostuivat: asiakkaan vastaanotto- ja kotiutustilanteen rauhoittaminen, hoitosuunnitelman ajantasaisuus ja hoitotyön kirjaamisen kehittäminen, työn arvioinnin ja kehittämisen säännöllisyys. Myös henkilöstömäärä koettiin riittämättömäksi. Nykyisessä tilanteessa henkilöstöresurssien lisääminen ei liene mahdollista, joten mahdollisimman hyvän hoidon toteuttamiseksi vaihtoehtona tulee olemaan resurssien oikea kohdentaminen ja toimintojen uudelleenjärjestely.</p>			
<b>Asiasanat (avainsanat)</b> kehitysvammaisuus, kehitysvammahuolto, hoitotyö, hoitoprosessit, laatu, laatutyö, asiakastyytyväisyys, asiakaslähtöisyys			
<b>Sivumäärä</b> 54 + 13 sivua liitteitä	<b>Kieli</b> Suomi	<b>URN</b> URN:NBN:fi:mamk-opinn2009A5447	
<b>Huomautus (huomautukset liitteistä)</b>			
<b>Ohjaavan opettajan nimi</b> Ansa Iivanainen		<b>Opinnäytetyön toimeksiantaja</b> Annukka Niemi	

## DESCRIPTION

 <b>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU</b> Mikkeli University of Applied Sciences		<b>Date of the bachelor's thesis</b>  18.12.2009
<b>Author(s)</b> Vanhala Teija		<b>Degree programme and option</b> Nurse, polytechnic, continuation studies
<b>Name of the bachelor's thesis</b> Identifying and describing the working methods used in short-term care for mentally handicapped customers to use as a tool in quality control in Kymenlaakso municipal union for Special Care		
<b>Abstract</b> <p>The short-term care of the mentally handicapped customer means organizing the 24-hour care and services somewhere else than in the permanent care unit or with the home care provider. The short-term care may be necessary because of many different reasons. The need for short-term care has increased significantly since the law providing home care has taken effect.</p> <p>This study charts the present short-term care policies in Kymenlaakso Municipal Union for Special Care. In the study the personnel were asked about their impressions of putting into practice short-term care in different stages of the care process, the structures involved in the work and the evaluation and development of their work. In the future the description of short-term care policies is meant to support quality control and help to design the quality criterion on the wards participating in the study.</p> <p>The study was conducted as an inquiry. The questionnaire included both open and structured questions. The study was conducted on five wards where, at the time of study, the number of personnel involved in the study was 58 workers. There were 48 returned answers. The quantitative material of the study was analysed with the SPss-program by using basic statistical paradigms: frequency and average. Using cross tabulation the variables were categorised according to research unit. The open questions were analysed using substance analysis. Furthermore the results were illustrated in figures.</p> <p>There is no former equivalent study of this subject. According the material the central conclusions are: calming down the times when the customer arrives or leaves, keeping the treatment plan up to date, developing the recording of the care, regularity in evaluating and developing the work. The number of personnel was also considered to be inadequate. Presently increasing the amount of personnel is not likely to happen. The alternative will be re-directing the resources and re-organizing the practises in order to carry out the best possible care.</p>		
<b>Subject headings, (keywords)</b> mentally handicapped, care for the mentally handicapped, care, care practises, quality, quality work, customer satisfaction, customer oriented approach		
<b>Pages</b> 54 + 13	<b>Language</b> Finnish	<b>URN</b> URN:NBN:fi:mamk-opinn2009A5447
<b>Remarks, notes on appendices</b>  		
<b>Tutor</b>  Ansa Iivanainen		<b>Bachelor's thesis assigned by</b>  Annukka Niemi

# SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	1
2	KEHITYSVAMMAISEN ASIAKKAAN LYHYTAIKAISHOITO .....	2
3	HOITOTYÖTÄ OHJAAVAT SÄÄDÖKSET, ARVOT JA ETIIKKA.....	4
3.1	Säädökset .....	5
3.2	Arvot ja periaatteet.....	7
3.2.1	Itsemääräämisoikeus ja ihmisen kunnioittaminen.....	8
3.2.2	Oikeudenmukaisuus .....	8
3.2.3	Tasa-arvo.....	8
3.2.4	Turvallisuus.....	9
3.2.5	Yksilöllisyys.....	9
3.3	Etiikka.....	10
4	LAADUNHALLINTA .....	10
4.1	Laadun määritelmä.....	10
4.2	Laatusuositukset.....	11
4.3	Laadunvarmistus ja laadunarviointi .....	12
4.4	Laatukriteerit .....	14
4.5	Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymän laatukriteerit.....	15
5	HOITOTYÖNSUUNNITELMA.....	16
6	TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	17
7	TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT .....	18
7.1	Tutkimuksen kohdeorganisaatio .....	18
7.2	Kyselylomake.....	19
7.3	Aineiston keruu ja analysointi.....	21
8	TUTKIMUSTULOKSET .....	22
8.1	Vastaajien taustatiedot ja lyhytaikaishoitopaikkojen käyttö .....	23
8.2	Lyhytaikaishoidon toteutus eri osastoilla.....	26
8.3	Osastojen väliset laadulliset erot lyhytaikaishoidon toteutuksessa .....	31
8.4	Lyhytaikaishoidon kehittäminen .....	34
9	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	38
9.1	Tutkimustulosten ja niiden merkitysten tarkastelua.....	39



9.1.1	Lyhytaikaishoidon toteutuminen .....	39
9.1.2	Laadulliset erot lyhytaikaishoidon toteutuksessa eri osastoilla.....	40
9.1.3	Lyhytaikaishoidon kehittäminen .....	41
9.2	Johtopäätökset.....	42
9.3	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	43
9.4	Pohdinta .....	44
LÄHTEET .....		48

## 1 JOHDANTO

Kehitysvammaisten lyhytaikaishoidolla tarkoitetaan sitä, että kehitysvammainen saa tarvitsemansa asunnon ja jokapäiväisessä suoriutumisessa tarvitsemansa palvelut ympärivuorokautisesti muualta kuin vakituisesta asumisyksiköstään tai omaishoitajan tarjoamana. Lyhytaikaishoidon perusteena voi olla tutkimus, kuntoutus, omaisten lepo tai vammaisen/sairaamiehen virkistäytyminen tai nuoren kehitysvammaisen muutto opiskelupaikkakunnalle. Yleisin syy lyhytaikaishoidon järjestämiseen on se, että kehitysvammainen siirtyy omaishoitajan vapaan ajaksi kodin ulkopuolelle. (Kehitysvammaliitto 2008. Suosalmi 2008, 2.)

Lyhytaikaishoitoa järjestävät kunnat, yksityiset palvelujen tuottajat ja erityishuoltopiirit. Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymän yhtenä tehtävänä on järjestää lyhytaikaishoitoa asiakkailleen eri toimipisteissä. Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymässä palveluja järjestetään ensisijaisesti kehitysvammaisille sekä eri lailla vammautuneille ja pitkäaikaissairaille, jotka hyötyvät palveluista ja tutkimuksista. Hoidon on oltava ammatillisesti ja eettisesti korkeatasoista, niin että hoitavat omaiset mielellään jättävät omaisensa sinne. (Kehitysvammaliitto 2008, Suosalmi 2008, 2.)

Kuntien vammaishuolto turvaa lakisääteiset palvelut vammaisille. Vammaisten henkilöiden palveluja ja tukitoimia määrittää ensisijaisesti sosiaalihuoltolaki 710/1982. Lisäksi ovat laki kehitysvammaisen erityishuollosta 519/1977 ja laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä tukitoimista 380/1987. Tulevaisuuden tavoite on yksi vammaisten henkilöiden palveluita ja tukitoimia koskeva laki. Vammaispalvelulaki (tullut voimaan 1.9.2009) on askel kohti kehitysvammalain ja vammaispalvelulain yhdistämistä. (Kumpuvuori 2008, 12.) Lakien perusteella kehitysvammapalveluihin ovat oikeutettuja henkilöt, joiden kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi tai henkilöt, jotka muuten hyötyvät palveluista (Kaski ym. 2001, 20-21).

Järjestelmällinen laadunhallinta on osa organisaation ja työntekijän oman työn johtamista ja suunnittelua. Laadunhallinnan tueksi tarvitaan tietoa tavoitteiden toteutumisesta ja toiminnasta. Tämä edellyttää toiminnan seuranta ja seurantatulosten arviointia sekä

organisaation että työyksikön tasolla. Laatuksiteeri kertoo meille, millaista tulosta ja laatuatasoa tavoittelemme. (Idänpää-Heikkilä ym. 2002, 1.)

Taloudellisesti epävakaaassa tilanteessa hyvän hoidon toteuttaminen näkyy käytännön työssä tehtävinä valintoina. Resurssien niukkuus yhdistettynä henkilöstöpulaan, edellyttää henkilökunnalta valintoja käytännön työn toteutuksessa, jonka johdosta monet kokevat, etteivät kykene tekemään työtä niin hyvin kuin haluaisivat. Tämä käytännössä koettu tosiasia on vaikuttanut myös tämän opinnäytetyön aiheen valintaan.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli saada selville nykyisiä toimintakäytäntöjä kehitysvammaisen asiakkaan lyhytaikaishoidossa. Aineisto kerättiin kyselytutkimuksena, jolla koottiin henkilökunnan käsityksiä lyhytaikaishoidon toteutuksesta ja hoidon laatuun vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksen tavoitteena oli saada kehittämisohdotuksia lyhytaikaishoitoa toteuttavalta henkilökunnalta. Tuloksia on tarkoitus hyödyntää laatimalla yhtenäiset toimintakäytännöt ja laatuksiteerit eri yksiköille. Tutkimus kohdistettiin viiteen laitoshuollon yksikköön, joissa on tutkimus- ja kuntoutusjaksoja, psykiatrista hoitoa sekä lomahoitoa.

## **2 KEHITYSVAMMAISEN ASIAKKAAN LYHYTAIKAISHOITO**

Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymän tehtävänä on tuottaa ja kehittää erityisasi-  
antuntijapalveluja kehitysvammaisille. Palvelut ovat erilaista asumista ja hoitoa, kun-  
toutusta, tutkimuksia, perhehoitoa, vaikeammin vammaisten lasten opetusta, päivä- ja  
työtoimintaa, kursseja ja leirejä, viittomakielistä tulkkausta sekä koulutusta ja työnohja-  
usta. (Kymenlaakson erityishuollonkuntayhtymä a.)

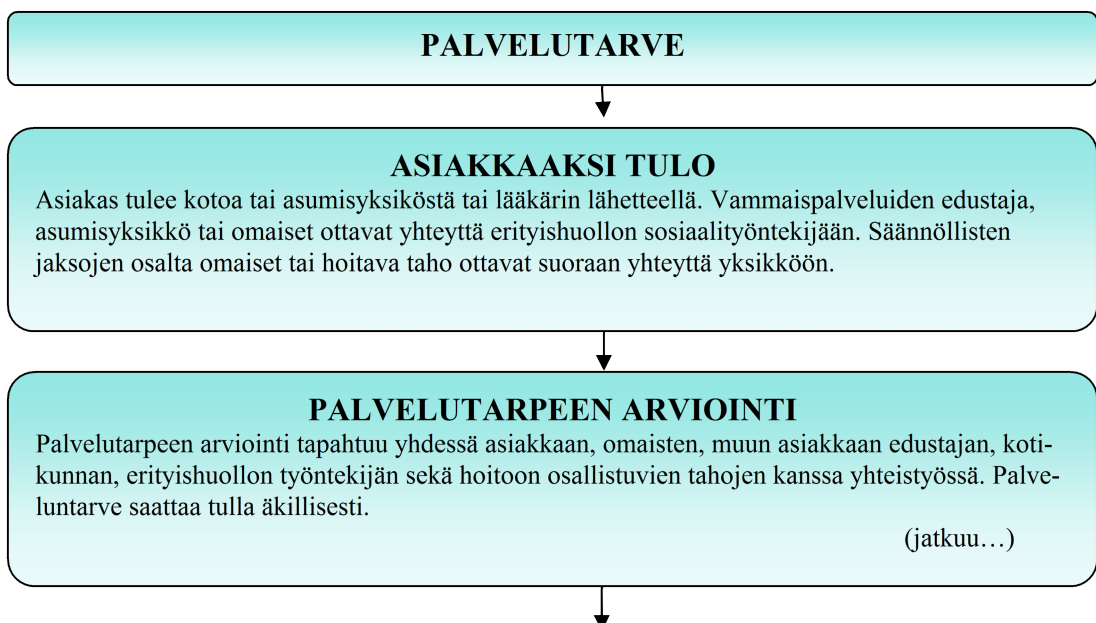
Asiakkaan palveluntarve määrittää minkä tyyppisestä lyhytaikaishoidosta kulloinkin on  
kyse (ks. Kuvio1.). Lyhytaikaishoitoa ovat tutkimus- ja kuntoutusjaksot, psykiatrinen  
hoito, lomahoito, asumisvalmennus, opiskelijoiden asumispalvelu, asumistaitojen kar-  
toitus, ryhmälomitus, leirit ja perhehoito. Seuraavassa kerrotaan lyhytaikaishoitajak-  
soista, joita tutkittavilla osastoilla toteutetaan.

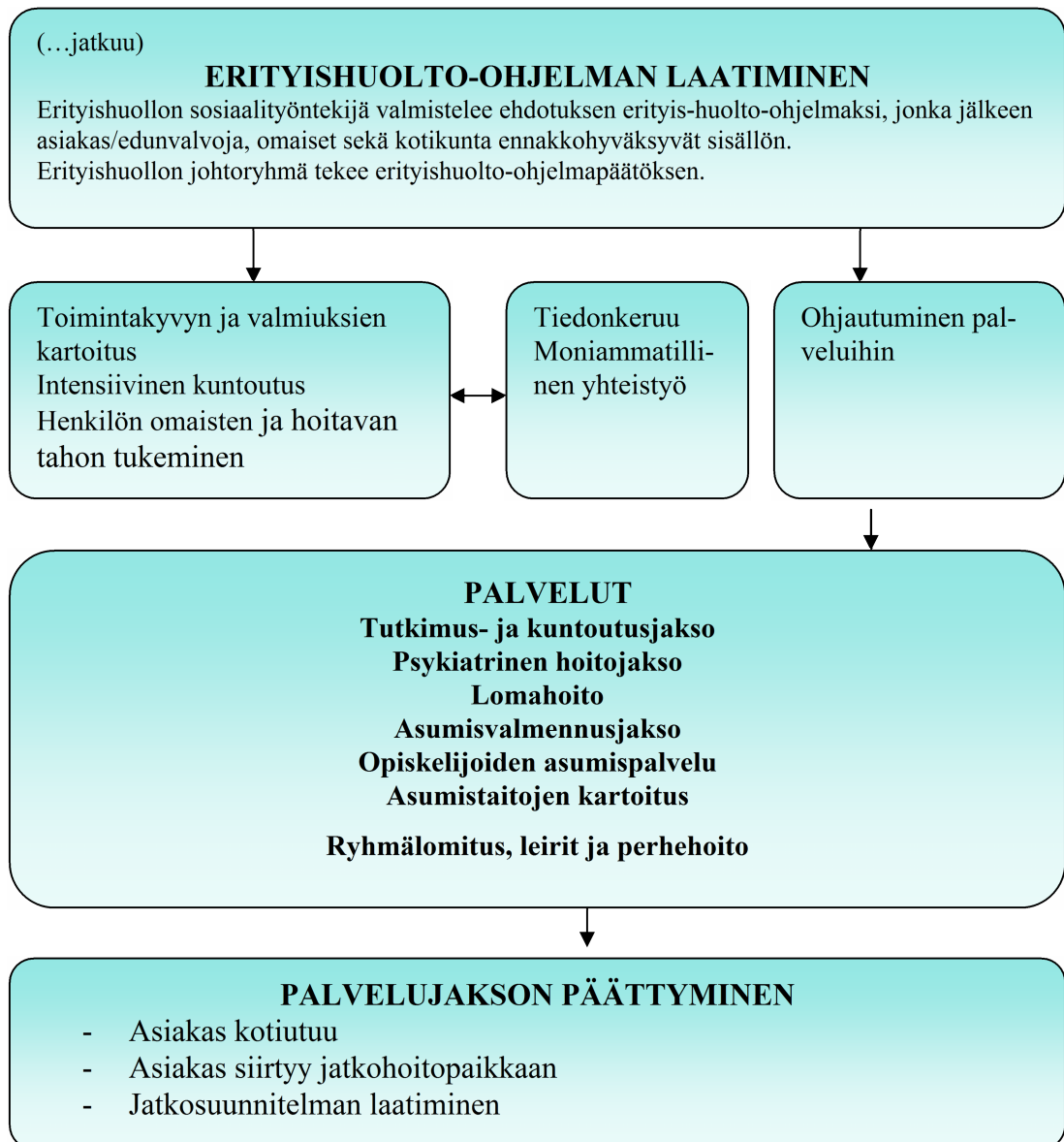
**Tutkimusjaksot** on tarkoitettu vammaisuudesta johtuvien haittojen kartoitukseen ja oireiden syyselvitykseen eli diagnostisointiin, lääkityksen aloittamiseen tai annostarkistuksiin, apuvälinekokeiluun sekä koulunkäynti-, asumis- ja työvalmiuksien kartoitukseen. (Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä c.)

**Kuntoutusjaksot** ovat yleisimmin säännöllisesti toistuvaa intervallikuntoutusta. Ne on tarkoitettu tukemaan vakituisesti muualla asuvan henkilön selviämistä omassa asumisyksikössään tai kotona. Intervallijaksot ylläpitävät asiakkaan toimintakykyä ja jaksamista. Erilaiset tilanteet kehitysvammaisen henkilön elämässä aiheuttavat ajoittain tarvetta lisätutkimuksille, toimintakyvyn kartoittamiselle tai kriisihoidolle. (Friman-Eronen ym. 2009, 20. )

**Psykiatrinen hoito** on tarkoitettu haastavasti käyttäytyville henkilöille joilla on kehitysvamma, psyykinen ja/tai neurologinen vamma. Akuutin tarpeen lisäksi kyseessä voi olla myös pitkittyneen tutkimus- ja kuntoutumisjakson tai kriisihoidon jälkihoito tai tarkoituksenmukaisen asuinpaikan etsiminen. (Friman-Eronen ym. 2009, 21. )

**Lomahoito** on tarkoitettu kodissaan tai muiden palveluntuottajien yksiköissä asuville eri-ikäisille asiakkaille ja sen tarkoituksena on tukea perhettä tai asumisyksikköä. Asiakkaalle palvelu tarjoaa turvallisen mahdollisuuden viettää lomaa, hankkia erilaisia kokemuksia ja tavata vertaisryhmän ihmisiä. Palvelu mahdollistaa myös omaishoitajan vapaat. (Friman-Eronen ym. 2009, 21. )





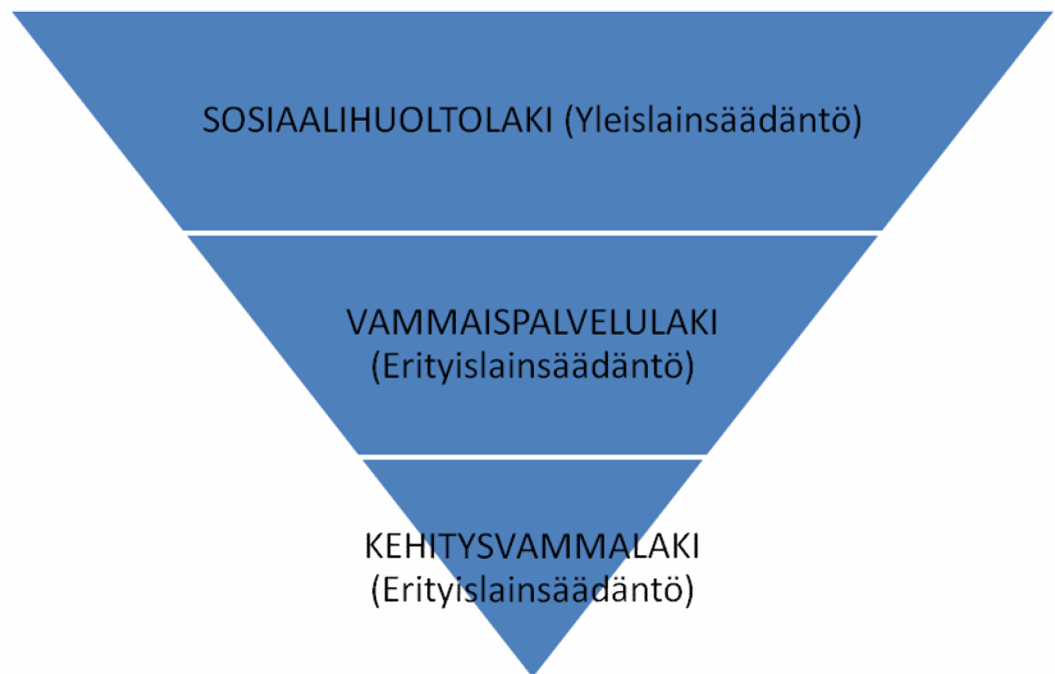
**KUVIO 1. Lyhytaikaishoidon palveluprosessi** (Friman-Eronen ym. 2009, 33).

### 3 HOITOTYÖTÄ OHJAAVAT SÄÄDÖKSET, ARVOT JA ETIIKKA

Hoitotyössä on huomioitava sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ohjaavat lait. Myös työntekijöiden kelpoisuus tehtäviinsä määritty laissa. Hoitotyön osaaminen perustuu arvoihin, etiikkaan, laaja-alaiseen tietoperustaan, käytännölliseen osaamiseen sekä vuorovaikutustaitoihin. Hoidon etiikkaa koskevat kysymykset eivät saa jäädä teoreettiseksi pohdinnaksi. Ne ovat seikkoja, joihin jokainen hoitohenkilökunnan edustaja törmää käytännössä ja niistä on keskusteltava työyhteisöissä. Hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ovat tekijöitä, jotka ohjaavat hoitoa ja hoidon palvelujärjestelmien kehittämistä.

### 3.1 Säädökset

Sosiaalihuoltolailla pyritään ensisijaisesti turvaamaan vammaiselle henkilölle palvelujen saanti. Mikäli nämä palvelut eivät ole riittäviä ja sopivia, tulee sovellettavaksi 1.9.2009 voimaan tullut vammaispalvelulaki myös kehitysvammaisten henkilöiden kohdalla. Lakiuudistuksen yhteydessä erityislakien keskinäinen suhde muuttuu ja vammaispalvelulaista tulee ensisijainen kehitysvammalakiin nähden. Kehitysvammalain tarkoitusta, soveltamisalaa sekä palveluja koskevat pykälät jäävät edelleen voimaan ja palveluita voidaan järjestää kehitysvammalain nojalla, jos vammaispalvelulailla järjestettävät palvelut eivät ole asiakkaan kannalta riittäviä tai sopivia. (Ahola & Konttinen 2009, 18.) Seuraavassa kuvataan kehitysvammahuoltoon liittyvien lakien hierarkia (ks. Kuvio 2.).



**KUVIO 2. Kehitysvammapalveluihin liittyvien lakien hierarkia**

**Sosiaalihuoltolain** mukaan kunnan on huolehdittava sosiaalipalvelujen järjestämisestä. Palvelujen tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä. Sosiaalihuoltoa on ensisijaisesti toteutettava sellaisin toimintamuodoin, jotka mahdollistavat itsenäisen asumisen sekä luovat taloudelliset ja muut edellytykset selviytyä omatoimisesti päivittäisistä toiminnoista. Vammaisia ihmisiä koskevat sosiaalihuoltolaissa erityisesti kotipalvelut, asumispalvelu,

vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta sekä vammaisten henkilöiden työtoiminta. (Sosiaalihuoltolaki 710/1982.)

**Vammaispalvelulain** myötä asiakkaan oikeudet vahvistuvat. Laki velvoittaa yksilölliseen palvelusuunnitelman laatimiseen ja viivytyksettömään päätöksentekoon. Laki turvaa vaikeavammaiselle henkilölle oikeuden saada henkilökohtaista apua päivittäisiin toimiin sekä kotona että sen ulkopuolella. Vammaispalvelulain tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä. (Ahola & Kontinen 2009, 6, 8-16.)

**Kehitysvammalaissa** säädetään erityishuollon antamisesta henkilölle, jonka kehitys tai henkinen toiminta on estynyt tai häiriintynyt synnynnäisen tai kehitysiässä saadun sairauden, vian tai vamman vuoksi ja joka ei muun lain nojalla voi saada tarvitsemiaan palveluksia. Erityishuollon tarkoituksena on edistää tällaisen henkilön suoriutumista päivittäisistä toiminnoista, hänen omintakeista toimeentuloaan ja sopeutumistaan yhteiskuntaan sekä turvata hänen tarvitsemansa hoito ja muu huolenpito. (Kehitysvammliitto 2008.)

**Laki omaishoidontuesta** määrittää vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämisen kotiloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla ja siitä maksettavan korvauksen. Omaishoitaja saa lakisääteisesti kolme vapaapäivää kuukaudessa. Omaishoidon vapaat voi pitää säännöllisesti kuukausittain tai niitä voi kerätä pidemmiksi kokonaisuuksiksi sopimuskauden aikana. (Laki omaishoidon tuesta 937/2005, Kehitysvammaisten tukiliitto ry.)

**Palvelusuunnitelma** on suunnitelma niistä palveluista ja tukitoimista, joita vammaisen henkilö tarvitsee selviytyäkseen jokapäiväisestä elämästä. Palvelusuunnitelma laaditaan vammaisen henkilön tai hänen perheensä niin tahtoessa. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000, on velvoittanut viranomaisia palvelusuunnitelman tekemiseen, 1.9.2009 voimaan tulleen vammaispalvelulain myötä siitä tuli lakisääteinen. Palvelusuunnitelma on laadittava yhdessä vammaisen henkilön itsensä ja hänen läheistensä läsnä ollessa. Palvelusuunnitelma ei anna asiakkaalle oikeutta vaatia suunnitelmaan sisältyviä palveluja ja tukitoimia. Suunnitelmaan otettua palvelua ja tukitoimea

tulee hakea erikseen. Tähän hakemukseen viranomainen on velvollinen antamaan kirjallisen päätöksen ja muutoksenhakuohjeet. (Kehitysvammaisten tukiliitto ry.)

**Erityishuolto-ohjelma** (EHO) eroaa vammaispalvelulain mukaisesta palvelusuunnitelmasta siinä, että erityishuolto-ohjelmaan voidaan hakea muutosta lääninhallitukselta, mikäli ohjelma ei ole tarkoituksenmukainen henkilön itsensä, hänen holhoojansa tai muu huoltajansa taikka sosiaalilautakunnan mielestä. Erityishuolto-ohjelma antaa oikeussuojaa yksittäiselle kehitysvammaiselle henkilölle. Erityishuolto-ohjelma on kehitysvammalain mukaan laadittava jokaiselle kunnassa asuvalle erityishuollon tarpeessa olevalle. Ohjelmaan tulee kirjata kaikki erityishuollon toteuttamiseksi tarpeelliset palvelut. Kehitysvammalain nojalla kaikki erityishuoltona järjestettävät palvelut ovat maksuttomia asiakkaalle. Ohjelma sisältää suunnitelman annettavan erityishuollon toteuttamisesta sekä siitä, milloin viimeistään erityishuolto-ohjelma on tarkistettava. (Kehitysvammaisten tukiliitto ry.)

### 3.2 Arvot ja periaatteet

Arvot ovat yksilön henkilökohtaisia, subjektiivisia ja sisäisiä elämänarvoja. Arvot vaikuttavat tekemiimme ratkaisuihin sekä meihin kohdistuvaan luottamukseen ja uskottavuuteemme vaikuttaessamme päätöksillä toisiin ihmisiin. Arvot ovat periaatteita ja suuntaviivoja, jotka auttavat ihmisiä päättämään, mikä on tärkeää ja haluttavaa ja minkä puolesta he ovat valmiita ottamaan kantaa ja toimimaan. (Perkka-Jortikka ym. 2005, 16.)

Ammatilliset arvot ovat tietyn ammattikunnan perusta. Tämänkaltaisia arvoja opitaan ammatillisessa koulutuksessa sekä työelämässä. Ammatilliset arvot ilmaistaan tavallisimmin ammattikunnan eettisissä ohjeissa. Arvot määrittävät, millaista on eettisesti hyvä hoitotyö. On oleellista tunnistaa jokin asia arvoperustaiseksi sekä kyetä näkemään arvon mahdollisia tunnusmerkkejä käytännön työssä. (Antila 2006, 14.)

Kehitysvammatyössä työntekijän päätöksenteko ja valitsevat ratkaisut korostuvat asiakkaan ollessa monesti rajoittunut tai kykenemätön itsenäiseen päätöksentekoon. Hoitotyön arvojen ja periaatteiden määrittely ja niistä käytävä keskustelu on työyhteisöissä tärkeää. Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymän toimintaa ohjaavat arvot ja periaat-



teet ovat itsemääräämisoikeus ja ihmisen kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, turvallisuus ja yksilöllisyys. (Hoitotyö Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymässä.)

### **3.2.1 Itsemääräämisoikeus ja ihmisen kunnioittaminen**

Itsemääräämisen perustana on ihmisarvo. Ihmisarvo muodostaa hoitamisen perustan ja tarkoituksen. Itsemääräämisen kunnioittaminen sisältää asiakkaan kohtaamisen tasavertaisena hoitosuhteeseen osallistujana. Hänen mielipiteitään ja toiveitaan kuunnellaan ja toteutetaan mahdollisuuksien mukaan. Tämä edellyttää, että asiakasta tuetaan osallistumaan kykyjensä mukaan häntä koskeviin päätöksiin ja että hän saa luotettavaa ja ymmärrettävää tietoa. Itsemääräämisoikeus on nykyajan hoitoetiikan välttämätön kulmakiivi ja on tärkeää miten sitä käytännössä tulkitaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 4.)

### **3.2.2 Oikeudenmukaisuus**

Oikeudenmukaisuudessa keskeistä on yhdenvertainen kohtelu ja syrjimättömyys. Oikeus asianmukaiseen hoitoon ja ihmisarvoiseen kohteluun ei saa riippua iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta, äidinkielestä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, kulttuurista, sukupuolisesta suuntautuneisuudesta tai vakaumuksesta. Erityistä huomiota tulee kiinnittää lasten, vanhusten sekä vajaavaltaiten potilaiden oikeuksiin saada hyvää hoitoa. Oikeudenmukaisuuden toteutuminen edellyttää, että terveyden- ja sosiaalihuollon käytössä on riittävästi voimavaroja. Palveluiden sisällä on huolehdittava niiden järkevästä ja tasa-arvoisesta käytöstä. (Etene 2001, 12–13, Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 5-6.)

### **3.2.3 Tasa-arvo**

Tasa-arvoa voidaan tarkastella yhteiskunnallisella, järjestelmän sisäisellä, ammatillisella ja yksilöllisellä tasolla. Yhteiskunnallisella tasolla tasa-arvo tarkoittaa palvelujen saataavuutta, tarjottavuutta, jakautumista ja lopputulosta. Järjestelmän sisäisessä etiikassa tasa-arvoa on johtamisen, työn- ja resurssienjaon ja koko toiminnan eettisten periaatteiden tarkastelua. Ammatillisella tasolla tasa-arvoa voidaan tarkastella yksittäisten am-

mattiryhmien sisällä sekä eri ammattiryhmien välisissä kysymyksissä. Yksilötasolla tasa-arvon tarkastelu tarkoittaa henkilökunnan keskinäisiä suhteita sekä suhteita asiakkaisiin ja muihin hoidon kannalta keskeisiin ihmisiin. Lisäksi se tarkoittaa asiakkaiden välistä tasa-arvoa suhteessa saatuun ja tarjottuun hoitoon ja palveluun (Kangasniemi 2007, 24–25.)

### **3.2.4 Turvallisuus**

Turvallisuuden periaate tarkoittaa ammatillisesti vastuullista kokonaishoitoa, jossa asiakas kokee saavansa huolenpitoa avoimessa ja luottamuksellisessa ilmapiirissä. Hoitotyön tavoitteena on asiakkaan henkinen, fyysinen ja sosiaalinen turvallisuus sekä hoidon jatkuvuus. Jokaisen ihmisen fyysistä sekä psyykkistä koskemattomuutta kunnioitetaan, sikäli kun se hoitotoimien välttämättömän suorittamisen kannalta on mahdollista. Psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden toteutuminen perustuu luottamukselliseen hoitosuhteeseen. Turvallisuuden toteutumisen mahdollistavat sovitut hoitoperiaatteet, kirjalliset hoito- ja kuntoutussuunnitelmat, hoitotyön laatuvaatimukset ja riittävä, ammattitaitoinen henkilökunta. Turvallisuus riippuu myös rakenteellisista seikoista, kuten tiloista ja niiden toimivuudesta, henkilökunnan määrästä ja ajankäytön mahdollisuuksista. (Sairaanhoitajaliitto 2009, 46–51.)

### **3.2.5 Yksilöllisyys**

Asiakkaiden ihmisarvoa, persoonallisuutta, omaa tahtoa, vakaumusta, kulttuuria ja tapoja tulisi kunnioittaa ja huomioida mahdollisuuksien mukaan. Erilaiset elämänhistoriat ja elämäntavat eivät vaikuta heidän arvoonsa yksilöinä. Vaikka laadullinen kohtelu on samantasoista, asiakkaat huomioidaan erilaisina yksilöinä, jolloin hoito ja palvelut mukautetaan näihin lähtökohtiin. Jokaisen asiakkaan tarpeet, voimavarat ja vahvuudet määrittävät käytettävät menetelmät. Asiakkaita kohdellaan tuntevina yksilöinä vaikka heidän toimintakykynsä olisi alhainen. (Eettiset periaatteet sairaala- ja laitoshoidossa 2007, 2.)

### 3.3 Etiikka

Fry toteaa henkilökunnan tekevän asiakkaiden hoitoa koskevia päätöksiä. Päätöksenteko on moraalinen ja tiedollinen taito, jota voidaan opettaa ja jonka jokainen, jolla on moraalinen omatunto, voi oppia. Päätöksentekotaito on oleellista ammatillisessa hoitotyössä. Eettinen päätöksenteko koostuu ihmisen henkilökohtaisista uskomuksista ja arvoista, hoitotyön eettisistä käsitteistä, etiikan lähestymistavoista ja eettisen toiminnan laatuvaatimuksista. Mukaan päätöksentekoon tulevat myös työntekijän omat arvot, tiedolliset kyvyt, moraalinen herkkyys, päättelytaito ja oivallukset. (Fry 1997, 79-80.)

Eettisen päätöksenteon tarkoitus on ratkaista, ovatko teot oikein vai väärin sekä soveltaa periaatteita tilanteeseen puolueettomasti (Fry 1997, 42). Päätöksenteko on aina vallankäyttöä. Se on eettistä silloin, kun päätös perustuu tosiasioihin sekä jo olemassa olevaan tietoon. Päätöksessä otetaan huomioon myös päätökseen liittyvien henkilöiden edut ja asema tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti. (Ryynänen ym. 2000, 93-95.)

## 4 LAADUNHALLINTA

Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus on 1.1.2009 alkaen kuulunut yhdessä Kansanterveyslaitoksen kanssa Terveiden ja hyvinvoinnin laitokseen (THL). Stakes'in laatimat valtakunnalliset suosituksen sosiaali- ja terveysalan laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä ovat kuitenkin edelleen voimassa. Suosituksessa korostetaan, että laadunhallinnan tulee olla osa organisaation jokapäiväistä työtä ja asiakaslähtöisyyden tulee olla laadunhallinnan painopiste. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 14).

### 4.1 Laadun määritelmä

Laadun käsite on laaja, monivivahteinen ja epäselvä. Laatu-käsitteellä pyritään luomaan mielikuvaa jostakin hyvästä, arvostetusta ja erinomaisesta sekä ohjaamaan asiakkaiden valintoja ja hoitohenkilöstön ohjaustoimintaa. Arkikielessä laatu määritellään omien mielikuvien ja kokemusten mukaan huono- tai hyvälaatuiseksi. Laatu on subjektiivinen käsite ja sen sisältö riippuu määrittelijän odotuksista, kokemuksista, arvoista, tarpeista,

tiedoista, taidoista ja näkökulmasta. (Kääriäinen 2007, 29-31, Lumijärvi & Jylhäsaari 2000, 49-51.)

Palvelun laadulla tarkoitetaan palvelun sopivuutta, hyväksyttävyyttä, asiakkaan tarpeisiin vastaavaa kelpoisuutta sekä virheettömyyttä ja vakioisuutta. Tavoitteena olisi, että palvelu kyettäisiin tuottamaan tasalaatuisena eri hoitopaikoissa. Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatu on kykyä täyttää asiakkaiden palveluntarve niin, että palvelut tuotetaan ammattitaitoisesti, lakien, asetusten ja määräysten mukaisesti ja edullisesti. (Idänpää-Heikkilä ym. 2000, 8, Rissanen & Kansanen 2003, 122.) Tässä opinnäytetyössä laadun mittarina toimii henkilökunnan arvio hoitoprosessin sisällön toteuttamisesta.

Hoidon laatuun liittyy useita eri tasoja: tieteellistekninen laatu, kustannuslaatu ja potilaiden kokemaa laatu. Jokainen osa-alue on tärkeä ja niiden yhteisvaikutuksesta syntyy eettisesti laadukas hoito. Asiakkaan subjektiivisen kokemuksen kannalta hoivalla ja kohdatuksi tulemisella on ensiarvoinen merkitys. Inhimillistä kontaktia ja huolehtimista ei saa rationalisoida pois terveydenhuollosta. (Huttunen 2001.) Hyvän hoidon tekijät liittyvät hoitavan henkilön ominaisuuksiin, hoitoon liittyviin toimintoihin, hoidon edellytyksiin, hoitoympäristöön ja hoitoprosessin etenemiseen, kun taas kustannusten liittäminen laatuun on sosiaali- ja terveydenhuollossa kiistanalainen asia (Perälä 1995, 16–18).

## **4.2 Laatusuositukset**

Laatusuosituksen tarkoituksena on kehittää ja ohjata kuntien toimintoja ja palveluita niin, että ne toimisivat samoin perustein kaikkialla maassa. Suositukset tukeutuvat lain- ja sääntöön mutta eivät ole sitovia normeja, vaan suuntaa-antavaa tieto-ohjausta. Suosituksia voidaan soveltaa paikallisesti kunkin kunnan ja kuntalaisten tarpeisiin. Laatusuosituksissa korostuu oikeudenmukaisuusperiaate, jonka mukaan palvelujen saatavuuden on oltava kaikille samanlainen. Suositusten perusperiaate on asiakaslähtöisyys. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2006.) Laatusuosituksen periaatteet ovat sovellettavissa minkä tahansa organisaation ja osaston toimintaan. Asiakkaat ovat nykyisin entistä tietoisempia hoitosuosituksista ja heille kuuluvista oikeuksista. Lyhytaikaishoidon palveluissa tämä näkyy omaisten palveluun kohdistamina odotuksina.

Kehitysvammaisten hoitoon sovellettavat suositukset pohjautuvat valtakunnallisiin suosituksiin. Näitä ovat muun muassa vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus, ikäihmisten palvelua koskeva laatusuositus, terveyden edistämisen laatusuositus, apuvälinepalvelun laatusuositus. Esimerkkinä otettakoon vammaisten ihmisten asumispalvelujen laatusuositus, jonka tavoitteena on luoda edellytykset yhdenvertaisuuden toteutumiselle, parantaa vammaisten ihmisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia yhteiskunnassa sekä tukea kuntia vammaisten ihmisten asumisen ja asumispalveluiden kehittämisessä. Suosituksen perustana on perustuslain mukainen tasa-arvo ja yhdenvertaisuus. Lähtökohtana suosituksessa on asiakaslähtöisyys sekä asumisen monimuotoisuus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) Kyseinen suositus painottaa kehitysvammaisen henkilön asumiseen liittyviä seikkoja. Kehitysvammatyössä korostuvat asiakkaan vammasta ja kognitiivisesta tasosta riippuen myös monet muut asiat.

#### **4.3 Laadunvarmistus ja laadunarviointi**

Laadunvarmistuksella tarkoitetaan järjestelmällistä toimintaa ongelmien löytämiseksi ja ratkaisemiseksi. Laadunvarmistusta tarkastellaan usein prosesseina, joihin kuuluu eri vaiheita. Laajasti ymmärrettynä laadunvarmistus pitää sisällään kaiken toiminnan kehittämisen. Ongelmien takana on usein puuttuva suunnittelu. Toimintaprosessit ovat keskeisiä laadun kehittämisen kohteita. Laatutyöskentelyn tulisi olla organisaatiossa ja työyhteisössä jatkuvaa. (Perälä & Räikkönen 1994, 69, 84.)

Kansainväliset järjestelmät ja mallit ovat perustana Suomessa käytetyille laadunarvioinnin menetelmille. Näistä tunnetuimmat ovat EFQM ja ISO. Euroopan laatupalkintomalli EFQM (European Foundation for Quality Management) muodostuu tuloksien, toimintatapojen soveltamisen sekä arvioinnin ja parantamisen osa-alueista. Sen pohjalta rakentuu suomalainen Terveyden edistämisen laatusuositus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 14). ISO, International Organization for Standardization, on maailmanlaajuinen kansallisten standardoimisjärjestöjen liitto, jonka standardeja voidaan käyttää apuna rakennettaessa organisaatioon laatuja järjestelmää ja kehitettäessä laadunhallintaa. (Hirvonen 2005, 47.)

Arviointiajattelu ja laadun arviointi on siirtymässä kehittävän arvioinnin ja itsearviointin suuntaan. Tietoa tuottavan arvioinnin tarkoituksena on lisätä ymmärrystä arvioita-

vasta ilmiöstä ja sen taustalla olevista tekijöistä. Arvioinnilla tavoitellaan oppimista, osaamista ja tiedonsaantia hyvään tulokseen johtavista prosesseista. Arviointitietoa voidaan käyttää kehittämisen ja ohjauksen välineenä kohottamaan osaamisen tasoa ja toiminnan laatua. Kehittävän arvioinnin ydin on positiivisessa ja kriittisessä suhtautumisessa omaan ja toisten ihmisten toimintaan. Arvioinnille on luonteenomaista avoimuus, yhteisöllisyys, läpinäkyvyys, osallistavuus ja eri tahojen välinen vuoropuhelu. Se on luonteeltaan praktista, arvosidonnaista ja käytännön kehittämistyötä hyödyntävää. (Hulkari 2006, 63.)

Kymenlaakson erityishuollon laadunarvioinnin menetelmäksi valittiin vuonna 2008 **ITE-arviointimenetelmä**. Menetelmässä on kyse työyhteisön toiminnan arvioimisesta ja kehittämisestä. Menetelmässä ei arvioida työntekijän henkilökohtaista työpanosta tai työn laatua. Menetelmän periaatteita ovat asiakasnäkökulman huomioon ottaminen, järjestelmällisyyden ja suunnitelmallisuuden korostaminen kaikessa työssä, yhdessä sopiminen ja sovitun kirjaaminen, työkäytäntöjen näkyväksi tekeminen, tulosten ja työn laadun osoittaminen dokumentein sekä jatkuva arviointi ja kehittäminen. Menetelmän avulla voidaan saada selville, miten on onnistuttu vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin ja odotuksiin. Menetelmän avulla punnitaan myös työyhteisön kykyä toimia järjestyneesti. Menetelmässä koko henkilöstö osallistuu niin arviointiin kuin kehittämiseenkin. Menetelmä ei ole sidottu mihinkään tiettyyn laadunhallinnan koulukuntaan, mutta ottaa huomioon eri järjestelmien keskeiset painotukset sekä laadunhallinnan yleiset vaatimukset. (Holma 2003, 21-22.)

Hoitotyön arvioinnin ensisijainen tehtävä on toiminnan kehittäminen joka kuuluu osana hyvään toimintakäytäntöön. Oman toiminnan tunteminen on kehittämisen lähtökohta. Keskeistä on oman työtehtävän tarkoituksen mieltäminen, perustoimintojen hahmottaminen sekä välittömän asiakasryhmän ja muiden sidosryhmien sekä verkostojen hahmottaminen. Arviointi on tärkeää, koska sillä saadaan tietoa toiminnasta päätöksenteon, suunnittelun ja kehittämistä varten. (Holma ym. 2002, 45.) Arviointia voidaan tehdä eri tavoin, riippuen siitä, mistä näkökulmasta asiaa kulloinkin tarkastellaan. Kyseessä voi olla asiakas-, työntekijä- tai organisaatiolähtöinen näkökulma.

Asiakaslähtöisyyteen liittyy usein käsite asiakastyytyväisyys. Tyytyväisyys nähdään myös asiakaslähtöisyyden tuloksena ja sitä käytetään arvioidessa hoitotyön vaikutta-

vuotta sekä määrittäessä erilaisia toimintatapoja hoitotyössä. Tyytyväisyys on käsitteenä ongelmallinen, sillä se kuvaa vain epäsuorasti sitä mitä asiakkaat haluavat palveluilta. Asiakastyytyväisyyttä voidaan kartoittaa asiakaspalautteella, jota voidaan hyödyntää oman toiminnan ja johtamisen kehittämisessä. (Kujala 2003, 34.)

Kehityskeskustelut ovat osa henkilöstöstrategian ja osaamisstrategioiden käytännön toteuttamista. Ne ovat osa johtamisjärjestelmää ja esimiesten ja työntekijöiden välistä yhteistyötä. Kehityskeskustelun tarkoituksena on selkiyttää tulevan kauden tärkeimmät tehtävät, tavoitteet ja odotukset keskustella avoimesti työtilanteesta ja osaamisen kehittämisestä, arvioida menneen kauden suoritusta, antaa ja saada rakentavaa palautetta sekä sopia konkreettisista toimenpiteistä. Kehityskeskustelut ovat ammatillista työhön ja työyhteisöön liittyvää keskustelua esimiehen ja työntekijän välillä. (Jyrä 2004.)

Työtyytyväisyydellä tarkoitetaan tunnetilaa, joka ilmaisee, kuinka työntekijä kokee työnsä. Se perustuu työntekijän omaan arvioon työstä, työyhteisöstä ja työpaikasta. Työtyytyväisyyden rinnakkaistermejä ovat työhyvinvointi, työmotivaatio ja työiihtyvyys. Työtyytyväisyyden lähikäsitteenä käytetään myös työkykyä ja työssä jaksamista. (Tausa-Ollila 2009, 10-11.)

#### **4.4 Laatuksiteerit**

Laatuksiteeri on kuvaus hoidon, palvelun tai toiminnon olennaisista ominaisuuksista. Laatuvaatimuksen tai kriteerin tasoa määriteltäessä on mietittävä, asetetaanko vaatimus hyväksyttävän, riittävän hyvän vai hyvän laadun tasolle. Laatuksiteerit ovat rakenteeseen, toimintaan tai lopputulokseen liittyviä tekijöitä, jotka vaikuttavat oleellisesti hoidon tulokseen. Rakennekriteerit kuvastavat toimintaedellytyksiä, joita ovat esimerkiksi henkilöstön määrä ja koulutustaso, tilat sekä rahoitus. Prosessikriteerit kuvaavat palvelun tai toiminnan aikaista tilannetta esimerkiksi miten hoitaja toimii jotta laadukas hoito toteutuu. Prosessikriteerit kuvaavat miten annettu hoito, hoitoon pääsy, hoidon kesto, hoidon eteneminen toteutuu. Niillä voidaan kuvata asiakkaan elämän laatua sekä mahdollisuutta osallistua hoidon ja palvelun suunnitteluun. Tuloksksiteerit kuvaavat asiakkaan kannalta ideaalista lopputulosta. Näitä ovat esimerkiksi terveydentila ja elämänlaatu. Rakenteellisia ominaisuuksia, jotka edesauttavat laadukasta hoitotyötä, on helpompi mitata kuin prosesseja tai tuloksia. (Idänpää-Heikkilä ym. 2000, 7-13, Mäkisalo 1999,

93-94, Partanen ym. 2008, 78.) Myös yksittäinen hoitotilanne tai -tapahtuma voidaan jakaa rakenne-, prosessi- ja tulokriteereihin.

#### **4.5 Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymän laatukriteerit**

Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä laatukäsikirja on laadittu vuonna 1997. Käsikirjassa kuvataan tuolloin käytössä olleet mittarit ja laatukriteerit. Tässä käsittelen vain palveluasumiseen, johon lyhytaikaishoito tässä työssä kuuluu, tuolloin kuuluneet kriteerit. (Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä 1997, 10.) Kriteerit ovat seuraavat:

1. Palvelukoti tarjoaa turvallisen ympärivuorokautisen asumisen, huolenpidon, kuntoutuksen ja terveydenhoidon.
2. Aukkaat asuvat viihtyisissä yhden tai kahden hengen huoneissa yksilölliset tarpeet huomioon ottaen.
3. Aukas osallistuu huoneensa sisustamiseen oman hoitajan tai omaisen kanssa kykyjensä mukaan.
4. Aukkaat saavat tarvitsemansa avun, tuen ja ohjauksen arkielämästä/kodinhoidosta selviytymiseen.
5. Omaisten kanssa tehdään yhteistyötä ja he voivat vaikuttaa asukasta koskeissa asioissa.
6. Henkilökunta on koulutettua ja ammattitaitoa ylläpidetään jatkuvalla koulutuksella.

Näiden kriteerien lisäksi kuntayhtymän hallitus on hyväksynyt seuraavat kriteerit vuonna 1992 (Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä 1997, 11.):

1. Hoitaja/asukas-suhteen keskiarvo ei laske alle 0,67.
2. Asumisväljyys tulee säilyttää tai sitä tulee parantaa
3. Aukkailla tulee olla kodin ulkopuolisia toimintoja, päivä- ja työtoimintaa sekä opetusta oppivelvollisuus ikäisillä lapsilla.
4. Toiminnallisesti erilaisilla aukkailla on eri yksiköt; esimerkiksi lapsia ja aikuisia ei ole samoissa yksiköissä.



## 5 HOITOTYÖNSUUNNITELMA

Hoitosuunnitelma on hoitoon osallistuvien asiantuntijoiden ja ammattiryhmien sekä asiakkaan yhdessä laatima terveydentilan mukaan muuttuva toimintaohjelma. Hoitosuunnitelman avulla pyritään terveydentilan kannalta parhaaseen mahdolliseen psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Hoitosuunnitelma etenee jatkuvana ongelmanratkaisua ja päätöksentekoa sisältävänä toimintana. (Sinivaara 2003, 5.)

Hoitotyön kirjallinen suunnitelma on osa asiakkaan hoitosuunnitelmaa. Hoitotyön kirjallinen suunnitelma on kokonaiskuvaus asiakkaan saamasta palvelusta. Siihen kuuluu esitietojen hankinta, tarpeenmäärittely, ongelmien priorisointi, tavoitteiden määrittäminen, auttamismenetelmien valinta ja kaikkiin edellä mainittuihin liittyvä arviointi. (Sinivaara 2003, 6.) Asiakkaan hoidon suunnittelun apuna voidaan käyttää erikoisala- tai organisaatiokohtaisia apuvälineitä. Seuraavassa esitellään Kehitysvammaliiton kehittämät arviointimenetelmät.

KETO eli kehitysvammaisen toimintakyvyn arviointiasteikko koostuu kehitysvammaisuuden määritelmän osa-alueista. Mittarilla saadaan yleiskuva mm. liikkumisen, hygienian ja siisteyden, kotiaskareiden, työtehtävien, sosiaalisten taitojen ja ihmissuhteen sujumisesta arjessa. (Matikka ym. 2003, 12–15.)

PSYTO eli psykososiaalisen toimintakyvyn arviointiasteikko on kehitetty kehitysvammaisten ihmisten mielenterveytyksen haasteisiin. Sillä voidaan arvioida psyykkistä hyvinvointia sekä ristiriitoja yksilön ja ympäristön välillä. Se tarkastelee käyttäytymisongelmien ja oireiden vaikutusta arkeen ja yksilön hyvinvointiin. (Ojanen & Seppälä 2004, 7-10.)

SULO eli subjektiivisen hyvinvoinnin arviointiasteikko koostuu eri elämänlaadun osa-alueista. Näitä ovat elämänmyönteisyys, osallistumisaktiivisuus, itsemäärääminen, sosiaalisuus ja turvallisuus. Sulo-asteikko soveltuu kehitysvammaisille, jotka kykenevät arvioimaan elämäänsä ja tuntemuksiaan. Haastattelun tekijän täytyy myös tuntea vastaaja, mutta ei niin hyvin, että se vaikuttaisi haastateltavan vastauksiin. Tietoa kerätään

haastattelemalla asiakasta. Haastattelussa esitettävät kysymykset ovat kehitysvammaiselle ihmiselle helppoja ymmärtää ja niiden vastausvaihtoehdot ovat kyllä ja ei. Suloasteikossa huomioidaan kehitysvammaisten ihmisten taipuvuus myöntävyyteen vastauksissa, mikä parantaa luotettavuutta. (Matikka & Nuora 2007, 8-11.)

Hoitotyön kirjaamisessa painottuvat ne asiat, joilla on merkitystä asiakkaan välittömän hoidon toteutumisen kannalta sekä siihen mihin hoito perustuu. Kirjaamisesta välittyy se hoitotyön kuva, mitä pidetään totena ja oikeana. Kirjaamisessa tulee kiinnittää huomiota asiakkaiden yksityisyyden suojaan ja tietosuojakysymyksiin. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Kirjaamista ohjaavat lisäksi potilaslaki ja erityisesti potilaan hoitoon liittyvä eettinen vastuu. Hyvä kirjaaminen tuottaa luotettavaa tietoa hoidosta ja hoidon etenemisestä sekä huomioi laillisuusnäkökulman. Edellä mainitut seikat koskevat myös sähköistä kirjaamista. (Sinivaara 2003, 3-4.)

Asiakkaalla tai hänen juridisesti pätevällä edustajallaan on oikeus saada selvitys terveydentilasta, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Asiakirjoista tulee käydä ilmi, että asiakkaalle on ymmärrettävällä tavalla annettu selvitys edellä mainituista asioista. Mikäli tietoa ei anneta, se pitää perustella asiakirjoihin. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

## **6 TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää lyhytaikaishoidon toteutumista eri osastoilla. Tavoitteen pohjalta nousivat seuraavat tutkimuskysymykset.

1. Miten lyhytaikaishoitoa toteutetaan eri osastoilla?
2. Millaisia laadullisia eroja lyhytaikaishoidon toteutuksessa on eri osastoilla?
3. Miten lyhytaikaishoitoa voidaan kehittää?

## 7 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimustyön päämääränä voi olla yleistettävä tutkimustulos tai käytännöllinen ratkaisu. Tutkimuksena pidetään myös erilaisten tietojen kartoittamista sekä aineiston keräämistä ja luokittelemista. (Hirsjärvi ym. 2007, 19–20.) Tilastollinen tutkimusaineisto kerätään tavallisesti siksi, että tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä halutaan tietoa, jotka tekevät mahdolliseksi ilmiön kuvaamisen, selittämisen, ennustamisen ja kontrollin. Tavoitteena on tehdä ilmiötä koskevia päätelmiä. Tilastollinen päättely on induktiivista - tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä pyritään tekemään yleisiä päätelmiä ilmiöstä kerätyn tutkimusaineiston perusteella. (Helsingin yliopisto 1999, Taanila 2009, 2.) ) Tässä opinnäytetyössä aineistoa kerättiin, jotta saadaan selville nykyiset toimintatavat ja kehitettävät alueet. Toiminta- ja työskentelytapojen muuntamisella numeerisiksi tuloksiksi haluttiin selvittää osastojen yleiset toimintakäytännöt. Tällöin saatua tulosta voidaan verrata oletukseen työn ja palvelun kehittämisen tarpeista. Tässä työssä on käytetty sekä laadullista että määrällistä aineistoa sekä menetelmiä. Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella.

### 7.1 Tutkimuksen kohdeorganisaatio

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä oli Kymenlaakson erityishuollon viiden palvelukodin henkilökunta. Palvelukodit ovat Apila, Aukusti, Majakka Tutkimus- ja kuntoutusosasto, josta käytetään joissakin kohdissa lyhennettä KO sekä Sinisiipi, josta käytetään myös lyhennettä SISI. Palvelukodeissa on yhteensä 24–26 lyhytaikaishoitopaikkaa. Henkilökuntaa palvelukodeissa oli tutkimushetkellä yhteensä 57 kokoaikaista ja yksi osa-aikainen työntekijä.

**Valko Apila** on 5-7 eri-ikäisen kehitysvammaisen koti ja lyhytaikaishoitoa tarvitsevien vaikeavammaisten lasten ja nuorten hoitopaikka. Lyhytaikaishoidon käyttäjäperheitä on vuosittain ollut yli 20. Lyhytaikaishoidon osalta korostuu perhekeskeisyys ja yhteistyö erityistyöntekijöiden kanssa. (Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä b.)

**Palvelukoti Aukusti** huolehtii autististen, autistisia piirteitä omaavien tai autismihoidosta muuten hyötyvien lasten, nuorten ja aikuisten hoidosta ja kuntoutuksesta. Palve-

lukoti Aukustissa on yksi lyhytaikaishoitopaikka, jota käyttää vuosittain 3-4 eri perhettä. (Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä e.)

**Palvelukoti Majakka** on palvelukoti kehitysvammaisten mielenterveys- ja käyttäytymisongelmien intensiivihoidon. Hoitoaikojen pituus määräytyy asiakaskohtaisesti. Hoidossa on mukana aina sekä yleistä toimintakykyä ja elämänhallintaa vahvistavia että psyykkisiä oireita lievittäviä toimenpiteitä. (Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä d.)

**Palvelukoti Sinisiipi** on erityisen vaativien, toimintakykyisten ja psyykkisistä ongelmista sekä käytöshäiriöistä kärsivien kehitysvammaisten toiminnallinen kuntoutusyksikkö. Sinisiivessä on yksi lyhytaikaishoitopaikka. (Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä f.)

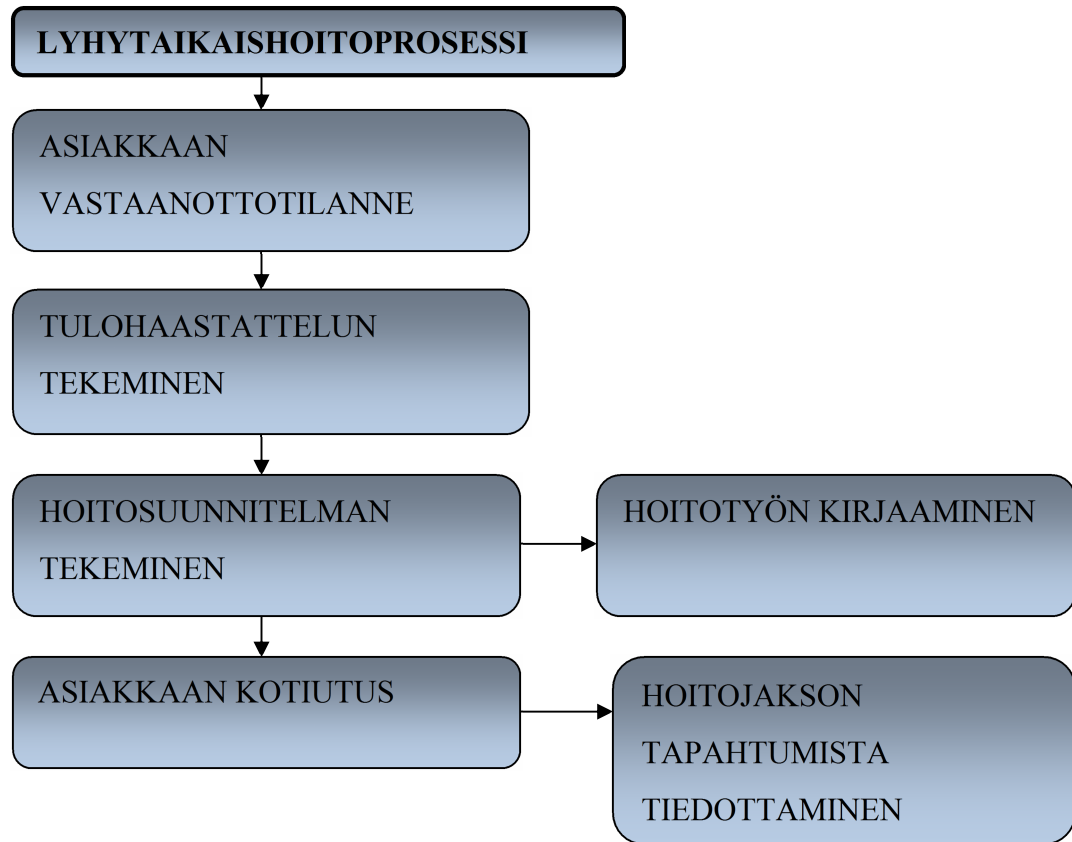
**Tutkimus- ja kuntoutusosaston** tehtävä on järjestää kehitysvammaisille ja heidän omaisilleen sekä avohuollon piirissä asuville asiakkaille lyhytaikaishoitajaksoja. Jaksot ovat kuntoutusta, tutkimusta ja lomahoitoa. (Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä c.)

## 7.2 Kyselylomake

Tässä opinnäytetyössä aineisto koottiin puolistrukturoitua kyselylomaketta käyttäen. Lomake sisälsi strukturoituja sekä avoimia kysymyksiä. Strukturoitujen kysymysten tarkoituksena oli auttaa vastaajaa tunnistamaan aihepiiri sekä saada vertailukelpoisia ja helpommin tietokoneella analysoitavia vastauksia. Avoimilla kysymyksillä pyrittiin saamaan esiin vastaajien erilaisia näkökulmia ja aiheisiin liittyviä kehittämissuhteita.

Tässä tutkimuksessa kysyttiin henkilökunnan käsityksiä lyhytaikaishoidon toteutuksesta. Kyselylomakkeen kysymykset etenevät hoitoprosessin vaiheiden ja työhön liittyvän laadunhallinnan perusteiden mukaisesti. Kyselyllä selvitetään toimintakäytäntöjä lyhytaikaishoitoprosessiin (ks. Kuvio 3.) liittyen, minkä jälkeen kysymysaiheet liittyvät työtä ohjaaviin rakenteisiin, toimintaperiaatteisiin, tiloihin ja työn arviointiin ja kehittämiseen. Lyhytaikaishoitoprosessissa olennaista on vastaanottotilanne, tulohaastattelu, hoi-

tosuunnitelma, hoitotyön kirjaaminen, asiakkaan kotiutus ja tiedottaminen. Kysymyksiin liittyvää teoriasisältöä on käsitelty luvuissa 3, 4 ja 5.



**KUVIO 3. Lyhytaikaishoitoprosessi**

Kyselylomakkeessa oli kaikkiaan yhdeksän osiota. Ensimmäisessä osiossa kartoitettiin taustatietoja, kuten vastaajien koulutusta, työkokemusta ja työyksikköä. Lyhytaikaishoitoprosessiin liittyvät kysymykset koskivat vastaanottotilannetta, tulohaastattelua, hoitosuunnitelman laadintaa ja hoitotyön kirjaamista sekä asiakkaan kotiutusta ja hoitojakson jälkeistä tiedottamista. Myös toimintaan käytettävistä tiloista, välineistä ja laitteista kysyttiin. Lisäksi kysyttiin työhön liittyvistä toimintaperiaatteista ja ohjeista, toiminnan johtamisesta sekä työn arvioinnista ja kehittämisestä. Seuraavassa taulukossa on esitetty lomakkeen kysymykset tutkimusongelmittain (ks. Taulukko 1.).

**TAULUKKO 1. Kyselylomakkeen kysymykset tutkimusongelmittain.**

Tutkimusongelma	Kysymysten numerot
1. Miten lyhytaikaishoito toteutuu eri osastoilla?	1–26, 28–34, 36–50, 52–55, 57–60, 62–72, 74–83, 85–87, 89–95, 97–100, 102–104,
2. Millaisia laadullisia eroja lyhytaikaishoidon toteutuksessa on eri osastojen välillä?	8–16, 17–26, 28, 29, 38, 40–50, 57–60, 62, 63–66, 67, 74–83, 85–87, 92–94, 97–100, 102–104, 106
3. Miten lyhytaikaishoitoa voidaan kehittää?	27, 35, 51, 56, 61, 73, 84, 88, 96, 101, 105

Ennen tutkimusaineiston keräämistä kyselylomake esiteltiin maaliskuussa 2009 tutkimukseen osallistuvien palvelukotien osastonhoitajilla. Esitestauksen jälkeen lomakkeeseen tehtiin tarvittavat muutokset ja tarkennukset.

**7.3 Aineiston keruu ja analysointi**

Tutkimuslupa työlle saatiin helmikuussa 2009 ja varsinainen kysely suoritettiin maaliskuuhun aikaan 2009. Kysely suunnattiin työntekijöille, jotka työskentelevät lyhytaikaishoitoa toteuttavilla osastoilla. Kysely ja sen tarkoitus esiteltiin henkilökohtaisesti tutkittavilla osastoilla. Esittely tapahtui osastojen henkilökuntakokouksissa ja yhden osaston suunnittelupäivässä. Vastaajilla oli mahdollisuus tarkentaa kysymyksiä ja tiedustella tutkimukseen liittyvistä seikoista. Osastoille jätettiin lomakkeiden palauttamista vasten vastauslaatikot. Kolmen osaston kanssa sovittiin vastuuhenkilö joka toimitti vastaukset tutkijalle ja kahdelta osastolta ne noudettiin henkilökohtaisesti. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 58 kappaletta ja niistä palautui 48 (82 %) kappaletta.

Tutkimusaineisto käytiin läpi heti lomakkeiden palaututtua. Tässä vaiheessa arvioitiin sitä, että kaikista viidestä palvelukodista oli riittävä ja luotettavana pidettävä määrä vastauksia. Vastausten määrää verrattiin osastojen henkilökuntamäärään. Mikäli vastauksia oli palautettu yli puolet henkilökunnan lukumäärästä, niin aineisto hyväksyttiin. Yhdeltä osastolta vastauksia pyydettiin toistamiseen, jotta vastausten määrää voitiin pitää edustavana. Lomakkeet tarkastettiin, jotta nähtäisiin, oliko kysymyksiin vastattu mahdolli-

simman tunnollisesti. Joukosta hylättiin yksi lomake vastausten puutteellisuuden vuoksi. Tässä puutteellisuus tarkoitti sitä, että noin puolet vastauksista oli jätetty tyhjiksi.

Tutkimuksen määrällinen aineisto analysoitiin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 16.0 for Windows- ohjelmaan. Se on tilastollisen tietojenkäsittelyn ohjelmisto. (Valtari 2006, 1.) Tässä tutkimuksessa käytetyt kuvailevat menetelmät olivat yksi- ja kaksiulotteiset prosenttijakaumat. Muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin ristiintaulukoinnilla.

Avointen kysymysten tuottama laadullinen aineisto käsiteltiin sisällönanalyysillä. Vastaukset kirjoitettiin Word-tekstinkäsittelyohjelmalla. Asiakirjassa käytettiin fonttikokoja Arial 12 ja riviväliä yksi. Aineistoa kertyi yhteensä 10,5 sivua. Vastaukset jaoteltiin kysymyksittäin ja osastoittain. Näin saatiin esille kysymyskohtaiset yhtäläisyydet sekä osastojen väliset erot vastauksissa. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä. Sisällönanalyysissä tekstimuotoista aineistoa tarkastellaan eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105.)

Tiedot asiakkaista saatiin yksiköiden käyttöpäiväselvityksistä. Tämä aineisto käsiteltiin manuaalisesti, minkä jälkeen tiedot syötettiin Excel-ohjelmaan. Näin saatiin tiedot lyhytaikaishoitoa käyttävien asiakkaiden määrästä, iästä ja sukupuolesta. Excel-ohjelmaa käytettiin myös muiden tutkimustulosten havainnollistamiseen. Tällöin useampia vastauksia yhdistettiin samaan kuvioon.

## **8 TUTKIMUSTULOKSET**

Tuloksia esitettäessä taulukoissa käytetään vastaajia (N=47) tai asiakkaita koskevia henkilömääriä, joissakin tapauksissa asiaa on tekstissä selvennetty jakaumaa kuvaavien prosenttiluvuin.

## 8.1 Vastaajien taustatiedot ja lyhytaikaishoitopaikkojen käyttö

Lomakkeen kysymykset 1-3 käsittelivät vastaajien taustatietoja: koulutusta, työkokemusta ja työyksikköä, jossa he työskentelivät. Suurin osa vastaajista työskenteli palvelukoti Apilassa (ks. Taulukko 2.). Palvelukoti Apilassa henkilökuntaa oli vastaushetkellä 17,5 työntekijää, vastauksia yksiköstä saatiin 16. Palvelukoti Aukustin henkilökuntamäärä oli seitsemän työntekijää ja vastauksia saatiin kuusi. Majakan henkilökuntamäärä oli kahdeksan ja vastanneita oli seitsemän työntekijää. Sinisiivestä palautui kahdeksan vastausta, joista yksi hylättiin. Henkilökuntamäärä Sinisiivessä oli vastaushetkellä 14 työntekijää. Tutkimus ja kuntoutusosastolta saatiin kaikkien 11:sta työntekijän vastaukset.

Lyhytaikaishoitopaikkojen määrä osastoilla vaihteli. Majakka ja Tutkimus- ja kuntoutusosasto ovat osastoja, joissa on yksinomaan lyhytaikaishoitoa, muilla osastoilla on myös pitkäaikaista palveluasumista. Taulukossa kaksi on kuvattu myös hoitopaikkojen määrä ja tarkoitus.

**TAULUKKO 2. Tutkimuksen kohdejoukko ja lyhytaikaishoitopaikat yksiköittäin (N=47)**

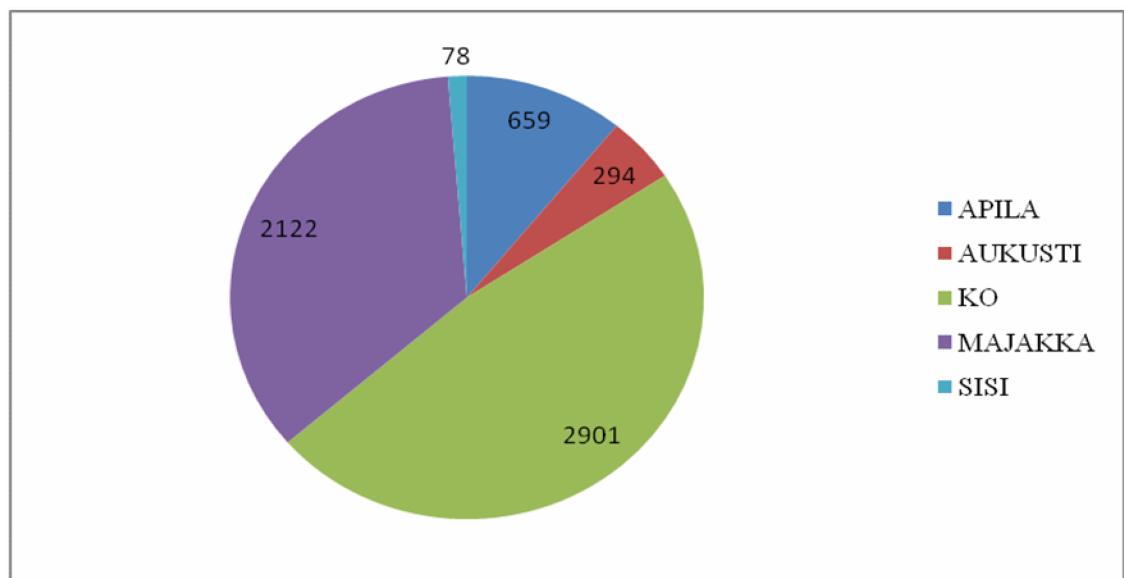
Työyksikkö	Vastaajat	Lyhytaikaishoitopaikat	Hoitopaikat yhteensä
Apila	16	5-7	11-13
Aukusti	6	1	14
Majakka	7	6	6
Sinisiipi	7	1	9
Tutkimus ja kuntoutusosasto	11	8	8
<b>Yhteensä</b>	<b>47</b>	<b>21-23</b>	

47:stä vastaajasta 30 vastaajaa oli koulutukseltaan hoitajia. Kolme vastaajaa oli osastonhoitajia, yhdeksän henkilöä sairaanhoitajia. Lisäksi vastaajien joukossa oli yksi sosionomi, yksi hoitoapulainen, yksi terveydenhoitaja ja kaksi työntekijää olivat alan opiskelijoita.



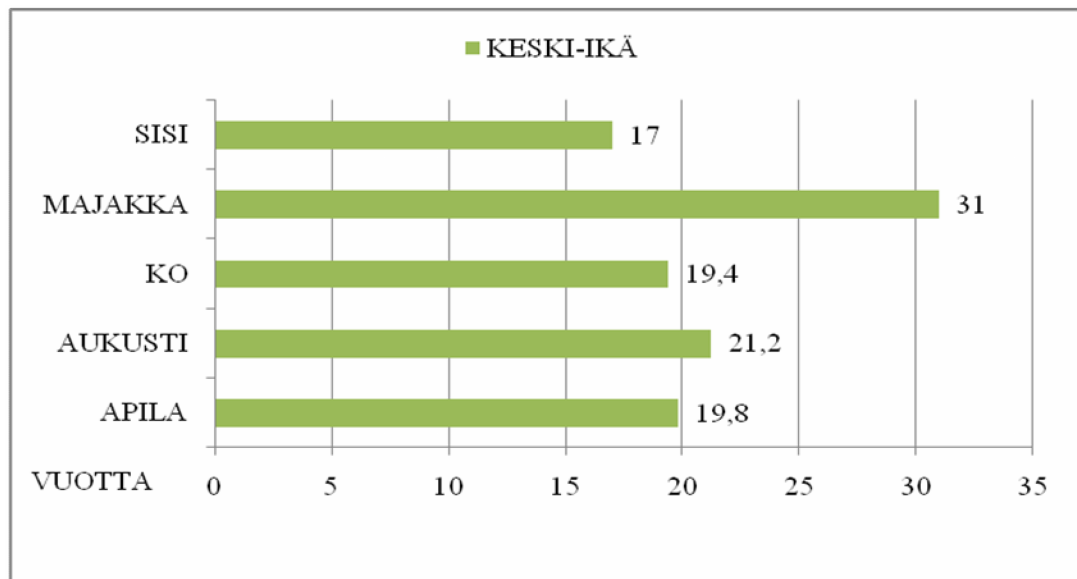
Työkokemus vastaajilla vaihteli 0-37 vuoden välillä. Lähes puolet vastaajista, 22 työntekijää, oli ollut työssä alalla alle viisi vuotta. Kuudesta kymmeneen vuoteen työkokemusta oli kahdeksalla vastaajalla. 11-20 vuotta työkokemusta oli kymmenellä vastaajalla. Seitsemän vastaajan työkokemus vaihteli 21-37 vuoden välillä.

Lyhytaikaishoitoa annettiin vuonna 2008 yhteensä 6054 hoitopäivää (ks. Kuvio 4.). Hoitopäivien määrä vaihteli osastoittain. Eniten lyhytaikaisasiakkaiden hoitopäiviä kertyi osastoilla, joilla ei toteuteta pitkäaikaisasumista. Tutkimus- ja kuntoutusosastolla hoitopäivien määrä oli 2901, eli 47 % palvelukotien lyhytaikaishoidosta. Majakassa hoitopäiviä oli 2122 (35 %) ja Apilassa 659 (11 %) hoitopäivää.



**KUVIO 4. Lyhytaikaishoidon hoitopäivät vuonna 2008**

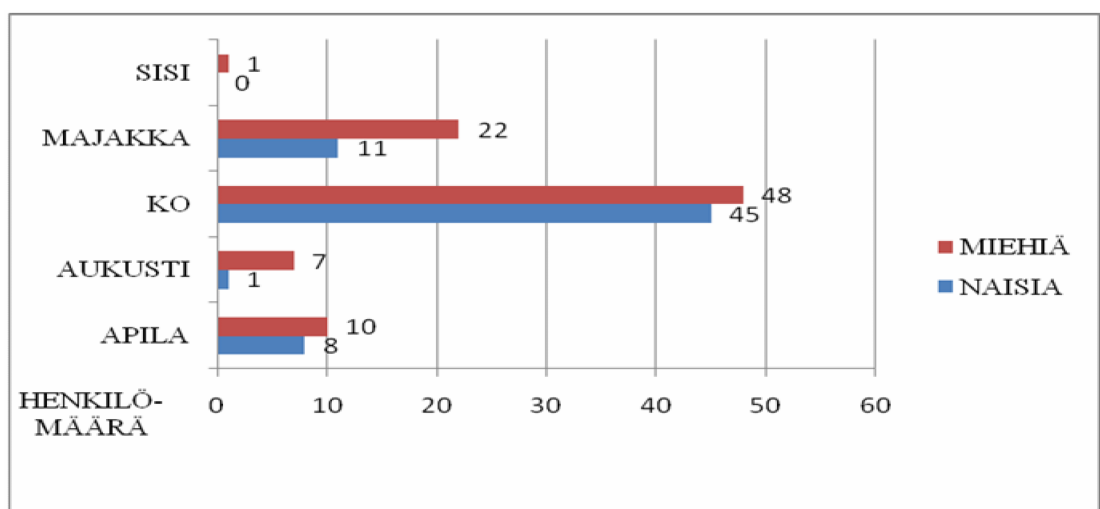
Asiakkaiden keski-ikä vaihteli eri osastoilla. Korkein keski-ikä oli palvelukoti Majakassa, 31 vuotta (ks. Kuvio 5.). Vanhin asiakas, 80 vuotta, oli palvelukoti Apilassa, ja nuorin neljä 4 vuotta. Aukustin vanhin asiakas oli 29 vuotta ja nuorin oli 9 vuotta. Tutkimus- ja kuntoutusosastolla vanhin asiakas oli 75 vuotta ja nuorimmat, joita oli useampia olivat 4 vuotiaita. Majakassa vanhin asiakas oli 60 vuotta ja nuorin oli 12 vuotta. Palvelukoti Sinisiivessä oli käynyt vain yksi asiakas lyhytaikaishoidossa, iältään 17 -vuotias.



**KUVIO 5. Lyhytaikaishoidon asiakkaiden keski-ikä**

Vuonna 2008 lyhytaikaishoitoa oli käyttänyt 153 asiakasta. Tutkimus- ja kuntoutusosaston käyttäjämäärä oli 93 asiakasta, Majakassa 33 asiakasta, Apilassa 18 asiakasta, Aukustissa kahdeksan ja Sinisiivessä yksi asiakas.

Vuonna 2008 asiakkaista oli miehiä 88 (57,5 %), naisia oli 65 (42,5%). Sukupuolijakauma vaihteli (ks. Kuvio 6.) eri osastoilla. Palvelukoti Sinisiivessä oli yksi miesasiakas. Majakassa miehiä oli 22 ja naisia 11, tutkimus- ja kuntoutusosastolla miehiä oli 48 ja naisia 45, Apilassa miehiä oli 10 ja naisia kahdeksan ja Aukustissa miehiä oli seitsemän ja naisia oli yksi.



**KUVIO 6. Lyhytaikaishoidon asiakkaiden sukupuolijakauma osastoittain**

## 8.2 Lyhytaikaishoidon toteutus eri osastoilla

Vastaajista 34 (N=47) työntekijää oli sitä mieltä, että tulohaastattelu tehdään joka kerta, muiden vastaajien mielestä se toteutui harvemmin. Vastauksissa ei ollut osastojen välisiä eroja. Kolmen vastaajan mielestä tulohaastattelua ei tehty ollenkaan. Tulohaastattelua varten oli oma lomake 30 (N=47) vastaajan mielestä. 15 vastaajaa sanoi, ettei lomaketta ole ja kaksi vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Tulohaastattelulomake oli useimmiten oman osaston tai oman organisaation laatima. (ks. Taulukko 3.). Tulohaastattelun tekemättä jättämistä kommentoitiin avoimissa vastauksissa seuraavasti:

”Vanhemmat poistuvat yleensä heti paikalta. ei ole muodostunut käytännöksi”

”Kun asiakkuus alkaa, tehdään kattava haastattelu asiakkaan tilanteesta. Joka kerta kun asiakas tulee jaksolle kysytään erityisesti, onko hänellä lääkityksiin, apuvälineisiin tai muihin osa-alueisiin tullut muutoksia, millainen on yleisvointi, milloin peseytynyt, vatsa toiminut ym. myös toiveet alkavan jakson osalta”

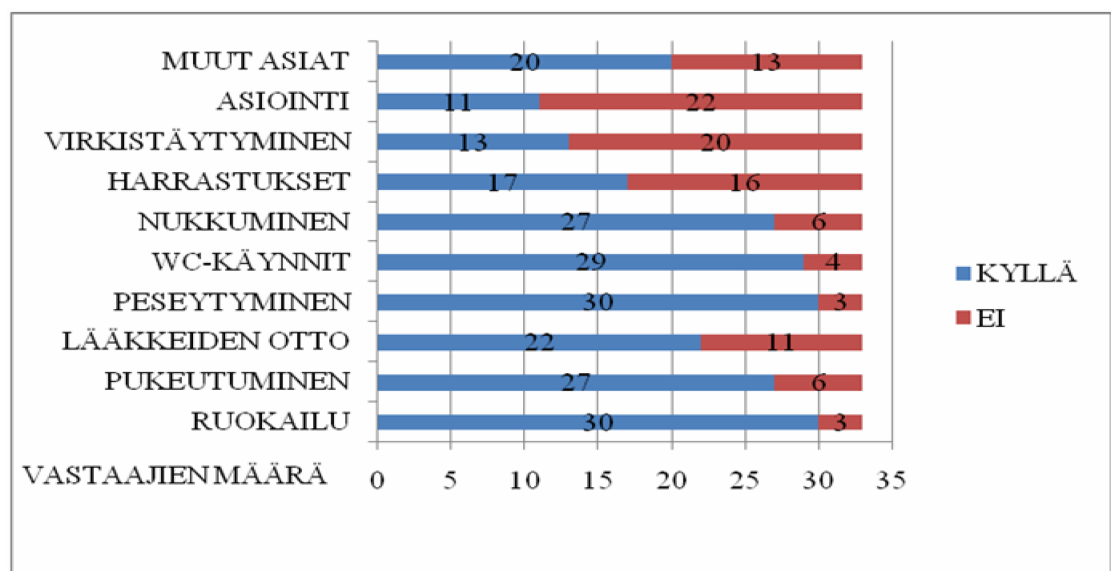
**TAULUKKO 3. Tulohaastattelun säännöllisyys, tulohaastattelulomakkeen laadinta**

Tulohaastattelu tehdään (N=47)	f	Lomakkeen laatija (N=45)	f
Joka kerta	34	Ulkopuolinen tekijä	3
Kerran kuukaudessa	3	Oma organisaatio	9
Kerran kolmessa kuukaudessa	1	Oma osasto	15
Harvemmin kuin kerran kolmessa kuukaudessa	6	Muu	3
Tulohaastattelua ei tehdä	3	Lomaketta ei ole	15
Yhteensä	47		45

Yleisin perustelu siihen miksi tulohaastattelua ei tehty, oli se, etteivät asiakkaan vanhemmat koe sitä tarpeelliseksi tai asiakas tulee jaksolle ilman omaista, esimerkiksi suoraan koulusta. Tulohaastattelun tekemiseen vaikutti myös asiakkaan jaksojen säännöllinen tiheätkö toistuvuus, jolloin haastattelua ei tehty. Tulohaastattelulomakkeen sisältöä koskeviin kysymyksiin oli 14 vastaajaa jättänyt vastaamatta, koska varsinaista lomaketta ei ollut käytössä.

Tulohaastattelulomake sisälsi tietoa asiakkaan kommunikaatiosta, apuvälineiden käytöstä, liikkumisesta, sosiaalisesta ja psyykkisestä toimintakyvystä sekä aisteista, työstä ja opiskelusta sekä asumisesta. Kysymykset koettiin kattavin, mutta asiakkaan muistiin liittyviä tietoja kaivattiin enemmän.

Tulohaastattelulomakkeen tiedot asiakkaan omatoimisuustaidoista olivat vastaajien mielestä kattavia ruokailun, pukeutumisen, lääkkeiden oton, peseytymisen, wc-käyntien ja nukkumisen osalta. Enemmän tietoa ilmoitettiin tarvittavan asiakkaan harrastuksista, virkistäytymisestä ja asiointitaidoista (ks. Kuvio 7. ).

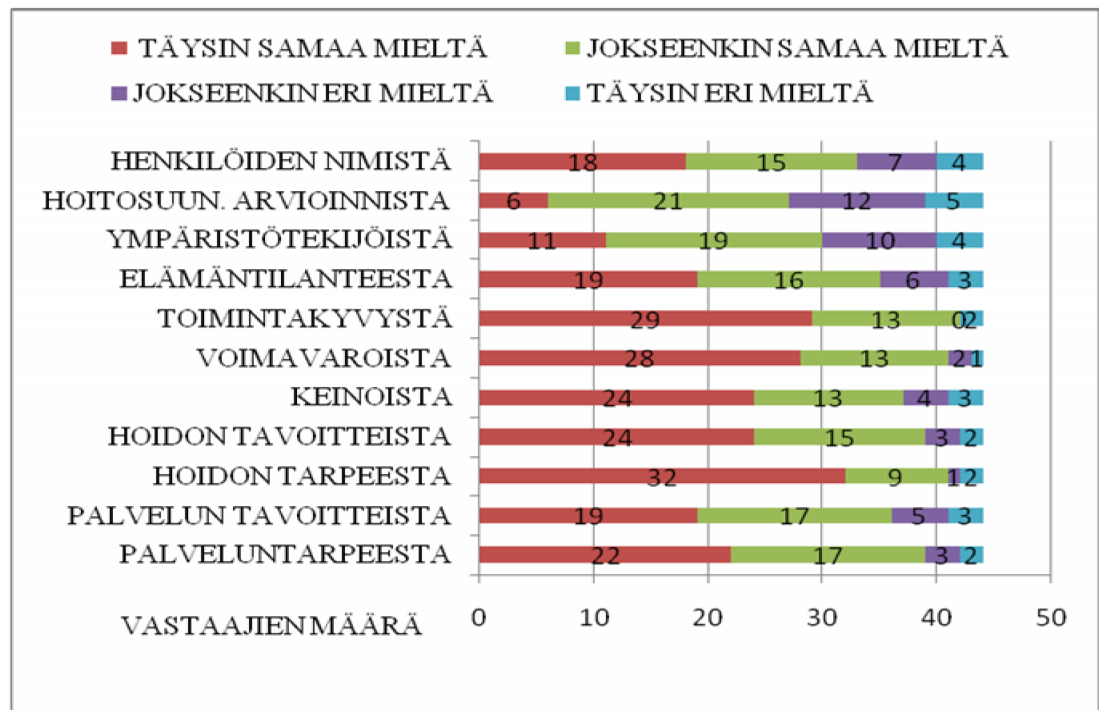


**KUVIO 7. Tulohaastattelun sisältämät riittävät tiedot omatoimisuustaidoista**

Ennen hoitojaksoa asiakkaat saivat 28:n vastaajan mielestä informaatiota osaston toiminnasta ja 30:n vastaajan mielestä jakson aikana tehtävistä tutkimuksista. 22 vastaajaa sanoi asiakkaita tiedotettavan ennalta jakson muista tapahtumista sekä toiminnallisesta sisällöstä. Asiakkaita tiedotettiin myös jakson aikana mukaan tarvittavista välineistä. Ennakko tiedot annettiin yleensä puhelimitse.

Vastaajista 19 (N=47) oli sitä mieltä, että hoitosuunnitelma asiakkaalle tehdään kolmen ensimmäisen vuorokauden aikana, 12 työntekijän mukaan se tehdään ensimmäisen viikon aikana. Seitsemän vastaajan mukaan hoitosuunnitelma tehdään ensimmäisen kuukauden aikana. Yhdeksän vastaajan mukaan hoitosuunnitelmaa ei tehdä ollenkaan.

Vastaajien mielestä hoitosuunnitelma sisälsi riittävästi tietoa (ks. Kuvio 8.) asiakkaan palveluntarpeesta ja tavoitteista, hoidon tarpeesta ja tavoitteista sekä keinoista. Hoitosuunnitelma sisälsi myös riittävästi tietoa asiakkaan voimavaroista ja toimintakyvystä. Enemmän tietoa toivottiin asiakkaan elämäntilanteesta, ympäristöön liittyvistä seikoista sekä hoitosuunnitelman arviointisuunnitelmasta. Hoitosuunnitelmaan oli kirjattu suunnitelmasta vastaavien henkilöiden nimet joka kerta 18 vastaajan mielestä ja lähes joka kerta 15 (N=47) vastaajan mielestä.

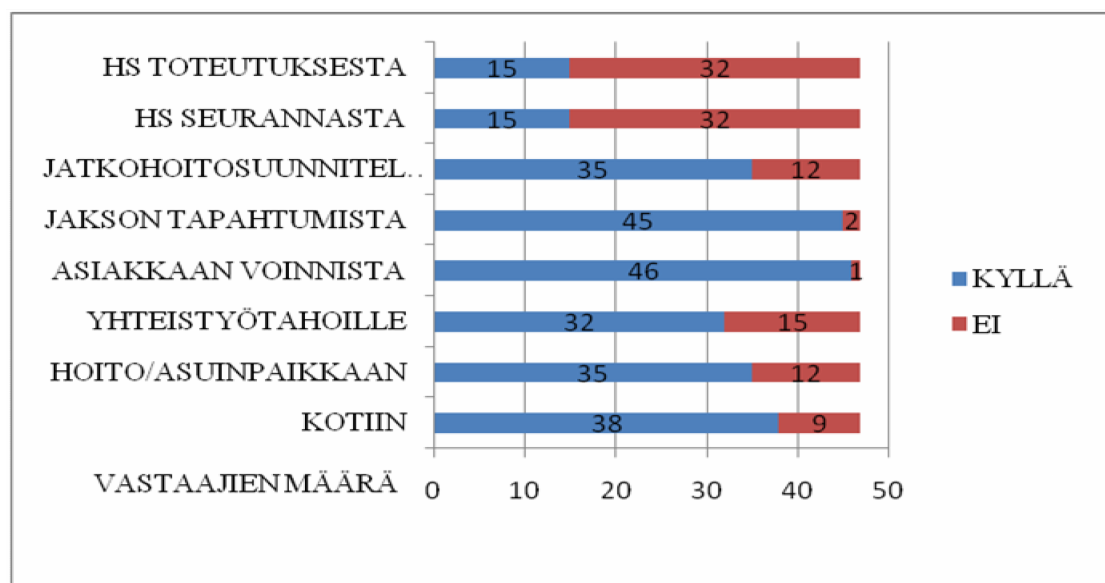


**KUVIO 8. Hoitosuunnitelman sisältämät riittävät tiedot**

Kehitysvammaisen asiakkaan toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointiin käytettävien mittareiden käyttö oli vähäistä eikä niiden käyttömahdollisuuksia hyödynnetty hoitosuunnitelman laadinnassa. KETO-arviointilomakkeita oli käyttänyt kahdeksan (N=47) vastaajaa, niitä ei ollut käyttänyt 37 vastaajaa ja kaksi henkilöä oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. PSYTO-arviointilomakkeiden oli käyttänyt 20 vastaajaa (N=47) ja SULO-arviointilomakkeita oli käyttänyt kolme vastaajaa. Niitä käytettiin yleisimmin asiakkaan sijoituksen ja tulevaisuuden suunnittelun apuvälineenä. Kaksi vastaajaa kertoi käytössä olevan myös jonkun muun arviointimenetelmän. Näissä vastauksissa toimintakykyä kuvattiin mitattavan havainnoinnilla ja kirjaamisella sekä erityistyöntekijöiden tai koulun tekemänä.

Vastaajat sanoivat hoitotyön kirjaamisen olevan yleisesti hyvällä tasolla. Yhtä (N=47) vastaajaa lukuun ottamatta oltiin sitä mieltä, että kirjaamistavoista osastolla oli sovittu ja 42 vastaajan mielestä kirjaamistavat perehdytettiin työntekijöille. Kirjaamistavat täyttivät juridiset vaatimukset, 43 vastaajaa sanoi kirjaamismerkinnöistä löytyvän päivämäärän, työntekijän aseman ja koko nimen. Opiskelijoiden suorittaman kirjaamisen varmensi 26 vastaajan mukaan aina ohjaaja ja 15 vastaajaa sanoi tämän toteutuvan useimmiten.

Kotiutustilanteessa tiedottaminen oli vapaamuotoista ja vastaajien mukaan se tapahtui yleisimmin suullisesti. Tiedotustavat kotiin ja muihin yhteistyötahoihin oli sovittu. Tiedotettavat asiat liittyivät asiakkaan vointiin, jakson tapahtumiin ja jatkohoitosuunnitelmaan. Tiedottaminen sisälsi harvemmin tietoa hoitosuunnitelman toteutuksesta ja seurannasta (ks. Kuvio 9.).

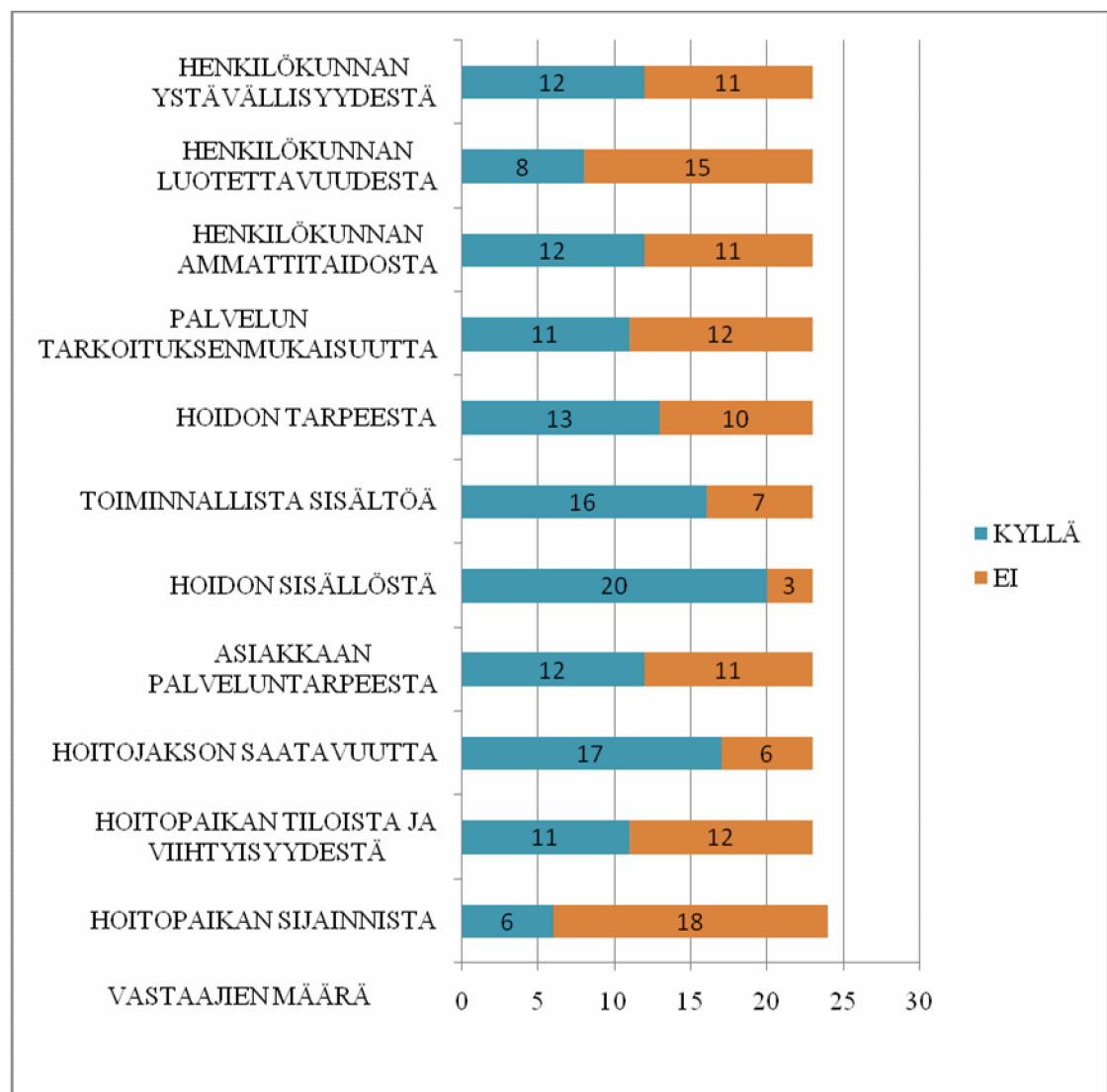


**KUVIO 9. Tiedotuksen sisältö ja tahot joille tiedotetaan**

Kaikki vastaajat sanoivat turvallisuusohjeiden olevat saatavilla. Työtä ohjaavat arvot ja periaatteet tarkistettiin 39 (N=47) vastaajan mielestä 3-5 vuoden välein. Perehdytys- ja lääkehoitosuunnitelmat oli kaikissa yksiköissä laadittu. Lääkehoitosuunnitelmaa noudatettiin 43 vastaajan mielestä aina ja kolme vastaajaa sanoi sitä noudatettavan useimmiten. 21 vastaajaa sanoi perehdytysuunnitelmaa noudatettavan aina ja 26:n vastaajan mielestä sitä noudatettiin useimmiten.

Henkilökunnan tehtäväkuvaukset oli määritelty yksiköissä 42 (N=47)vastaajan mielestä ja niistä oli tietoisia 40 vastaajaa. Johtamisvastuista oli tietoisia 37 vastaajaa. Yhteistyöstä ja työnjaosta yksikön ulkopuolisten tahojen kanssa oli tietoisia 34 vastaajaa.

Asiakaspalautteen sisältöön liittyvien kysymysten analysointia vaikeutti se, että 24 vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kysymyksiin (N=23). Vastauksia on tulkittu niin, että kun yli puolet vastauksista osoittaa mielipiteen samansuuntaisuutta, niin mielipidettä voidaan pitää luotettavana. Asiakaspalaute sisälsi vastaajien mukaan tietoa hoitojakson saatavuudesta, asiakkaan palveluntarpeesta, hoidon sisällöstä, jakson toiminnallisesta sisällöstä, hoidon tarpeesta, henkilökunnan ammattitaidosta ja ystävällisyydestä ks. Kuvio 10.).



**KUVIO 10. Asiakaspalautteen sisältämät tiedot**

Työtyytyväisyyttä ja kehityskeskustelua koskeviin kysymyksiin yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta. Kehityskeskustelut yksiköissä käytiin vuosittain 24:n vastaajan mukaan, kahdeksan vastaajaa sanoi ne käytävän kerran kahdessa vuodessa. Muiden vastaajien (14) mielestä kehityskeskustelut käytiin harvemmin tai sattumanvaraisesti. Työtyytyväisyyden mittaaminen ei ole osastoilla vakiintunut käytäntö, 18 vastaajaa sanoi sen tapahtuvan vuosittain. 28 vastaajaa sanoi työtyytyväisyyttä mitattavan harvemmin kuin kerran kahdessa vuodessa.

ITE- laadunarviointimenetelmän käyttöönotosta on sovittu vuonna 2008 ja sitä ei ole toteutettu kaikissa yksiköissä ennen tämän tutkimuksen suorittamista. Vastaushetkellä 18 vastaajaa sanoi, ettei arviointia tehdä vuosittain.

### 8.3 Osastojen väliset laadulliset erot lyhytaikaishoidon toteutuksessa

Noin puolet (23) vastaajista arvioi, ettei henkilökuntaa ole vastaanottotilanteessa eikä kotiutustilanteessa riittävästi. Henkilökuntamäärä koettiin riittämättömäksi palvelukoti Apilassa ja Tutkimus- ja kuntoutusosastolla. (ks. Taulukko 4.).

**TAULUKKO 4. Henkilökuntamäärä asiakkaan vastaanotto- ja kotiutustilanteessa**

Riittävä henkilökuntamäärä	Vastaanotto tilanteessa (n=47)		Kotiutus tilanteessa (n=47)	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Apila	6	10	6	10
Aukusti	4	2	3	3
Majakka	6	1	6	1
Sinisiipi	7	0	7	0
Tutkimus ja kuntou- tusosasto	1	10	1	10
Yhteensä	24	23	23	24

Kysymyksessä 37 kuului seuraavasti: ”Jos hoitosuunnitelmaa ei laadita, niin miksi ei?” Suurimmassa osassa vastauksista perustellaan tekemättä jättäminen hoitosuunnitelman päivittämiseksi.

”Hoitosuunnitelma on laadittu ja sitä arvioidaan ja päivitetään aina tarvittaessa. Eli jokaiselle jaksolle ei laadita uutta hoitosuunnitelmaa”



Vastauksista viidessä, jotka olivat kaikki samasta yksiköstä, hoitosuunnitelman tekemättä jättämistä perusteltiin kiireellä.

”Ajanpuute, tehdään kun on mahdollisuus, jos asiakkaan tila vaatii, niin tehdään nopeammin”

”Kiire, nopeatempoinen lyhyt jakso”

”Ei ole haastava asiakas, ei ole aikaa / halua / viitseliäisyyttä.”

Hoitosuunnitelma yksiköissä tehtiin yleisimmin työryhmässä ja yhdessä asiakkaan kanssa. 20 (n=47) vastaajaa sanoi omaisten osallistuvan hoitosuunnitelman laadintaan. Useimmiten omaiset osallistuivat hoitosuunnitelman laadintaan Apilassa ja Aukustissa, kun taas Majakassa he eivät osallistuneet vastaajien mukaan ollenkaan. (ks. Taulukko 5.).

#### TAULUKKO 5. Omaisten osallistuminen hoitosuunnitelman laadintaan

Omaiset osallistuvat hoitosuunnitelman laadintaan (n=47)		Kyllä	Ei	Yhteensä
Työyksikkö	Apila	9	7	16
	Aukusti	6	0	6
	Majakka	0	7	7
	Sinisiipi	3	4	7
	Tutkimus ja kuntoutusosasto	2	9	11
Yhteensä		20	27	47

Seitsemän vastaajaa sanoi päiväkodin osallistuvan hoitosuunnitelma laadintaan, myös työ- ja päivätoiminta oli 13:n vastaajan mukaan osallistunut siihen. Muina yhteistyötahoina vastaajat mainitsivat hoitoon lähettävän tahon. Yhteistyö hoitosuunnitelman teossa oli 19:sta vastaajan mukaan yleisintä koulun kanssa (ks. Taulukko 6.).

**TAULUKKO 6. Yhteistyötahojen osallistuminen hoitosuunnitelman laadintaan**

Hoitosuunnitelman laadintaan on osallistunut (n=47) Työyksikkö	Päiväkoti (f)		Koulu (f)		Työ- ja päivätoiminta (f)	
	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei
Apila	6	10	6	10	4	12
Aukusti	0	6	5	1	4	2
Majakka	0	7	5	2	2	5
Sinisiipi	0	7	0	7	0	7
Tutkimus ja kuntoutus-osasto	1	10	3	8	3	8
<b>Yhteensä</b>	<b>7</b>	<b>40</b>	<b>19</b>	<b>28</b>	<b>13</b>	<b>34</b>

Kysymyksissä 89–96 kysyttiin osastojen tilojen, laitteiden ja tarvikkeiden soveltuvuudesta työhön. Apuvälineiden tarve yksiköissä vaihteli. 31 (N=47) vastaajaa oli sitä mieltä, ettei apuvälineitä tarvita lisää ja 16:n vastaajaa sanoi niitä tarvittavan. Apuvälineitä tarvittaisiin lisää palvelukoti Apilassa ja Tutkimus- ja kuntoutusosastolla. Samoin tilojen turvallisuudessa vastaajat kokivat puutteita näillä kahdella osastolla.

Toimintatavat asiakaspalautteen keräämiseksi vaihtelivat yksiköittäin. Tässä kuvataan yhteenveto yksiköitten käytännöistä (ks. Taulukko 7.). Useimpien (31) vastaajien mukaan sitä kerättiin harvemmin kuin kerran vuodessa.

**TAULUKKO 7. Asiakaspalautteen keräämisen tiheys**

Asiakaspalautetta kerätään (N=47)	f	%
Jokaisen jakson jälkeen	7	14,9
Kerran kuukaudessa	2	4,3
Kerran kolmessa kuukaudessa	1	2,1
Puolivuositain	1	2,1
Kerran vuodessa	4	8,5
Harvemmin	31	66,0
Tyhjä	1	2,1
<b>Yhteensä</b>	<b>47</b>	<b>100,0</b>

Kysymys 106 koski henkilökunnan käsityksiä siitä, onko asiakkaiden hoidossa laadullisia eroja, miten erot näkyvät ja miten toimintakäytäntöjä olisi yhtenäistettävä. Yleisesti koettiin hoitotyön laadun olevan kaikkien asiakkaiden kohdalla tasa-arvoista. Eroavaisuudet muodostuivat yksilöllisistä tarpeista, jolloin asiakkaan hoitoisuus määritti hä-

neen kohdistettuja resursseja. Resurssien kohdentamattomuus ja niukkuus aiheutti satunnaisia ja tilapäisiä eroja hoidon laadussa. Asiaa kommentoitiin seuraavasti:

”Sattumanvaraisia eroja saattaa olla. Erot johtuvat tällöin käytettävissä olevista resursseista. Esimerkiksi vähän asiakkaita ja paljon henkilökuntaa, jolloin jaksojen sisältöä voidaan lisätä ja yksilöllistä aikaa ja huomiota voidaan antaa asiakkaalle enemmän.”

#### 8.4 Lyhytaikaishoidon kehittäminen

Vastaajia pyydettiin arvioimaan lyhytaikaishoitoon liittyviä käytäntöjä ja miten niitä voidaan kehittää. Lisäksi kysyttiin millaisiin asioihin yksiköissä ja organisaatiossa tulisi kiinnittää huomiota laadukkaamman hoidon toteuttamiseksi.

Asiakkaan vastaanotto ja kotiutus tapahtui yleisimmin osaston kansliassa tai yhteisissä tiloissa (ks. Taulukko 8.). Asiakkaan vastaanottavaa työntekijää ei ollut ennalta sovittu. 41 (N=47) sanoi sen olevan kuka tahansa henkilökunnasta, neljä vastaajaa sanoi sen olevan omahoitaja ja kaksi vastaajaa sanoi, ettei asiasta ole sovittu.

**TAULUKKO 8. Asiakkaan vastaanottoon ja kotiutukseen käytetyt tilat**

Vastaanotto tapahtuu (n=47)	f	Kotiutus tapahtuu (n=47)	f
Erikseen varatussa tilassa	5		5
Kansliassa	23		13
Asiakkaalle varatussa huoneessa	3		6
Osaston yhteisissä tiloissa	11		18
Tuulikaapissa	3		5
Tyhjä	2		0
Yhteensä	47		47

Tulohaastattelua varten (kysymys 27) kaivattiin helposti päivitettävää lomaketta, joka sisältäisi riittävät tiedot, eikä se olisi liian pitkä täytettäväksi. Tulohaastattelun ja vastaanottotilanteen kehittämiseksi henkilökuntaa toivottiin olevan enemmän. Kysymyksessä 35 saatiin suoria lainauksia miten kehittäisit vastaanottotilannetta osastollasi.

”Rauhoittamalla vastaanottotilanteen”

”Paneutua enemmän, pohtia sopiva paikka, rauhoittaa, tilanne, dokumentoida toimintamalli kirjallisesti”

”Sovitaan kuka ottaa vastaan ja tilanne rauhallinen, omassa varatussa huoneessa”

Kehittämisehdotuksissa hoitosuunnitelman suhteen, lähes kaikissa vastauksissa todettiin olevan tarpeellista hoitosuunnitelmien päivittäminen säännöllisesti. Hoitosuunnitelman toivottiin olevan enemmän yksilökeskeinen. Yleisesti koettiin tärkeäksi hoitosuunnitelman merkityksen korostaminen, sen tulisi olla selkeä päivittäinen työväline. Vastaajat kommentoivat asiaa seuraavasti.

”Enemmän huomiota päivitykseen, tiedot ajan tasalle”

”Jokaiselle pitäisi laatia ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma, edes perusasiat pitäisi olla kirjattuna. OLEMME HAKUSESSA JA TUULIAJOLLA TÄLLÄ HETKELLÄ”

Avoimista vastauksista kävi ilmi, yhteensä 18 kommenttia, ettei valmiiden mittareiden (KETO, PSYTO ja SULO) käyttöä koettu aina asiakkaan hoidon suunnittelussa merkityksellisenä. Näissä vastauksissa koettiin mittareiden käyttö tehtäväksi muita varten, ei niinkään että ne palvelisivat omaa yksikköä tai asiakkaan hoitoa. Kommentit olivat seuraavanlaisia.

”Aika vähäistä hyödyntäminen”

”Käytetään melkein psykologeja varten”

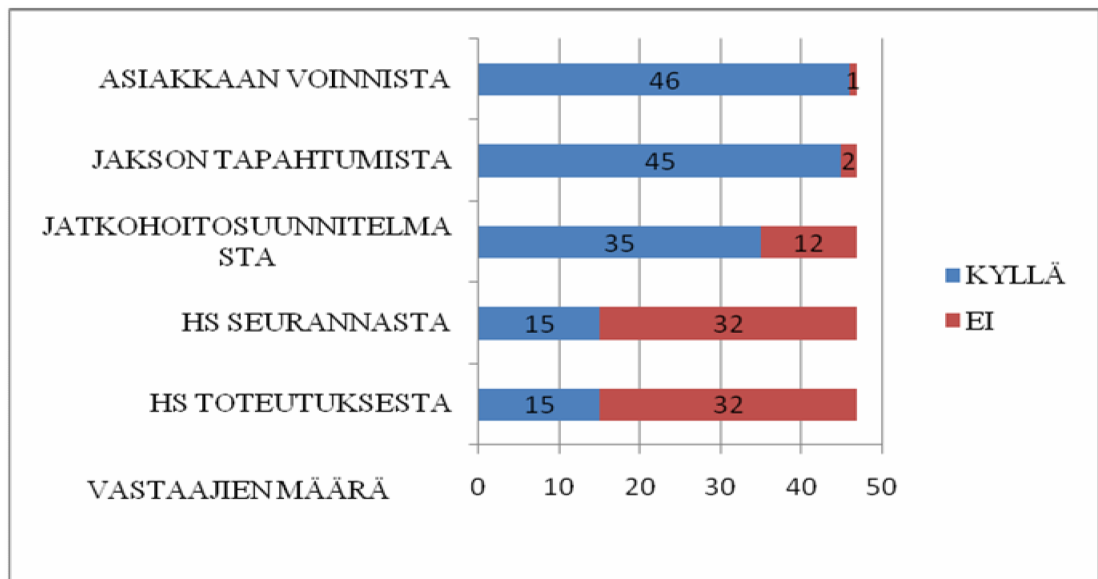
”Henkilöstön resurssipulan vuoksi kaikkea oleellista ei voida hyödyntää”

Hoitotyön kirjaamiseen vastaajat halusivat enemmän arvioivaa kirjaamista ja selkeitä ohjeita. Arvioivan kirjaamistavan kehittämistä toivottiin kommenteissa.

”Täsmällisyyttä, enemmän asiakasnäkökulmaa, arvioiva ote kirjaamiseen”

”Yhteinen käytäntö olisi hyvä, kirjallinen ohje perehdytyskansioon”

Hoitojakson jälkeinen tiedottaminen toteutui vastaajien mielestä hyvin liittyen jatkohoitosuunnitelmaan, hoitojakson tapahtumiin ja asiakkaan vointiin. Parannettavaa tiedottamisessa oli hoitosuunnitelmaan liittyvissä asioissa ja seurannassa (ks. Kuvio 11.).



**KUVIO 11. Hoitojaksosta tiedottamiseen sisältyvät asiat**

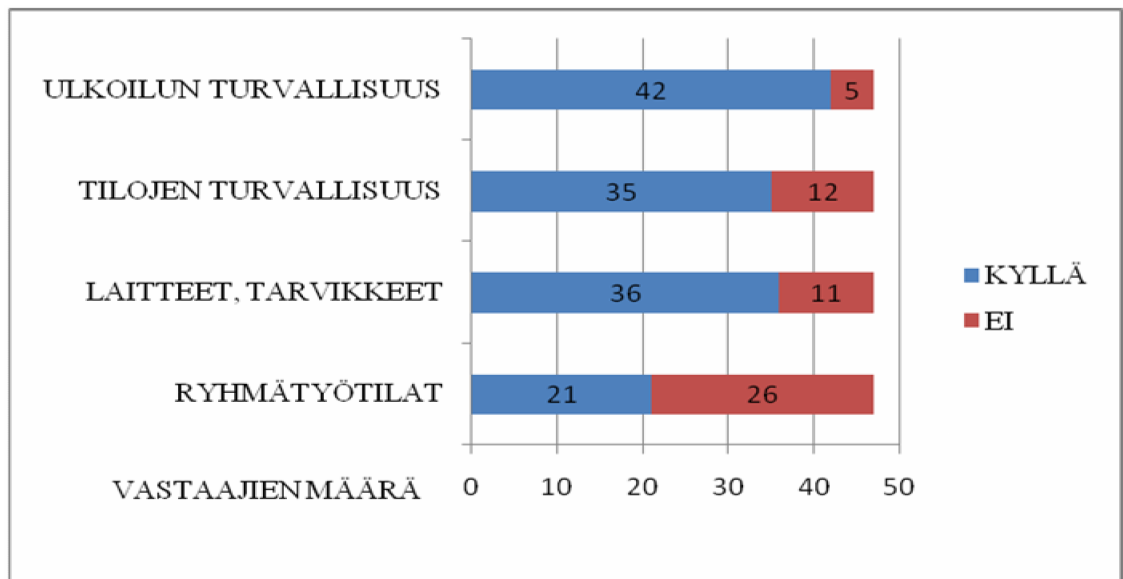
Asiakkaan kotiuttamisen kehittämiseksi (kysymys 73) vastaajat mainitsivat kotiutustilanteen rauhoittamisen ja riittävän henkilökuntamäärän kotiutustilanteessa.

”Olisi kiva varata siihen enemmän aikaa, jotta voisi paneutua asiaan syvemmin”

”Tilanne pitäisi rauhoittaa ehdottomasti. Nyt resurssit ei riitä ja koska yleensä kotiinlähtöä ei ole sovittu tunnilleen, niin tilanne tulee yllättäen eikä siihen ole varauduttu. henkilökuntaa yleisesti liian vähän”

”Rauhallista aikaa palautteen antamiseen molemmiin puolin”

Strukturoitujen kysymysten (89-96) perusteella osastojen tilat ja puitteet soveltuivat vastaajien mielestä toiminnan toteuttamiseen melko hyvin (ks. Kuvio12.). 26 (N=47) vastaajaa sanoi yksikön ryhmätyötilojen olevat puutteelliset. Muuten vastaajien voidaan katsoa olevan tyytyväisiä nykyisiin tiloihin ja toiminnan järjestelyihin.



**KUVIO 12. Hoidon toteutukseen liittyvien tilojen soveltuvuus**

Avoimissa kysymyksissä kysyttiin mitä muutostarpeita vastaajat näkivät tiloihin, laitteisiin ja tarvikkeisiin liittyen. Kommentteja annettiin yhteensä 20, niistä 10 kommenttia toivoi parannuksia pesutiloihin, tilojen ahtauteen ja varastotilojen puutteeseen. 10:ssä kommentissa kerrottiin tarpeiden kohdistuvan erilasiin apuvälineisiin ja kolmessa kommentissa todettiin asioiden olevan hyvin:

”Isompi pesutila, nostoliinoja, säädettävät lasten sairaalasängyt”

”Tilaa tarvittaisiin lisää. Kylpyhuone, wc-tilat ovat osin ala-arvoiset. Henkilökunnan sos. tilat ovat huonot”

”Huoneiden wc-tiloihin pitäisi päästä helpommin. Oviaukot ahtaita ja työskentely tilaa vähän. Pyykkihoidot erikseen”

”Ei tällä hetkellä ole tarvetta”

”tilat turvalliset pienemmälle porukalle”

Toimintaperiaatteisiin ja ohjeisiin liittyvinä kehittämis ehdotuksina (kysymys 84) mainittiin perehdytys suunnitelman päivittäminen ja kehittäminen sekä rauhallisuus perehdytyksessä. Myös tehtäväkuvauksiin toivottiin selkeyttä ja täsmennystä tai ne olisi laadittava yksikkökohtaisiksi. Toiminnanjohtamiseen ei suoranaisesti kohdistunut kritiikkiä, mutta vastauksissa toivottiin yhteisten pelisääntöjen noudattamista ja sitoutumista sovittuihin toimintamalleihin.

Tutkittavilla osastoilla laadun mittaamiseen käytettävien välineiden määrittely oli vielä puutteellista. Alle puolet vastaajista oli tietoisia yksiköiden laadun mittaamiseen käytettävistä menetelmistä. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

Asiakaspalautteen kerääminen ei ole muodostunut säännölliseksi toimintamalliksi yksiköissä. Vastaajista 31 (n=47) sanoi palautetta kerättävän harvemmin kuin kerran vuodessa. Asiakaspalautteeseen vastaa yleisimmin, 33:n vastaajan mielestä, asiakkaan omainen. Kolme vastaajista sanoi asiakkaan itsensä vastaavan kyselyyn, 11 vastaajaa oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Asiakaspalautte ei sisällä vastaajien mukaan tietoa asiakkaan tyytyväisyydestä hoitopaikan sijaintiin tai tiloihin, palvelun tarkoituksenmukaisuuteen tai henkilökunnan luotettavuuteen.

Kysyttäessä mitä kehitettävää on työn arvioinnissa ja kehittämisessä (kysymys 105), vastauksissa mainittiin useimmiten tavoitteeksi kehittämisen ja arvioinnin säännöllisyys. Myös kehittämiskohteiksi valitut asiat tai sovitut muutokset pitäisi määrätietoisemmin ottaa käytäntöön. Vastauksissa kritisoitiin resurssien niukkuutta. Vastaajat kokivat, että vaatimukset työn kehittämisessä ylittävät henkilökuntaresurssit ja ajankäytön.

”Kovasti vaaditaan, muttei oteta huomioon aina realiteetteja, kehittää niillä resursseilla mitä on käytössä ja sen pohjalta lähteä viemään toimintaa ylöspäin”

”Kehityskeskustelun tulisi toteutua vuosittain”

”Kehittäminen jää monesti puheen tasolle. arviointi hätäisen ja summittaisen tuntuista”

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Kymenlaakson erityishuollon lyhytaikaishoidon toimintakäytäntöjä. Opinnäytetyön idea lähti käytännön kokemuksesta – miten vastata asiakkaiden vaihtuviin ja entistä vaativampiin tarpeisiin ja toteuttaa samalla laadukasta hoitoa. Ristiiriita oli henkilökunnan esittämää ja haastoi minut esimiehenä etsimään tilanteeseen ratkaisua. Tämä opinnäytetyö on toivokseni osa ratkaisua.

## 9.1 Tutkimustulosten ja niiden merkitysten tarkastelua

Tasalaatuisten palveluiden tuottaminen edellyttää yksikössä tarpeenmukaisia resursseja ja toimivia käytäntöjä. Tuloksissa oli melko paljon hajontaa, mutta joitakin selkeitä yksikköjen välisiä eroja oli havaittavissa. Vastauksissa on useimmiten analysoitu kaikkien vastaajien mielipidettä ja näin pyritty löytämään selkeät yhteiset kehittämisalueet. Tutkimustuloksien vertailu suhteessa tutkimusongelmiin ei ollut yksiselitteistä. Esiinnousseissa tuloksissa oli limittäisyyttä ja merkityksellisten asioiden esiin nostaminen jäi tutkijan harkittavaksi.

### 9.1.1 Lyhytaikaishoidon toteutuminen

Mustajoki sanoo että asiakkaan yksityisyyttä osastotyössä on suojeltava kaikin keinoin. Yleisesti voidaan sanoa, että vastaanotto- ja kotiutustilanne osastoilla olivat rauhattomia ja ne tehtiin usein yhteisissä tiloissa. Tulohaastattelua varten ei kaikilla osastoilla ollut omaa lomaketta. Tiedot saatiin suullisesti, kirjattiin asiakkaan päivähuomioihin ja myöhemmin huomioitiin hoitosuunnitelman laadinnassa. Tulohaastattelun voidaan kuitenkin todeta olevan merkityksellinen koko prosessin kannalta. Tällöin saadaan riittävä tieto ja toimenpiteet sekä kuntoutus voivat alkaa viivytyksettömästi. (Mustajoki 1999, 11-16.)

Hoitosuunnitelmaan vastaajat kaipasivat lisää tietoa asiakkaan elämäntilanteesta, ympäristöön liittyvistä seikoista sekä hoitosuunnitelman arviointisuunnitelmasta. Yhteistyö asiakkaiden omaisten kanssa oli vähäistä ja heille tiedotettiin jakson asioista yleensä hyvin vapaamuotoisesti. Asiakkaalla ja hänen omaisillaan tai juridisesti pätevällä edustajalla on oikeus saada tietoa hoidon tavoitteista, hoitovaihtoehdoista ja muista asioista, joilla on merkitystä päätettäessä ratkaisuista, joita asiakkaan hyväksi tehdään. Osastoilla voidaankin miettiä onko yhteistyön lisäämiseksi jatkossa tarvetta.

Osastoilla oli yleisesti hyvä tietämys ja käytännöt hoitotyöhön liittyvästä ohjeistuksesta. Turvallisuus-, perehdytys- ja lääkehoitosuunnitelmat oli laadittu, henkilökunta tiesi niistä ja noudatti niitä. Samoin hoitotyötä ohjaavat arvot ja periaatteet olivat tiedossa. Toimintatapojen kuvaus, esimerkiksi kirjaamistavat, oli sovittu ja niistä tiedotettiin työntekijöitä.



Laadunarviointi ja siihen käytettävät menetelmät tunnettiin puutteellisesti ja käytännöt olivat kirjavia. Asiakaspalautetta kerättiin satunnaisesti eikä siihen ollut yhdenmukaista lomaketta. Kuitenkin ISO 9001 standardin keskeinen vaatimus on olla selvillä asiakkaan tyytyväisyydestä ja onko asiakas saanut sen mitä hänen pitikin saada. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että kehityskeskustelut toteutuivat vuosittain ja työtyytyväisyyttä kartoitettiin kehityskeskusteluja harvemmin. Nämä ovat osa työntekijän ja organisaation toiminnan laadunarviointia ja niiden tarkoituksena on parantaa palvelun toteuttamiseen käytettyjä rakenteita.

### **9.1.2 Laadulliset erot lyhytaikaishoidon toteutuksessa eri osastoilla**

Tarja Kvist kuvaa väitöskirjassaan kansainvälisiä tutkimuksia, joiden mukaan henkilökunnan määrä, koulutustaso, ammattitaito, organisaation ja johdon tuki vaikuttavat myönteisesti hoidon laatuun. Nämä seikat vaikuttivat myös positiivisesti henkilöstön välisiin suhteisiin ja työtyytyväisyyteen. (Kvist 2004, 62-63). Vastaajista noin puolet, kahdella eri osastolla, oli sitä mieltä, ettei asiakkaan vastaanotto- ja kotiutustilanteessa ollut riittävästi henkilökuntaa. Henkilökuntamäärä on siis sidoksissa koko hoitoprosessin laadukkaaseen toteutukseen.

Asiakkaan hoitosuunnitelman viivästymistä perusteltiin kiireellä, jonka syyksi mainittiin riittämätön henkilöstömäärä. Hoitosuunnitelmien ajantasaisuudessa ja niiden laadinnassa tehtävä yhteistyö eri tahojen kanssa vaihteli osastojen välillä. Tavallisimmin hoitosuunnitelma tehtiin työryhmässä ja vain tarvittaessa yhteistyössä erityistyöntekijöiden tai muiden yhteistyötahojen kanssa. Eniten yhteistyötä tehtiin osastoilla, joissa asiakkaat olivat lapsia tai nuoria.

Tässä tutkimuksessa laadullisia eroja perusteltiin asiakkaan hoitoisuudella ja käytettävissä olevilla resursseilla. Organisaation käytössä ei ole asiakkaan hoitoisuutta kuvaavia mittareita (esimerkiksi RAVA, Monitor). Toisaalta tämän tyyppinen arviointi voisi auttaa kohdentamaan resursseja asiakkaiden tarpeiden mukaan, jolloin helpotettaisiin henkilöstön kuormitusta.

### 9.1.3 Lyhytaikaishoidon kehittäminen

Asiakkaan vastaanotto- ja kotiutustilanteen kehittämiseksi vastaajat esittivät kehittämissuhteiksi: rauhallisen paikan valintaa, tilanteen rauhoittamista ja vastaanottavan henkilön nimeämistä. Henkilökuntamäärän lisääminen joissakin tapauksissa auttaisi tilanteen kehittämistä. Asiakkaat ovat useimmiten ennalta tunnettuja, kuitenkin vastaanotto-tilanteeseen nimetyn hoitajan valinta lisäisi asiakkaan asioihin paneutumista ennalta ja helpottaisi kaikin puolin tulohaastattelun tekemistä ja myöhemmässä vaiheessa hoitosuunnitelman tekemistä.

Hoitosuunnitelmaan voisi nykyisten tietojen lisäksi lisätä tiedot asiakkaan elämäntilanteesta ja suunnitelman kuinka hoitosuunnitelman arviointi tapahtuu. KETO-, PSYTO- JA SULO -arviointilomakkeiden käyttö helpottaisi asiakkaan hoitosuunnitelman laadintaa sekä toisi laajempaa näkökulmaa tilanteen arvioimiseen.

Hoitotyön kirjaaminen toteutettiin asianmukaisesti, mutta kirjaamisen sisältöä koettiin tarpeelliseksi kehittää arvioivaan suuntaan. Kirjaamisessa huomioitiin puutteelliseksi yhteys hoitosuunnitelman toteutukseen. Tulosten mukaan täsmällisyyttä oli lisättävä myös opiskelijan kirjaamismerkintöjen varmentamiseen.

Asiakkaan kotiutuksessa huomioitiin samoja puutteita, rauhattomuutta sekä kiirettä, kuin vastaanottotilanteessa ja esitetyt kehittämissuhteukset olivat samantyyppisiä. Tiedottaminen omaisille ja muille yhteistyötahoille koettiin riittäväksi ja tiedottamisen toimintamalli luontevaksi. Tiedottamiseen voisi jatkossa sisällyttää myös hoitosuunnitelman sisältöä ja seurantaa koskevia asioita. Hoitotyön laatua lisäisi myös ohjauksellinen palaute asiakkaan omaisille.

Riittävät toimintamahdollisuudet, kuten hoitohenkilöstömitoitus, aika ja tilat sekä henkilöstön ohjaus ja opastus tehtäviinsä mahdollistavat laadukkaan hoidon. Toimintaohjeet ja periaatteet olivat henkilöstöllä hyvin tiedossa. Perehdytysuunnitelmaa noudatettiin hyvin. Toimintaympäristöt, tilat ja laitteet vaihtelivat yksiköittäin. Ryhmätyöskentelytiloja ei ollut missään osastolla. Rakennukset ovat 1960-luvulla rakennettuja ja niihin on asteittain tehty korjauksia. Edelleen tilat koettiin ahtaiksi eivätkä ne vastaa nykyisiä

vaatimuksia. Työntekijän omilla ratkaisuilla ja arkipäivän teoilla sopeutetaan työskentely mahdollisimman hyvin asiakkaan tarpeisiin ja toteutetaan turvallisesti.

## 9.2 Johtopäätökset

Asiakkaan vastaanotto- ja kotiutustilanne on rauhoitettava. Osastolla on osoitettava siihen soveltuva tila tai sovittava toimintatavat niin, että asiakkaalle ja hänen omaisilleen on mahdollisuus antaa aikaa ja huomiota tilanteessa. Käytäntöä voidaan parantaa lisäämällä yhteistyötä omaisiin ja sopimalla ajankohta jolloin asiakas tuodaan tai noudetaan. Työntekijän nimeäminen ennalta ryhdittää tilannetta.

Hoitosuunnitelman tekemisessä tulee ottaa huomioon asiakas ja omaiset. Omaiset tuntevat parhaiten hoitoon tulevan kehitysvammaisen ja ovat useimmiten hänen etunsa valvojia. Heidän kuulemisensa hoidon suunnittelussa on ehdottoman tärkeää. Hoidon toteutuksella tähdätään tulevaisuuteen, jolloin yhdenmukaisten toimintatapojen noudattaminen asiakkaan eri hoitoympäristöissä tukee tämän kuntoutumista. Hoitotyön kirjaamista tulee kehittää arvioivaan suuntaan. Aiheet, yhteistyö omaisiin, hoitosuunnitelman kehittäminen ja hoitotyön kirjaaminen, ovat merkittäviä henkilöstön koulutussisältöjä.

Oman työn arviointi on pyrittävä saamaan osaksi arkipäivää. Laadun kehittämistyön tulisi kohdistua toiminnan varmistamiseen ja tehostamiseen, tässä tapauksessa lyhytaikaishoitoprosessin. Työtä tekevien henkilöiden pitäisi yhdessä miettiä prosessin toimivuutta ja verrata osastojen välisiä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Työn kehittämiseen pitää varata myös resursseja, se ei synny sivutuotteena hoitamisen ohessa. Työn kehittäminen edellyttää muutoshalukkuutta myös henkilökunnalta itseltään ja valmiutta muuttaa toimintatapoja.

Hoitotyöhön käytettävät tilat on saatava vastaamaan nykyisiin tarpeisiin. Tilat tulee mitoittaa niin että palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöllisyys ja intymiteetti sekä turvallisuus toteutuvat. Oikein mitoitetuilla tiloilla lisätään myös henkilöstön työssä jaksamista ja työtyytyväisyyttä.

### 9.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tekemistä ohjaavat monet käytännöt, selkeät normit sekä lakipykälät. Lain noudattaminen ei ole itsestään selvää eettistä toimintaa, vaan tutkijalla on velvollisuus ajatella eettisiä näkökulmia, kuten rehellisyyttä, huolellisuutta ja yksityiskohtaisuutta, työnsä toteuttamisessa. Hyvän tieteellisen käytännön mukainen tutkimus noudattaa tieteellisiä toimintatapoja, käyttää eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen on oltava vapaaehtoista siihen osallistuville henkilöille eikä tutkittavien manipulointia ei sallita (Hirsjärvi ym. 2007, 23-27, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 26-28.) Tutkimuksesta ja sen toimintamenetelmistä on sovittava kyseisen organisaation kanssa.

Sopimus opinnäytetyön tekemisestä tehtiin Kymenlaakson erityishuollonkuntayhtymän johtavan hoitajan kanssa ennen työn aloittamista (Liite 1.). Hän hyväksyi kyselylomakkeen sisällön sekä tutkimukseen liittyvän työajankäytön, mikä koski tutkimuksen esittelyä ja aineiston keräämistä. Työyhteisöjä informoitiin kyselystä ja sen tarkoituksesta. Kyselyyn liitettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta.

Kyselyt henkilökunnalle toteutettiin nimettöminä. Vastaukset palautettiin suljetuissa kirjekuorissa niille varattuun palautuslaatikkoon. Tutkimukseen osallistuminen oli työntekijöille vapaaehtoista eikä yksittäisiä vastauksia voitu tunnistaa. Tutkimusaineisto, asiakkaita koskevat tilastot, hävitetään välittömästi opinnäytetyön valmistumisen jälkeen ja kyselylomakkeella koottu aineisto puoli vuotta opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Reliabiliteetti-sana voidaan suomentaa sanoilla luotettavuus, käyttövarmuus ja toimintavarmuus. Tutkimuksessa sillä tarkoitetaan mittarin johdonmukaisuutta, eli sitä, että se mittaa aina samaa asiaa. (Turun yliopisto 2006.) Mikäli tämä tutkimus toistettaisiin, voitaisiin tuloksia verrata aikaisempiin tuloksiin, jolloin tässä työssä käytettyä kyselytutkimusta voidaan pitää luotettava. Kaikki tulokset eivät vastanneet suoraan asetettuihin ongelmiin vaan tulosten kuvaamiseen liittyi myös numeeristen vastusten pohjalta tehtyä päättelyä. Validiteetilla tarkoitetaan pätevyyttä eli hyvyttä mitata juuri sitä, mitä sen on tarkoitus mitata tarpeeksi kattavasti ja tehokkaasti.

Tutkimuksen suorittamisen periaatteiden soveltaminen käytäntöön ei ole aina helppoa. Kyselyn huolellisesta suunnittelusta huolimatta osa henkilöistä ei syystä tai toisesta halua tai ehdi osallistua tutkimuksiin. Alhainen vastausprosentti laskee tutkimuksen luotettavuutta, joten on syytä arvioida vastusten riittävä määrä ja tarvittaessa suorittaa uusia tutkimus. (Turun yliopisto 2006.) Tässä opinnäytetyössä vastausprosentti oli 82. Kyselylomake esiteltiin, minkä tarkoituksena oli antaa tietoa mittarin luotettavuudesta, puutteista ja kehittämistarpeista.

Tässä tutkimuksessa käytettävä kyselylomake (Liite 2.) oli pitkä. Pitkä kyselylomake edellyttää vastaajien motivoitumista, joka toisaalta lisää vastausten luotettavuutta. Kyselyyn vastaaminen oli kuitenkin nopeaa, sillä vastausvaihtoehdot olivat valmiina. Avoimiin kysymyksiin vastaaminen saattaa olla yleisesti heikompaa kuin strukturoituihin kysymyksiin. Mielipiteitä tai asenteita koskevat kysymykset voivat olla ongelmallisia mittaustulosten luotettavuuden kannalta, sillä vastaajan tulkinta omasta mielipiteestään voi vaihdella mielentilan, ympäristön ja ajankohdan mukaan. (Turun yliopisto 2006.) Avoimia kysymyksiä käytetyssä kyselylomakkeessa oli 14.

## 9.4 Pohdinta

Päätelmiä ja tulkintoja tehdään teoriaa ja havaintoaineistoa hyväksikäyttäen. Johtopäätöksissä tavoitteena on nähdä numeroiden takana olevan tutkittavan asian todellisia ilmiöitä. (Taanila 2009, 5.) Kehitysvammaliitto ylläpitää ”Verneria”, joka on kehitysvamma-alan verkkopalvelu. Sivustoilta löytyy hyvin mittava listaus, kehitysvammaisuuden ja kehitysvammaisten hoitoon liittyviä väitöskirjoja, lisensiaattitöitä, pro graduja sekä opinnäytetöitä, yhteensä 386 julkaisua. Suurin osa töistä liittyi kehitysvammaisten itsenäistymiseen, opetukseen ja työllistymiseen. Laatuun liittyvät julkaisut käsittelevät useimmiten asumispalvelujen laatua. Lyhytaikaishoitoon liittyviä töitä oli kaksi, joissa toisesta kartoitettiin palveluiden tarvetta 5-12 -vuotiailla kehitysvammaisilla ja toisessa olemassa olevia asumis- ja lyhytaikaishoitopalveluita tietyllä paikkakunnalla. Lyhytaikaishoidon sisältöön liittyviä tutkimuksia ei löytynyt eikä Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymässä aiheesta ei ole tehty vastaavanlaista tutkimusta aiemmin. Lyhytaikaishoidolle on lisääntyvästi kysyntää, joten palveluita on kehitettävä asiakkaiden tarpeita vastaaviksi.

Tutkimuksen aineiston keräys sujui ongelmitta. Kysymyslomakkeen laadintaan olisi pitänyt kiinnittää enemmän huomioita. SPSS-tilastointiohjelman parempi tunteminen olisi järkevöittänyt kysymysten laadintaa ja helpottanut tulosten raportointia. Nyt joitakin tuloksia muokattiin uudelleen Excel-ohjelmalla, jotta niiden havainnollistaminen oli selkeämpää. Tutkittava aineisto oli pieni, joten SPSS-ohjelmalla, ristiintaulukointia käyttäen siitä ei saatu luotettavaa kuvaa. Tutkimustuloksissa olin kuitenkin halunnut ottaa esille muutamia ristiintaulukointeja, koska uskon niiden kiinnostavan tutkimukseen osallistunutta henkilökuntaa.

Kysymyslomakkeessa huomattiin tulosten analysointivaiheessa useita puutteita. Esimerkiksi tulohaastattelun vastaajat ymmärsivät eri tavoin. Kyselylomakkeen laadinnassa olisi ollut määriteltävä tarkemmin mitä tulohaastattelulla tarkoitetaan. Nyt vastaajien mielestä tulohaastattelu oli myös kuulumisten kysymistä ja tärkeimpien pääkohtien tarkistamista omaisilta eikä systemaattista asioiden läpikäymistä. Samoin analysointi vaiheessa huomioitiin, ettei työn kehittämistä koskevissa kysymyksissä kysytty ollenkaan henkilökunnan täydennyskoulutuksesta. Tutkimustulosten käsittely SPSS-ohjelmalla olisi edellyttänyt kysymysten toisenlaista ryhmittelyä selkeiden taulukoiden aikaansaamiseksi.

Yhteiskunnallinen kehitys vaikuttaa siihen, että myös sosiaali- ja terveysalan tekijät muuttuvat ja palveluiden on vastattava muuttuviin tarpeisiin. Tulevaisuudessa käytössä olevien resurssien ennustetaan supistuvan joten palveluita on priorisoitava. Sosiaali- ja terveydenhuollossa yksittäisen asiakkaan tarpeet saattavat olla ristiriidassa yleisen edun kanssa. Hoitotyön arvojen ja periaatteiden merkitys käytännön työssä jää arjen ja kiireen jalkoihin. Useissa arvoihin ja periaatteisiin liittyvissä kysymyksissä huomataan ristiriita suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin.

Toimivat rakenteet yksikössä luovat edellytykset onnistuneelle hoitoprosessille. Rakenteisiin sisältyvät yksikön erilaiset toimintaohjeet, tilojen tarkoituksenmukaisuus, henkilökunnan ammattitaito ja niin edelleen. Nämä olivat yleisesti asioita, jotka tässä tutkimuksessa koettiin toimiviksi. Näihin asioihin liittyy erilaisia säädöksiä ja ohjeita, joten tulkintana tästä on se, että on ollut helpompaa laatia organisaatio tai osastokohtainen ohjeistus lain määrittämästä aiheesta, kuin pohtia esimerkiksi hoitotyön sisällön strukturointia osastolla tai henkilökunnan omia yksilöllisiä toimintatapoja. Kehitysvammatyös-

sä hoitajat joutuvat tekemään runsaasti ratkaisuja huollettavien asiakkaiden puolesta. Tällöin on tärkeää tietää asiakkaan toiveet ja tärkeäksi kokemat asiat. Yhteisesti sovitut toimintatavat ja asiakkaan huomiointi pyrkivät takaamaan eettisesti tasokkaan toiminnan.

Asiakkaiden hyvä hoito edellyttää toimivaa, tervettä ja turvallista toimintaympäristöä. Fyysisten tilojen soveltuvuus ei vastaajien mielestä ollut aina riittävän hyvä. Asiakkaan yksityisyyden ja yksilöllisyyden huomiointi on usein täysin riippuvaista hoitajan tekemistä käytännön ratkaisuista. Kiinteistöjä on kyettävä korjaamaan ja kehittämään niin, että ne vastaavat tulevia tarpeita ja toimintaprosesseja.

Asiakkaiden vaihtuvuus kuormittaa henkilöstöä ja vaatisi enemmän henkilökuntaa. Hoitajien määrällinen mitoitus osastoilla on tehty kauan sitten. Henkilöstön riittämättömyyttä on korjattu tähän asti palkkaamalla asiakkaan hoitoisuuden vuoksi henkilökohdaisia hoitajia. Vaihtoehtona organisaation sisällä voitaisiin miettiä resurssien oikea kohdentamista ja yhteistyötä eri yksiköiden välillä. Se helpottaisi kriittisissä tilanteissa työstä johtuvaa kuormittavuutta ja takaisi asiakkaan hyvän hoidon toteutumisen. Lähiesimiesten vastuulla on huolehtia työyksikön toiminnan hyvästä sujumisesta. Yhteistyö osastonhoitajien välillä ja yhteinen lyhytaikashoidon suunnittelu voisi tuoda uusia ideoita toiminnan järjestämiseksi.

Arviointikäytännöt organisaatiotasolla eivät ole myöskään vakiintuneet. Arviointi on ollut osastokeskeistä eikä tuloksia ole tehty yhteisesti näkyväksi. Asiakaspalautteen kerääminen ei ollut vakiintunut käytäntö millään osastolla. Asiasta on käyty runsaasti keskustelua myös tämän opinnäytetyön ulkopuolella. Vaikeutena on koettu se, etteivät asiakkaat palauta kyselyitä sekä se, ettei sitä varten ole ollut toimivaa lomaketta. Tämän tutkimuksen suorittamisen jälkeen ITE-arviointi on suoritettu kaikilla osastoilla ja tuloksista on laadittu yhteenvedot, joiden pohjalta on aloitettu kehittämistyö. Samoihin aikoihin tämän opinnäytetyön kanssa on valmistumassa myös uudet asiakaspalautelomakkeet eri kohderyhmille.

Vuonna 1997 laadituissa laatukriteereissä korostetaan asukkaan turvallisuutta, viihtyisyyttä, arkielämän sujumista ja osallistumista. Näiden seikkojen voidaan sanoa toteutuvan, mutta omaisten kanssa tehtävässä yhteistyössä on kehitettävää. Silloin määriteltyä

hoitaja-asukassuhteen keskiarvoa, joka oli 0,67, ei voida pitää nykytilanteessa tarpeita vastaavana. Tämä on seikka, joka vaatisi jatkuvampaa arviointia ja olisi oltava määriteltävissä asiakkaiden hoitoisuuden mukaan. Tuolloin vuonna 1997 on myös hyväksytty kriteeri, jonka mukaan aikuisia ja lapsia ei ole samoissa yksiköissä. Asiakkaita koskevasta keski-ikää kuvaavasta tilastosta nähdään, ettei tämä ole toteutunut.

Nämä kaikki ovat laatuun liittyviä asioita. Monet asiat ja toimintamallit ovat muokkautuneet vuosien aikana. On helppoa kyseenalaistaa osaston tilanne, annetut resurssit ja niin edelleen. Tahtoisin kuitenkin muistutella henkilökuntaa; mikä on oma rooli työn toteuttajana. Nämä ajatukset ja kysymykset ovat Herkko Pesosen kirjasta: ”Laatua – asiantuntijaorganisaation laatuopas” (Pesonen 2007, 229.):

”Organisaation laatu lähtee yksilöiden laadusta. Organisaatio ei voi toimia laadukkaasti, jos yksilöt eivät toimi laadukkaasti. Työstäsi tulee hyvä vain jos olet sitoutunut siihen. Motivaatio ei aina riitä, sillä se voidaan saada aikaiseksi kannustimilla ja uhkauksilla. Sitoutumiseen ja sisäistämiseen liittyy oma sisäinen tahto tehdä jotakin ja saada aikaan jotakin, vaikeuksista huolimatta.”

Hoitoprosessi on kokonaisuus, johon kuuluvien alueiden on kaikkien toteuduttava hyvin, jotta voidaan puhua laadukkaasta hoidosta. Ei riitä, että asiakas viihtyy ja tulee hoidetuksi. On myös oltava hoitosuunnitelma ja kirjattava asiakkaan tiedot ja niin edelleen. Kaiken toiminnan tulee olla juridisesti ja eettisesti oikein. Jokainen työntekijä tekee osuutensa hoitoprosessissa ja voi miettiä miten voisi omaa toimintaansa kehittää. Tarvi-  
taan henkilökohtaista muutoshalukkuutta toiminnan kehittämiseksi.



## LÄHTEET

Ahola, Sanna, Konttinen, Juha-Pekka 2009. Uudistuva vammaispalvelulaki – Oikeus henkilökohtaiseen apuun vahvistuu. Assistentti info, sarja nro 6.

Antila, Anja 2006. Hoitotyön johtamisen eettiset ohjeet ja niiden toteutuminen johtamistoiminnassa ylihoitajien näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma, Kuopion yliopisto.

Eettiset periaatteet sairaala- ja laitoshoidossa 2007. Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi. Pdf-dokumentti.

[http://www.ouka.fi/sote/ikaantyminen/Etiikka/pdf/SL\\_periaatteet.pdf](http://www.ouka.fi/sote/ikaantyminen/Etiikka/pdf/SL_periaatteet.pdf)

Etene, valtakunnanllinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriö, Etene-julkaisuja I.

Friman-Eronen, Päivi, Kemppainen, Risto, Koivisto-Mikkola, Anita, Kokko, Eija, Lehtinen, Auli, Niemi, Annukka, Pesu, Timo, Pietiläinen, Anja, Pyötsiä, Jenni, Riihelä, Marja-Terttu, Romppainen, Anu, Uotila, Miia, Tapiola, Marja, Vanhala, Teija, Vanhala-Taimisto, Anu, Väättäinen, Airi 2009. Palvelukuvaus, Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä.

Fry, Sara T 1997. Etiikka hoitotyössä, eettisen päätöksenteon opas. Tampere: Tammerpaino.

Helsingin yliopisto 1999. Luentolyhtennelmä, tilastollinen atk.

<http://www.valt.helsinki.fi/atk/stat/s99/l2.htm>

Hirsjärvi, Sirkka, Remes Pirkko, Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirvonen, Kaisa 2005. Laadun tarkkailusta laatujohtamiseen. teoreettinen synteesi laatujohtamisen käsitteestä. Pro gradu –tutkielma. Terveyshallintotiede. Terveyshallinnon

ja -talouden laitos. Kuopion yliopisto. Pdf-dokumentti.

<http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/kaisahirvonengradu.pdf>. Luettu 29.1.2007.

Hoitotyö Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymässä. Moniste. Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä.

Holma, Tupu 2003. ITE 2 – opas uudistuneen itsearviointi- ja laadunhallintamenetelmän käyttöön. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, Hakapaino Oy.

Holma, Tupu, Outinen, Maarit, Idänpää-Heikkilä, Ulla, Sainio, Salla 2002. Kirkasta ja uudista laadunhallintaa – kehitä laatutalo. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Suomen kuntaliitto Helsinki, Hakapaino Oy.

Hulkari, Kirsti 2006. Työssäoppimisen laadun käsite, itsearviointi ja kehittäminen sosiaali- ja terveysalan ammatillisessa peruskoulutuksessa. Tampereen yliopisto, akateeminen väitöskirja. Pdf-dokumentti. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6684-5.pdf>. Luettu 10.1.2009.

Idänpää-Heikkilä, Ulla, Outinen, Maarit, Nordblad, Anne, Päivärinta, Eeva, Mäkelä, Marjukka 2002. Laatuksiteerit - Suuntaviivoja tekijöille ja käyttäjille. Stakesin julkaisu ja 20/2000. Stakesin monistamo, Helsinki 2000.

Jyrä, Kaisa 2004. Arviointi ja laatu. Kehityskeskustelu. Suomen Kuntaliitto. [http://www.kunnat.net/k\\_perussivu.asp?path=1;29;348;1027;1896;30905;58567](http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;348;1027;1896;30905;58567). Luettu 2.10.2009.

Kangasniemi, Mari 2007. Monoliittisesta trilogiseen tasa-arvoon. Tasa-arvo hoitotyön etiikan tutkimuksessa. Oulun yliopisto. Pdf-dokumentti. <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284793/isbn9789514284793.pdf>. Luettu 13.6.2009

Kaski, Markus, Manninen, Anja, Mölsä, Pekka, Pihko, Helena 2001. Kehitysvammaisuus. Porvoo: WSOY.

Kehitysvammaliitto 2008. Kehitysvamma-alan yhteinen verkkopalvelu - Vernerinet 2008. <http://www.verneri.net/yleis/palvelut-ja-tuet/aikuiset/hoito/lyhytaikais-ja-tilapaeishoito.html>. Päivitetty 5.3.2008. Luettu 6.11.2008.

Kehitysvammaisten tukiliitto ry. <http://www.kvtl.fi/alue/71>. Luettu 19.9.2009.

Kvist, Tarja 2004. Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia. Väitöskirja. Kuopin yliopisto.

Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä 1997. Laatua etsimässä. Millaisia laadunhallinnan menetelmiä on käytössä kuntayhtymässä.

Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä a. <http://www.kyeh.fi/index.php?sivuid=28&kid=1>. Luettu 9.10.2009.

Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä b. Asumispalvelut: palvelukodit. <http://www.kyeh.fi/index.php?sivuid=67&kid=1>. Päivitetty 13.10.2008. Luettu 6.11.2008.

Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä c. Asumispalvelut. Palvelukodit. <http://www.kyeh.fi/index.php?sivuid=75&kid=1>. Päivitetty 15.10.2008. Luettu 6.11.2008.

Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä d. Asumispalvelut: palvelukodit. <http://www.kyeh.fi/index.php?sivuid=72&kid=1>. Päivitetty 13.10.2008. Luettu 6.11.2008.

Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä e. Asumispalvelut: palvelukodit. <http://www.kyeh.fi/index.php?sivuid=68&kid=1>. Päivitetty 13.10.2008. Luettu 10.1.2009.

Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä f. Asumispalvelut: palvelukodit.  
<http://www.kyeh.fi/index.php?sivuid=74&kid=1>. Päivitetty 13.10.2008. Luettu 10.1.2009.

Kujala, Eila 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Pdf-dokumentti. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5605-X.pdf>. Luettu 2.10.2009.

Kumpuvuori, Jukka 2004. Juridinen esiselvitys vammaispalvelulain ja kehitysvammlain yhteensovittamisesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:14. Pdf-dokumentti.  
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/07/mk1089957047367/passthru.pdf>. Luettu 10.1.2009.

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu, hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto: Väitöskirja D 937 / 2007. Pdf-dokumentti.  
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>. Luettu 12.3.2009.

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 519/1977. WWW-dokumentti.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770519>. Luettu 10.1.2009.

Laki omaishoidon tuesta 937/2005. WWW-dokumentti.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>. Luettu 10.1.2009.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 29.9.2009.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. WWW-dokumentti.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. Luettu 21.9.2009.

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista 380/1987. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870380>. Luettu 10.1.2009.

Lumijärvi, Ismo, Jylhäsaari, Jussi 2000. Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Laadun ja tuloksen tasapaino johtamishaasteena. Helsinki, Gaudeamus.

Matikka, Leena, Nuora, Petra 2007. SULO – kehitysvammaisten subjektiivisen hyvinvoinnin asteikko. Helsinki, Kehitysvammaliitto ry.

Matikka, Leena, Ojanen, Markku, Vesala, Hannu 2003. KETO – toimintakyvyn arviointiasteikko. Helsinki, Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö – KOTU.

Mustajoki, Pertti, Saha, Heikki, Sane, Timo 1999. Potilaan tutkiminen. Duodecim. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Mäkisalo, Merja 1999. Me teemme sen. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Ojanen, Markku, Seppälä, Heikki 2004. PSYTO – psykososiaalisen toimintakyvyn arviointiasteikko. Helsinki, Kehitysvammaliiton tutkimusyksikkö – KOTU.

Partanen, Pirjo, Pitkäaho, Taina, Kvist, Tarja, Turunen, Hannele, Miettinen, Merja, Vehviläinen-Julkunen, Katri 2008. Magneettisairaalamalli erinomaisen hoitotyön mahdollistajana. Hoitotyön vuosikirja 2008: Vetovoimainen terveydenhuolto. Sairaanhoidotaliitto. Suomen Graafiset palvelut Oy.

Paunonen, Marita, Vehviläinen-Julkunen Katri 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva:WSOY.

Perkka-Jortikka, Katriina 2005. Kasva tosi johtajaksi. Helsinki: Edita Prima Oy.

Perälä, M-L, Räikkönen, O 1994. Parempaan laatuun hoitotyössä. kartoitus sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa. Stakes raportteja 158. Jyväskylä: Gummerus.

Pesonen, Herkko 2007. Laatua – Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Juva: Bookwell Oy.

Rissanen, Viljo, Kansanen, Martti 2003. Laadunhallinta terveydenhuollossa. Laatu järjestelmien pääsuuntaviivat ja kokemuksia Kuopion yliopistollisen sairaalan laatu järjestelmästä. Helsinki, Suomen kuntaliitto.

Ryynänen, Olli-Pekka, Myllykangas, Markku 2000. Terveydenhuollon etiikka: WS Bookwell Oy, Juva.

Sairaanhoitajaliitto 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Sosiaalihuoltolaki 710/1982. WWW-dokumentti.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>. Luettu 10.1.2009.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Yksilölliset palvelut, toimivat asunnot ja esteetön ympäristö. Vammaisten ihmisten asumispalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2003:4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001:1. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1.

Sinivaara, Maria ja työryhmä 2003. Jorvin sairaalan kirjaamistyöryhmän loppuraportti. Helsinki, HYKS, Jorvin sairaala. Julkaisuja sarja B 02/2003

Suosalmi, Marjaana 2008. Harvinaisia sairauksia koskeva kuuleminen. Euroopan komissio. Terveys- ja kuluttajansuoja-asioiden pääosasto. Lahti Rehabilitation Centre. Pdf-dokumentti. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats/non\\_com/docs/R258\\_fi.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_threats/non_com/docs/R258_fi.pdf). Luettu 6.11.2008.

Taanila, Aki 2009. Määrällisen aineiston kerääminen. Pdf-dokumentti.

<http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>. Luettu 25.9.2009.

Tausa-Ollila, Eerika 2009. Hoitotyön johtajien työtyytyväisyys erikoissairaanhoidossa. Pro-gradu tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pdf-dokumentti. <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2009/7879.pdf>. Luettu 2.10.2009.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos (Kansanterveyslaitos ja Stakes) 2006. Laatusuosituksia. WWW-dokumentti. <http://www.stakes.fi/FI/Kehittaminen/valineet/laatusuosituksia/index.htm>. Julkaistu 6.3.2006. Luettu 10.1.2009.

Tuomi, Jouni, Sarajärvi Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Turun yliopisto 2006. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, menetelmäopetuksen tietovaranto. Tutkimuksen luotettavuus ja arviointi, reliabiliteetti, validiteetti. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3\\_3\\_2.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_2.html). Luettu 27.9.2009.

Valtari, Maarit 2006. SPSS-perusteet. Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, tieto- ja viestintätekniikka.





### SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

**Sopijaosapuolet:**

Opinnäytetyön tilaaja: Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymä

ja Mikkelin ammattikorkeakoulun Sosiaali ja terveystieteiden laitoksen

Sairaanhoitaja Amk, tutkintoa täydentävät opinnot-koulutusohjelman opiskelija Teija Vanhala

**Opinnäytetyön aihe: TILAPÄISHOIDON TOIMINTAKÄYTÄNTÖJEN SELVITTÄMINEN  
JA KUVAAMINEN OSASTOJEN LAADUNHALLINNAN APUVÄLINEEKSI  
Kymenlaakson Erityishuollon kuntayhtymässä.**

**Opinnäytetyön ohjaajat:**

Ohjaava opettaja: Ansa Iivanainen

Työelämäohjaaja: Annukka Niemi

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: joulukuu 2009

**Muut sopimusehdot:**

- Kysely toteutetaan seuraavissa palvelukodeissa: Apila, Aukusti, Majakka, Sinisiipi ja Tutkimus- ja kuntoutusosasto
- Opiskelija saa käyttää ko. osastojen käyttöpäivätilastoja tilapäishoidon määrän ja asiakkaiden iän selvittämiseksi
- Opiskelija saa käyttää työaika opinnäytetyö tarkoituksen esittelyyn sekä lomakkeiden jakamiseen ja keräämiseen osastoilla
- Työnantaja antaa mahdollisuuden tarvittavien kyselylomakkeiden kopiointiin
- Opiskelijalla on oikeus saada käyttöönsä osastoilla käytössä olevat hoidon suunnitteluun käytettävät lomakemallit

*26.2.2009 Heikkilä*

Aika ja paikka

*Teija Vanhala*

Opiskelijan/opiskelijoiden allekirjoitus

*Annukka Niemi*

Toimeksiantajan allekirjoitus



**Arvoisa vastaaja!**

Tämä kysely liittyy sairaanhoitajan Amk -tutkintoa täydentäviin opintoihini.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selvittää tilapäishoidon toimintakäytäntöjä Kymenlaakson erityishuollon kuntayhtymässä. Tutkimus toteutetaan viidessä tilapäishoitoa tuottavassa palvelukodissa.

Tilapäishoidon kehittämiseksi on ensin saatava selville nykyiset toimintakäytännöt; toimivuus ja heikkoudet, joiden pohjalta voidaan aloittaa kehittämistyö yhtenäisten käytäntöjen ja laatuksien aikaansaamiseksi.

Opinnäytetyö on nykytilannetta kuvaileva. Tulokset ovat kyselyyn vastanneiden osastojen hyödynnettävissä.

Kysely suunnataan tilapäishoitoa toteuttavalle henkilökunnalle, Palvelukoti Apilassa, Aukustissa, Majakassa, Sinisiivessä ja Tutkimus- ja kuntoutusosastolla.

Asiaa lähestytään tilapäishoitoa tarvitsevan asiakkaan hoitoprosessin osa-alueiden mukaan.

**Tilapäishoidolla tarkoitetaan tässä työssä lomahoitoa, säännöllistä intervallikuntoutusta ja tutkimusjaksoja. Kohteena ovat kaikki asiakkaat, joista ei ole tehty pitkäaikaishoidon päätöstä.**

**Pyydän Teitä vastauksia miettiessänne kohdistamaan ajatuksenne nimenomaan tilapäishoitoa käyttävien asiakkaiden hoitoon.**

Pyydän Teitä täyttämään kyselylomakkeen ja palauttamaan sen osastolla olevaan sille varattuun palautuslaatikkoon 30.4.2009 mennessä.

Ystävällisin terveisin

Sh Teija Vanhala

**Lomakkeen täyttöohjeet**

Rengastakaa jokaisen kysymyksen kohdalla *omaa näkemystänne parhaiten vastaavan vaihtoehdon*. Miettikää kysymyksiä nimenomaan tilapäishoitoa käyttävän asiakkaan hoidon toteuttamisen näkökulmasta. Muutamassa kysymyksessä vastaus kirjoitetaan sille varattuun tilaan. (Tarvittaessa jatka vastaustasi kääntöpuolelle.)

**Vastaaajan taustatiedot****1 Koulutus**

- |   |   |
|---|---|
| a) Osastonhoitaja                       | 1 |
| b) Sairaanhoitaja/erikoissairaanhoitaja | 2 |
| c) Hoitaja                              | 3 |
| d) Hoitoapulainen                       | 4 |
| e) Sosionomi                            | 5 |
| f) Muu, mikä _____                      |   |

2 Työkokemus kehitysvammatyöstä \_\_\_\_\_ vuotta

**3 Työyksikkö**

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| a) Apila                        | 1 |
| b) Aukusti                      | 2 |
| c) Majakka                      | 3 |
| d) Sinisiipi                    | 4 |
| e) Tutkimus- ja kuntoutusosasto | 5 |

**TILAPÄISHOITOPROSESSI****Tulohaastattelu****4 Tehdäänkö osastollanne tulohaastattelu**

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| a) Joka kerta                  | 1 |
| b) Kerran kuukaudessa          | 2 |
| c) Kerran kahdessa kuukaudessa | 3 |
| d) Kerran kolmessa kuukaudessa | 4 |
| e) Harvemmin                   | 5 |
| f) Tulohaastattelua ei tehdä   | 6 |

5 Ellei tulohaastattelua tehdä, niin miksi ei?

---



---



---

6 Onko tulohaastattelua varten oma lomake      kyllä      ei

7 Jos vastasit kyllä, niin kuka on laatinut tulohaastattelulomakkeen  
(valitse yksi vaihtoehto)

- |                        |   |
|------------------------|---|
| a) Ulkopuolinen tekijä | 1 |
| b) Oma organisaatio    | 2 |
| c) Oma osasto          | 3 |
| d) Muu, mikä _____     | 4 |

Tulohaastattelulomake sisältää riittävät tiedot asiakkaan

8 Kommunikaatiosta	kyllä	ei
9 Apuvälineiden käytöstä	kyllä	ei
10 Liikkumisesta	kyllä	ei
11 Sosiaalisesta toimintakyvystä	kyllä	ei
12 Psyykkisestä toimintakyvystä	kyllä	ei
13 Muistista	kyllä	ei
14 Aisteista	kyllä	ei
15 Työstä tai opiskelusta	kyllä	ei
16 Asumisesta	kyllä	ei

Tulohaastattelulomake sisältää riittävät tiedot asiakkaan  
omatoimisuustaidoista:

17 Ruokailu	kyllä	ei
18 Pukeutuminen	kyllä	ei
19 Lääkkeiden otto	kyllä	ei
20 Peseytyminen	kyllä	ei
21 WC-käynnit	kyllä	ei
22 Nukkuminen	kyllä	ei
23 Harrastukset	kyllä	ei
24 Virkistäytyminen	kyllä	ei
25 Asiointi	kyllä	ei
26 Muut huomioitavat asiat	kyllä	ei

27 Millaisia ehdotuksia sinulla on tulohaastattelun kehittämiseksi?

---



---



---

28 Missä asiakas vastaanotetaan ja tulohaastattelu tehdään (valitse yksi vaihtoehto)

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| a) Erikseen varatussa tilassa      | 1 |
| b) Kansliassa                      | 2 |
| c) Asiakkaalle varatussa huoneessa | 3 |
| d) Osaston yhteisissä tiloissa     | 4 |
| e) Tuulikaapissa                   | 5 |

### Vastaanottotilanne

29 Onko vastaanottotilanteeseen resursoitu riittävästi henkilökuntaa?

kyllä      ei

30 Kuka asiakkaan ottaa vastaan yleisimmin (valitse vain yksi vaihtoehto)

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| a) Oma hoitaja                  | 1 |
| b) Kuka tahansa henkilökunnasta | 2 |
| c) Osastonhoitaja               | 3 |
| d) Asiasta ei ole sovittu       | 4 |

Asiakas saa ennen osastolle tuloa informaatiota:

- |   |       |    |
|---|-------|----|
| 31 Osaston toiminnasta                              | kyllä | ei |
| 32 Jakson aikana tehtävistä tutkimuksista tms.      | kyllä | ei |
| 32 Jakson tapahtumista, toiminnallisesta sisällöstä | kyllä | ei |
| 33 Mukana tarvittavista välineistä tms.             | kyllä | ei |

34 Ennakko informaatio annetaan asiakkaalle tai hänen omaisilleen (valitse yksi vaihtoehto)

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| a) Puhelimitse                   | 1 |
| b) Lähetetään postitse           | 2 |
| c) Annetaan sovittaessa jaksosta | 3 |
| d) Omainen hakee osastolta       | 4 |
| e) Sosiaalityöntekijä antaa      | 5 |
| f) Muu, mikä _____               |   |

35 Miten kehittäisit vastaanottotilannetta osastollasi?

---



---



---

**Hoitosuunnitelma.** Mieti kysyttäviä asioita nimenomaan tilapäishoitoa käyttävän asiakkaan hoidon toteuttamisen kannalta.

36 Asiakkaille laaditaan hoitosuunnitelma tai aiemmin tehty hoitosuunnitelma päivitetään (valitse yksi vaihtoehto)

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| a) Ensimmäisten kolmen päivän aikana | 1 |
| b) Ensimmäisen viikon aikana         | 2 |
| c) Ensimmäisen kuukauden aikana      | 3 |
| d) Hoitosuunnitelmaa ei laadita      | 4 |

37 Jos hoitosuunnitelmaa ei laadita, niin miksi ei?

---



---



---

38 Hoitosuunnitelman laatimiseen ovat osallistuneet asiakkaan omaiset  
kyllä
ei

39 Hoitosuunnitelma on tehty yhteistyössä sidosryhmien kanssa

- |                           |       |    |
|---------------------------|-------|----|
| a) Päiväkotia             | kyllä | ei |
| b) Koulua                 | kyllä | ei |
| c) Työ- ja päivätoimintaa | kyllä | ei |
| d) Muu, mikä _____        |       |    |

Hoitosuunnitelmaan on kirjattu tilapäishoitoa käyttävän asiakkaan (valitse näkemystäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto). Huomaa seuraavat käsitteet.  
 Palvelu = asiakkaan kuntayhtymältä saama palvelu, syy tilapäishoitoon  
 Hoito = asiakkaan hoito osastolla

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
40 Asiakkaan palvelun tarve				
41 Palvelun tavoitteet				
42 Asiakkaan hoidon tarve (ongelmat)				
43 Hoidon tavoitteet				
44 Keinot hoidon toteuttamiseksi				

**LIITE 2.****Kyselylomake**

45 Yksilölliset voimavarat				
46 Asiakkaan toimintakyky				
	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
47 Tiedot asiakkaan elämäntilanteesta				
48 Tiedot asiakkaan ympäristötekijöistä				
49 Suunnitelman, miten hoitosuunnitelman toteutumista arvioidaan				
50 Hoidon suunnittelusta vastaavien henkilöiden nimet				

51 Miten kehittäisit hoitosuunnitelmaa osastollasi?

---



---



---

Onko tilapäishoitoa tarvitsevan asiakkaan toimintakyvyn mittaamiseen käytössä

52 Psyto, psykososiaalisen toimintakyvyn arviointi

kyllä ei

53 Keto, toimintakyvyn arviointi

kyllä ei

54 Sulo, subjektiivisen hyvinvoinnin arviointi

kyllä ei

55 Muu, \_\_\_\_\_

56 Miten toimintakyvyn mittaria (keto, psyto, sulo tai muu) hyödynnetään työssä? (asiakkaan sijoitus, hoitoisuuden arviointi, henkilöstön resursointi jne.)

---



---



---

**Kirjaaminen**

57 Kirjaamistavoista on sovittu osastolla

kyllä

ei

en osaa sanoa



Tiedottaminen sisältää

68 Tiedot hoitosuunnitelman toteutuksesta	kyllä	ei
69 Tiedot hoitosuunnitelman seurannasta	kyllä	ei
70 Tiedot jatkohoitosuunnitelmasta	kyllä	ei
71 Tiedot jakson tapahtumista	kyllä	ei
72 Tiedot asiakkaan voinnista	kyllä	ei
73 Mitä kehitettävää on asiakkaan kotiutuksessa?		

---



---



---

**Toimintaperiaatteet ja ohjeet yksiköissä**

74 Toimintaa ohjaavat lait ja asetukset ovat saatavilla	kyllä	ei
75 Turvallisuusohjeet ovat saatavilla	kyllä	ei
76 Työtä ohjaavat arvot ja periaatteet on määritelty 3-5 vuoden välein	kyllä	ei
77 Perehdytysuunnitelma tai kansio on laadittu	kyllä	ei

78 Perehdytysuunnitelmaa noudatetaan

- a) Aina 1
- b) Useimmiten 2
- c) Harvoin 3
- d) Ei koskaan 4

79 Perehdytysuunnitelmaa varten on lomake, jonka mukaan perehdytys etenee

kyllä ei

80 Lääkehoitosuunnitelma on laadittu

kyllä ei

81 Lääkehoitosuunnitelmaa noudatetaan (valitse yksi vaihtoehto)

- a) Aina 1
- b) Useimmiten 2
- c) Harvoin 3
- d) Ei koskaan 4

82 Henkilökunnan tehtäväkuvaukset on määritelty

kyllä ei

83 Tehtäväkuvauksista ollaan tietoisia

kyllä ei



84 Mitä kehitettävää on osastollasi liittyen toimintaperiaatteisiin ja ohjeisiin?

---



---



---

### Toiminnan johtaminen

85 Osaston johtamisvastuut ja siihen liittyvät tehtävät on määritelty (oh, henkilökuntakokoukset, vastualueet)

kyllä ei en osaa sanoa

86 Osaston johtamisvastuista on tiedotettu työntekijöille

kyllä ei en osaa sanoa

87 Yhteistyöstä ja työnjaosta on sovittu eri yhteistyötahojen kanssa (moniammatillinen tiimi, työ- ja päivätoiminta, koulu, ym.)

kyllä ei en tiedä

88 Mitä kehitettävää löydät toiminnan johtamisesta?

---



---



---

### Tilat, laitteet, tarvikkeet soveltuvat tilapäishoitoon

89 Työasennot ovat ergonomisia (valitse yksi vaihtoehto)

- a) Aina 1
- b) Useimmiten 2
- c) Harvoin 3
- d) Ei koskaan 4

90 Apuvälineitä käytetään (valitse yksi vaihtoehto)

- a) Aina 1
- b) Useimmiten 2
- c) Harvoin 3
- d) Ei koskaan 4

91 Tarvitaanko apuvälineitä lisää kyllä ei

92 Yksikössä on asianmukaiset ryhmätyötilat kyllä ei

- |  |       |    |
|--|-------|----|
| 93 Yksikössä on asianmukaiset laitteet ja tarvikkeet asiakkaan kuntoutumisen tukemiseksi | kyllä | ei |
| 94 Tilat ovat turvallisia  | kyllä | ei |
| 95 Onko ulkoilu toteutettu turvallisesti   | kyllä | ei |

96 Millaisia apuvälineitä, tarvikkeita tai laitteita tarvitaan lisää? Millaisia muutoksia tarvittaisiin tiloihin?

---



---



---

### Arviointi ja kehittäminen

- |  |       |    |
|--|-------|----|
| 97 Osastolla on määritelty laadun mittaamisen välineet | kyllä | ei |
|--|-------|----|
- 98 Osastolla kerätään asiakaspalautetta (valitse yksi vaihtoehto)
- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| a) Jokaisen jakson jälkeen     | 1 |
| b) Kerran kuukaudessa          | 2 |
| c) Kerran kolmessa kuukaudessa | 3 |
| d) Puolivuositain              | 4 |
| e) Kerran vuodessa             | 5 |
| f) Harvemmin                   | 6 |
- 991 Asiakaspalautteeseen vastaa (valitse yksi vaihtoehto)
- |                    |   |
|--------------------|---|
| a) Asiakas itse    | 1 |
| b) Hänen omaisensa | 2 |
- 100 Asiakaspalaute sisältää kysymyksiä
- |  |       |    |
|--|-------|----|
| a) Hoitopaikan sijainnista                 | kyllä | ei |
| b) Hoitopaikan tiloista ja viihtyisyydestä | kyllä | ei |
| c) Hoitojaksojen saatavuudesta             | kyllä | ei |
| d) Asiakkaan palveluntarpeesta             | kyllä | ei |
| e) Hoidon sisällöstä                       | kyllä | ei |
| f) Hoitojakson toiminnallisesta sisällöstä | kyllä | ei |
| g) Asiakkaan hoidontarpeesta               | kyllä | ei |
| h) Palvelun tarkoituksenmukaisuudesta      | kyllä | ei |
| i) Henkilökunnan ammattitaidosta           | kyllä | ei |
| j) Henkilökunnan luotettavuudesta          | kyllä | ei |
| k) Henkilökunnan ystävällisyydestä         | kyllä | ei |

101 Mitä muuta mielestäsi asiakaspalautteessa olisi hyvä kysyä?

---



---



---

102 Kehityskeskustelut käydään osastolla (valitse yksi vaihtoehto)

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| a) Kerran vuodessa          | 1 |
| b) Kerran kahdessa vuodessa | 2 |
| c) Harvemmin                | 3 |
| d) Sattumanvaraisesti       | 4 |

103 Työtyytyväisyys kartoitetaan osastolla (valitse yksi vaihtoehto)

- |                             |   |
|-----------------------------|---|
| a) Kerran vuodessa          | 1 |
| b) Kerran kahdessa vuodessa | 2 |
| c) Harvemmin                | 3 |
| d) Sattumanvaraisesti       | 4 |

104 Osastolla tehdään vuosittain ITE-arviointi kyllä      ei

105 Mitä kehitettävää on työn arvioinnissa ja kehittämisessä?

---



---



---

106 Onko lomahoitoa, tutkimus- tai kuntoutusjaksoja käyttävien asiakkaiden hoidossa mielestäsi laadullisia eroja? Missä asioissa mielestäsi toimintakäytäntöjä tulee yhtenäistää? Millaisia laadullisia eroja tulee esille?

---



---



---



---



---



---



---



---

**Kiitos vastauksistasi!**