



IKÄÄNTYNEEN KOTONA SELVIITYMISTÄ EDISTÄVÄ KOTISAIRAANHOIDON TOIMINTA

Heino Merja
Westerlund Melina

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU
Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen Ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HEINO, MERJA ja WESTERLUND, MELINA:
Ikääntyneen kotona selviytymistä edistävä kotisairaanhoidon toiminta

Opinnäytetyö 56 s., liitteet 8 s.
Huhtikuu 2011

Toimintakyky jaetaan kolmeen eri osa-alueeseen: fyysinen, sosiaalinen ja psyykinen. Niiden vaikutus on toisiinsa hyvin läheinen ja ne muodostavat kokonaisuuden keskenään. Ikääntyneen ihmisen voimavarat kertovat, kuinka ikääntyvä ihminen pystyy itsestään huolehtimaan ja selviytymään arjen askareista. Kotona selviytymisessä olisikin tärkeää tukea omatoimisuutta ja terveyden edistämistä sekä vähentää ympäristön esteellisyttä.

Ikääntyneiden määrä kasvaa vuosi vuodelta. Koska vanhainkotien paikkojen lukumäärä on rajallinen, niin kotona asumiseen yritetään kannustaa entistä enemmän. Palveluita tuodaan kotiin ja niiden avulla pyritään edistämään ikääntyneiden toimintakykyä, jotta he pystyvät asumaan kotona mahdollisimman pitkään.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ikääntyneen selviytymistä edistävästä toiminnasta kotisairaanhoidajien työssä sekä mahdollisista kehittämiskohteista. Tarkoituksena on selvittää, miten kotisairaanhoidajat edistävät ikääntyneen kotona selviytymistä. Työn tehtävinä on siten selvittää, miten kotisairaanhoidajat edistävät kotisairaanhoidon toiminnalla ikääntyneiden kotona selviytymistä, ja mitkä ovat kotisairaanhoidon kehittämistarpeet ikääntyneiden selviytymisessä.

Opinnäytetyön menetelmänä käytettiin haastattelututkimusta, joka toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Kotisairaanhoidajia haastateltiin joulukuussa 2010-tammikuussa 2011. Haastatteluun osallistui neljä työntekijää, joista yksi oli terveydenhoitaja ja kolme sairaanhoitajaa.

Tuloksissa ilmeni, että kotikäynneillään kotisairaanhoidajat avustavat, tukevat, arvioivat, havainnoivat ja huomioivat ikääntyneiden yksilöllisyyttä. Kotisairaanhoidossa tuetaan fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista toimintakykyä monin eri tavoin, mutta kehittämistäkin löytyy. Kehityskohteiksi nousivat sosiaalinen toiminta, palveluiden saataavuus, erityisosaamisen saaminen ja tiedonkulun parantaminen.

Asiasanat: Ikääntyneet, kotihoito, selviytyminen, toimintakyky

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Program in Health Care
Nursing

HEINO, MERJA and WESTERLUND, MELINA:

The Activities of a Home Care Unit Promoting the Capability of the Elderly Coping at Home

Bachelor's Thesis 56 p., appendixes 8 p.
April 2011

Physical, social and mental abilities create a comprehensive competence. All the abilities interact with each other and are in close, overlapping relationship. Comprehensive competence also depends on the resources of an individual. To promote the capability of the elderly to live independently at home, it is important e.g. to support independent initiative, prevent health problems and decrease the incapacity in their living environment.

The number of elderly is increasing in Finland and because of the limited resources of nursing homes the social and health policy in Finland aims to support living at home using different strategies. E.g. different services are brought near the elderly. Home care has a crucial role in keeping the elderly in good health.

The objective of this thesis is to gain information on both the present activities and the improvements needed in the home care unit in the municipality. The purpose is to find out by which means the visiting nurses can promote the capability of the elderly coping at home.

The method used was a qualitative interview. There were four interviewees; one public health nurse and three nurses. The interviews were carried out during a period from December 2010 to January 2011.

The results show that the visiting nurses assist, support, estimate, observe and take into account the individuality of the elderly. Physical, social and mental abilities are being supported variously. There is, however, need for some development. Social activities, accessibility of services, availability of special know-how and flow of information should be improved.

Key words: the elderly, home care, coping, physical, social and mental abilities

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	6
3 IKÄÄNTYNEEN KOTONA SELVIITYMINEN	7
3.1 Opinnäytetyössä käytetyt käsitteet	7
3.2 Toimintakyky ja voimavarat	8
3.3 Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi	10
3.4 Selviytymiseen vaikuttavat tekijät	11
3.5 Fyysisen toimintakyvyn edistäminen	13
3.5.1 Ravitsemuksen merkitys	13
3.5.2 Lääkehoidon merkitys	14
3.5.3 Asuinympäristön merkitys	14
3.6 Sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen	15
3.6.1 Sosiaalisen tuen muodot	15
3.6.2 Ikääntyneen huomioon ottamisen merkitys	17
3.6.3 Sosiaalisen verkoston merkitys	18
3.7 Psykkisen toimintakyvyn edistäminen	19
3.8 Selviytymisen edistäminen käytännössä	20
3.8.1 Toiminta yleisesti	20
3.8.2 Toiminta Mänttä-Vilppulassa	22
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	25
4.1 Opinnäytetyön prosessin kuvaus ja aineiston keruu	25
4.2 Tutkimusprosessin eteneminen	25
4.3 Kohderyhmän kuvaus	26
4.4 Haastatteluteemat	26
4.5 Aineiston käsittely ja analyysimenetelmä	27
4.6 Eettisyys ja luotettavuus	28
4.7 Aineiston analyysi	29
5 TULOKSET	30
5.1 Kotisairaanhoidon käytännön toiminnan kuvaus	30
5.1.1 Avustaminen	30
5.1.2 Ohjaaminen	31
5.1.3 Tukeminen	32
5.1.4 Arvioiminen	34
5.1.5 Havainnoiminen	35
5.1.6 Yksilöllisyyden huomioiminen	36
5.2 Kotisairaanhoidon kehittämistarpeet	38
5.2.1 Sosiaalisen toiminnan edistäminen	39
5.2.2 Palveluiden saatavuuden parantaminen	39
5.2.3 Palveluiden turvaaminen	40
5.2.4 Erityisosaamisen saaminen	40
5.2.5 Tiedonkulun parantaminen	41

6 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA.....	42
6.1 Kotisairaanhoidon toiminta	42
6.2 Kotisairaanhoidon kehittäminen.....	45
6.3 Käytetty menetelmä.....	47
6.4 Opinnäytetyön hyödyllisyys	48
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	50
LÄHTEET	51
LIITTEET	55
Liite 1. Haastattelurunko	
Liite 2. Toiminta kotisairaanhoidossa	
Liite 3. Kotisairaanhoidon kehittämistarpeet	

1 JOHDANTO

Ikääntyneille kodilla on tärkeämpi merkitys kuin nuoremmille henkilöille, koska se luo tunnetta omasta itsemääräämisestä, itsenäisyydestä, turvallisuudesta, tasavertaisuudesta sekä vapauden tunnetta. Se, että ikääntyneillä on oma koti olemassa, on hyvin tärkeää ja se vahvistaa omaa minuutta sekä arvostusta, kun vielä pärjää yksin (Heinola ja Luoma 2007, 38.) Asuminen kotona olisi hyvä olla ikääntyneen oma valinta ja turvallisuuden tunne täytyisi taata ikääntyneelle myös hänen toimintakyvyn huonontumisen myötä (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 37).

Kansanterveystyö kohdistuu yksilöön ja väestöön. Se on terveyttä edistävää ja tapaturmia ehkäisevää toimintaa sairaanhoitoa. Laki velvoittaa kuntia seuraamaan väestöryhmittäin asukkaiden terveydentilaa ja tehdä terveyden edistämiseksi yhteistyötä julkisten ja yksityisten tahojen kanssa. (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.)

Mänttä-Vilppulassa ikääntyneiden määrä kasvaa vuosi vuodelta, mutta säännöllisen kodinhoidon piirissä olevien asiakkaiden määrät ovat pysyneet suurin piirtein samoissa luvuissa (THL 2010a). Kotona asumista tuetaan viimeiseen asti, koska laitoksissa ja vanhainkodeissa ei ole paikkoja kaikille tarvitsijoille.

Kotisairaanhoidon tehtäviin kuuluu lääkärin määräämät sairaanhoidolliset toimet ja asiakkaan terveydentilan seuraaminen sekä omaisten tukeminen. Hoito on säännöllistä tai tilapäistä henkilökohtaisen palvelutarpeen arvion perusteella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.) Kotipalvelu taas auttaa asiakasta jokapäiväisissä askareissa, jotka ovat sairauden tai alentuneen toimintakyvyn takia hankaloituneet (Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710).

Tässä opinnäytetyössä tavoitteena on tuottaa tietoa ikääntyneen kotona selviytymisestä kotisairaanhoidossa ja nostaa esiin kehittämiskohteita kotisairaanhoidajien työhön. Selvitystyö on aiheellinen siitä syystä, että kotisairaanhoidossa on hieman yli vuosi sitten tehty muutoksia toiminnan sisällöissä ja palvelutuotannossa. Aikuisvastaanotto on

muutettu erilliseksi ajanvaraustoiminnaksi ja kotisairaanhoidajat osallistuvat vain kotisairaanhoidon asiakkaiden hoitoon ja vastaanotto toimintaan.

Opinnäytetyön aihe tuli Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalueelta, Arvokas-hankkeen vanhustyöryhmältä ja työn yhteistyötahona on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Työelämä tahona toimii Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoido ja sen lähiesimies. Tutkimusluvan myöntäjä on Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Työ on rajattu koskemaan vain Mänttä-Vilppula alueen kotisairaanhoidoa, vaikka myös Ruoveden kunta kuuluu Ylä-Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin, koska Ruovedellä toimivalle kotisairaanhoidolle on tarkoitus tehdä oma tutkimus samasta aiheesta eri tekijöiden taholta. Lisäksi omaishoidon tarkastelu on jätetty pois ja työssä keskitytään kotisairaanhoidon ja heidän ikääntyneiden asiakkaiden välisen toiminnan tarkasteluun.

Opinnäytetyössä haastateltiin kotisairaanhoidajia Mänttä-Vilppulassa loppuvuoden 2010 ja alkuvuoden 2011 aikana. Vapaaehtoisia haastateltavia oli yhteensä viisi ja haastattelu tehtiin nimettömänä kotisairaanhoidajille sopivana ajankohtana.

Opinnäytetyö aloitettiin kesällä 2010 etsimällä teoretietoa ikääntyneen kotona selviytymistä edistävästä tekijöistä. Teorian perusteella laadittiin teemahaastattelun kysymykset, jotka olivat liitteenä opinnäytetyön suunnitelmassa tutkimusluvan hakemuksessa syksyllä 2010. Teemahaastattelun kysymykset pilotoitiin yhdellä koehaastattelulla ja kysymyksiä muokattiin sen perusteella. Varsinaisten haastatteluiden aloitus myöhästyi tavoitteesta ja haastattelut toteutettiin joulukuussa 2010 ja tammikuussa 2011. Haastattelujen analysointi aloitettiin tammikuussa 2011 ja opinnäytetyön raportti kirjoitettiin valmiiksi maaliskuussa 2011.

2 TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ikääntyneen kotona selviytymisestä kotisairaanhoidossa ja nostaa esiin kehittämiskohteita kotisairaanhoidajien työhön.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten kotisairaanhoidajat edistävät ikääntyneen kotona selviytymistä omassa työssään.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Miten kotisairaanhoidajat edistävät kotisairaanhoidon toiminnalla ikääntyneiden kotona selviytymistä?
2. Mitkä ovat kotisairaanhoidon kehittämistarpeet ikääntyneiden selviytymisessä?

3 IKÄÄNTYNEEN KOTONA SELVIITYMINEN

Teoreettista viitekehystä on koostettu hakemalla tietoa Nelli-portaalissa olevista Aleksi-, Arto- ja Elektra-tietokannoista, opinnäytteet-tietokannasta ja ammattikorkeakoulujen sähköisestä opinnäytetyökirjastosta Theseus. Hauissa käytettiin hakusanoja selviytyminen, voimavara, toimintakyky, kotisairaanhoido ja yhdistelmiä selviytyminen–vanhukset, selviytyminen–ikäntyneet, voimavara–vanhukset sekä toimintakyky–vanhukset. Joitakin lähteitä on löytynyt tämän haun ulkopuolelta kirjaston aineistoa selaten sekä haulla löytyneiden aineistojen lähdeluetteloista. Tämän lisäksi lähdeaineistoa on haettu ajantasaisesta säädöskokoelmasta Finlex ja Mänttä-Vilppulan kunnan internetsivuilta.

3.1 Opinnäytetyössä käytetyt käsitteet

Tässä opinnäytetyössä käsitteellä ”ikäntynyt” tarkoitetaan 70 vuotta täyttänyttä henkilöä, sillä nykyisin suurin osa vielä 60–70-vuotiaista on toimintakyvyltään sellaisia, että he selviytyvät arjestaan itsenäisesti (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 17). Käsitteellä ”kotona selviytyminen” tarkoitetaan sitä, että henkilö selviytyy arjestaan fyysisen ja psyykkisen terveyden, sosiaalisten verkostojen, asunnon sekä asuinympäristön vaikutuksella (Vaarama 2004, 146).

Toimintakyvyn käsite ymmärretään ”kyvyksi selvitä arkeen liittyvistä toiminnoista sekä kyvyksi kokea erilaisia kokemuksia ja elää laadukasta elämää” (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 18) tai ”että ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää” (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi 2006, 4).

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan nukkumista, terveydentilaa ja toiminnan vajauksia, sairauksia sekä kotitöihin, harrastuksiin, asioiden hoitamiseen ja päivittäisiin toi-

mintoihin pystymistä. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 22–26; Heinola ja Luoma 2007, 36; Hägg, Rantio, Suikki, Vuori ja Ivanoff-Lahtela 2007, 70–71.)

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan muistia sekä kykyä oppia, käsitellä tietoa, tuottaa ja ymmärtää puhetta sekä pystyä toiminnan ohjaukseen. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu myös kokemus elämänhallinnasta ja selviytymisestä, mihin vaikuttavat mm. myös persoonallisuus, psyykkiset voimavarat ja hengellisyys. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 22–26; Heinola ja Luoma 2007, 36; Hägg, Rantio, Suikki, Vuori ja Ivanoff-Lahtela 2007, 70–71.)

Sosiaalisella toimintakyvyllä puolestaan tarkoitetaan vuorovaikutustilanteissa ja yhteisöissä toimimisessa tarvittavia sosiaalisia taitoja sekä sosiaalisia verkostoja. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 22–26; Heinola ja Luoma 2007, 36; Hägg, Rantio, Suikki, Vuori ja Ivanoff-Lahtela 2007, 70–71.)

3.2 Toimintakyky ja voimavarat

Toimintakyky määritellään yleisesti ja objektiivisesti ”kyvyksi selvitä arkeen liittyvistä toiminnoista sekä kyvyksi kokea erilaisia kokemuksia ja elää laadukasta elämää” (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 18) tai ”että ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisistä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää” (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi 2006, 4). Määritelmä on siis väljä, vailla tarkkoja kriteereitä, sillä subjektiivisesti määriteltynä toimintakyky on ikääntyneiden kesken erilainen (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 18). Subjektiivisesta näkemyksestä käytetään myös elämänlaadun käsitettä (Heinola ja Luoma 2007, 37). Hoitotieteessä ikääntyneen terveyttä ja toimintakykyä tarkastellaan molemmista näkökulmista (Lyyra ja Tiikkainen 2010,58).

Toimintakyky on muutaman eri osa-alueen muodostama kokonaisuus, jossa jokainen alue vaikuttaa toiseen niin hyvässä kuin pahassa ja lisäksi kaikki osa-alueet ovat kokonaisuudelle välttämättömiä (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 17–18). Osa-alueita ovat

ryhmittelytavasta riippuen fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja hengellinen toimintakyky (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 17–18) tai fyysinen, kognitiivinen ja psykososiaalinen (Lyyra ja Tiikkainen 2010, 61) tai fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky (Heinola ja Luoma 2007, 36). Riippumatta ryhmittelytavoista, sisältävät osa-alueet yhdessä kaikki samat asiat.

Fyysiseen toimintakykyyn kuuluu nukkuminen, terveydentila ja toiminnan vajaukset sekä pystyminen kotitöihin, harrastuksiin, asioiden hoitamiseen ja päivittäisiin toimintoihin, kuten ravitsemuksesta huolehtimiseen ja peseytymiseen. Psyykkinen toimintakyky puolestaan muodostuu kognitiivisista toiminnoista, eli muistista, oppimisesta, tiedon käsittelystä, toiminnan ohjauksesta ja puheen tuottamisesta sekä ymmärtämisestä. Nämä tekijät yhdessä persoonallisuuden, psyykkisten voimavarojen, mielialan, minäkäsityksen, itsearvostuksen ja hengellisyyden kanssa tuottavat kokemukset elämänhallinnasta ja selviytymisestä. Hengellisyys käsittää uskonnollisuuden, elämänarvot ja luottamuksen toisiin ihmisiin. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan vuorovaikutustilanteissa ja yhteisöissä toimimisessa tarvittavia sosiaalisia taitoja sekä ystävistä, omaisista ja esimerkiksi terveydenhuollon ammattilaisista muodostuvia sosiaalisia verkostoja. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 22–26; Heinola ja Luoma 2007, 36; Hägg, Rantio, Suikki, Vuori ja Ivanoff-Lahtela 2007, 70–71.)

Terveyden suppea tarkastelu käsittää vain toiminnallisuuden arvioinnin, vaikka terveyteen kuuluu fyysisen terveyden lisäksi myös psyykkinen, emotionaalinen, henkinen ja sosiaalinen terveys, jotka sisältävät myös ikääntyneen sisäiset voimavarat sekä ympäristön tuottamat ulkoiset voimavarat (Lyyra ja Tiikkainen 2010, 58).

Psyykkiset eli henkiset voimavarat tarkoittavat kokemusta elämänhallinnasta, arvokkuudesta ja terveydestä ja ne tarkoittavat myös elämänasennetta, hengellisyyttä ja kognitiivisia taitoja. Sosiaaliset voimavarat käsittävät ikääntyneen vuorovaikutussuhteet niin läheisiin kuin palveluntuottajiin, tuen saamisen ja antamisen, hyvän yhteistyösuhteen omaisiin sekä palveluihin. (Luoma ja Heinola 2007, 37; Ikonen ja Julkunen 2007,92.) Palveluihin liittyvä yhteistyö tarkoittaa juuri kokemusta kuulluksi tulemisesta ja luottamuksellisista suhteista kotihoitoon. Fyysisiä voimavaroja ovat ikääntyneen

kehoon ja elintoimintoihin liittyvät seikat, kuten hyvä kuulo (Ikonen ja Julkunen 2007,92). Muita voimavaratekijöitä ovat mielekäs tekeminen, eli harrastukset ja tulevien tapahtumien odottaminen, koti ja sen lähiympäristö sekä taloudellinen tilanne (Luoma ja Heinola 2007, 37).

3.3 Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi

Toimintakykyä voidaan arvioida objektiivisesti voimavarojen, toimintakyvyn eri osa-alueiden tai molempien avulla. Maailman terveysjärjestö WHO on luonut voimavara-keskeisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen, eli ns. ICF-luokituksen, joka antaa yhdenmukaiset ohjeet mm. sopivien termien käytöstä arvioinnissa. Luokitukseen ei sisälly varsinaisia arviointimenetelmiä. (Lyyra ja Tiikkainen 2010, 61; ICF 2004.)

Toimintakyvyn eri osa-alueiden arviointimenetelmiä on useita (mm. Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 57–85) ja sopivimman arviointimenetelmän valintaan auttaa niiden ryhmittely toimintakyvyn osa-alueen ja toimintarajoitteiden mukaisesti. Kotihoitoon soveltuu ns. RAI-menetelmä (Hägg ym. 2007, 101). Arviointimenetelmissä on huomiotava niiden rajoittuminen yleensä vain yhteen osa-alueeseen. Yksittäisistä tekijöistä suoriutuminen ei kuitenkaan ole tae päivittäiselle itsenäiselle selviytymiselle, eli eri tekijöistä suoriutumista tulisi arvioida peräkkäisinä toimintoina, suoriutumisena tietysti toimintakokonaisuudesta. Lisäksi saatu tieto pelkästä toimintakyvyn asteesta ei ole riittävä, vaan ikääntyneen ja hänen omaisten haastatteluilla, ikääntyneen suorittamien askareiden havainnoinnilla ja ympäristötekijöiden selvittämisellä saadaan kokonaisuutta täydentävää lisätietoa. (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi. 2006, 2–8.)

Voimavarojen ja toimintakyvyn lisäksi pitäisi ikääntyneen toimintakykyä uhkaavat riskitekijät kartoittaa ennaltaehkäisevästi. Olennaisimmat riskitekijät Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan ovat ”aistitoimintojen heikkeneminen, alttius kaatumisille yms. tapaturmille, ulkona liikkumisen väheneminen, laihtuminen, lihasvoimien väheneminen,

luunmurtumat, päihteiden käyttö, tasapaino-ongelmat ja yksinäisyys”. (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi. 2006, 7.)

On arvioitu, että ikääntyneiden tietotason lisääntymisen vuoksi hoidon kulmakivinä tulee olemaan ikääntyneen voimavarojen ja motivaation huomioiminen ja niiden vahvistaminen (Voutilainen, Routasalo, Isola ja Tiikkainen 2010, 13). Hoitajan tulisikin havaita ikääntyneen voimavarat ja riskikohdat ja tukea toimintakykyä kokonaisvaltaisesti ja tavoitteellisesti sillä periaatteella, että ikääntyneen puolesta ei tehdä kaikkea, vaan ylläpidetään hänen itsenäistä selviytymistä vain tukemalla häntä (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 21). Voimavarojen selvittämisessä tulisi miettiä mm. mitkä ovat ikääntyneen yksilölliset voimavarat, missä niitä voidaan käyttää ja miten ne otetaan käyttöön (Koskinen 2004, 43).

3.4 Selviytymiseen vaikuttavat tekijät

Ikääntyneen voimavarat sekä menneisyyden kokemukset vaikuttavat siihen, kuinka hän huolehtii itsestään. Voimavarat voidaankin luokitella vahvistaviksi, horjuttaviksi ja murtaviksi tekijöiksi. Esimerkiksi tunne yhteenkuuluvuudesta läheisiin kuten myös tunne tasavertaisuudesta hoitajiin vahvistavat itsestä huolehtimista. Horjuttavia tekijöitä puolestaan ovat mm. sosiaalisten yhteyksien väheneminen sekä epätietoisuus omasta päätösvallasta hoitajien rinnalla. Murtavia tekijöitä taas ovat mm. vaivat yhdessä yksinäisyyden, avuttomuuden ja hylätyksi tulemisen tunteiden kanssa sekä päätösvallan menettäminen. Murtavien tekijöiden vaikutuksesta ikääntynyt ei huolehdi enää itsestään, vaan alistuu autettavan rooliin. (Backman 2005, 122–127.)

Arjesta selviytymiseen vaikuttavat fyysinen ja psyykinen terveys, sosiaaliset verkostot, asunto sekä asuinympäristö. Selviytymistä edistävät siten ikääntyneen kokemus siitä, että hänen terveydentilansa on hyvä, ja että hänellä on elämänhalua. (Vaarama 2004, 146.) Myös turvallisuuden tunteen, selviytymiskyvyn ja omaisten hoitoon osallistumisen tukeminen edistävät tilannetta (Muurinen ja Raatikainen 2005, 21). Selviytymistä heikentävät puolestaan arkiaskareissa ja asioimisessa pärjäämättömyys, samoin kuin

masentuneisuus, yksinäisyys, sairaalahoito, traumaattiset elämänmuutokset sekä asuinympäristön esteellisyys (Vaarama 2004, 146 ja 188).

Kotona selviytymistä tulisikin tukea lievittämällä yksinäisyyttä, edistämällä terveyttä ja vähentämällä asuinympäristön esteellisyttä, ylläpitämällä toimintakykyä, turvaamalla taloudellista tilannetta ja tuottamalla julkiset palvelut tarpeen mukaisiksi (Vaarama 2004, 161 ja 163). Myös voimavarojen tukeminen ja riskitekijöiden ennaltaehkäiseminen ovat olennaisia (Vähäkangas 2010, 145).

Selviytymisen tukemisessa on tärkeää huomata, että omatoimisuuden säilyminen edellyttää fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös hyvää psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Tutkimusten perusteella onkin esitetty, että kotihoidon tulisi muuttua pelkästä lääketieteellisestä hoidosta sosiaalisempaan suuntaan. Ikääntyneitä tulisi siten hoitaa niin terveyden kuin psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osalta ja ennen kaikkea ennaltaehkäisevästi. (Vaarama 2004, 183–184, 186.)

Ennaltaehkäisyn merkitys on tiedostettu sosiaali- ja terveysministeriössä, sillä uusin ikäihmisten palvelujen laatusuositus painottaa tätä ja ehdottaa mm. ennaltaehkäisevien kotikäyntien toteuttamista (mt. 23–24). Käyntejä perustellaan mm. sillä, että niiden yhteydessä on mahdollista kertoa kunnan ja muiden tahojen tuottamista sosiaali- ja terveyspalveluista, tehdä palvelutarpeen arviointia ja mahdollisesti ohjata tarvittaviin palveluihin (Hägg ym. 2007, 28–29; Tepponen 2007, 61: Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 24). Ennaltaehkäisyä on myös itsehoitomenetelmistä kertominen, sillä terveysneuvonta tukee ja ohjaa ikääntynyttä terveytensä ja toimintakykynsä ylläpitämiseen (Hägg ym. 2007, 14, 28–29). Myös kodin esteettömyyden ja apuvälineiden kartoittaminen sekä terveydentilan, mielialan, sosiaalisten suhteiden ja toimintakyvyn arvioiminen ovat ennaltaehkäiseviä toimia (Tepponen 2007, 61).

3.5 Fyysisen toimintakyvyn edistäminen

Fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen tavoitteena on tukea ikääntyneen itsenäistä suoriutumista, mikä onnistuu parhaiten siten, että hän saa itse määritellä tavoitteitaan ja tavoitteet ovat realistisia (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 23). On tärkeää tuntea ikääntyneen oma terveystiedot, sillä se määrittää kaikista eniten hänen elämäntapansa ja toimintansa sekä kertoo ikääntyneen elämänlaadun kokemuksestaan (Lyyra ja Tiikkainen 2010, 67). Terveys on perusta voimavaroille, eli hyvä fyysinen toimintakyky ja sairauksien nopea hoitaminen edistävät omatoimisuuden säilymistä (Vaarama 2004, 186).

3.5.1 Ravitsemuksen merkitys

Ikääntynyt tarvitsee tasapainoista ravintoa, sillä huono ravitsemustila lisää merkittävästi sairastuvuutta ja toimintakyvyn alenemista. Yli 80-vuotiaat ovat muihin ikäryhmiin verrattuna suurimmassa virheravitsemuksen riskissä lähinnä liian vähäisen energiansaannin osalta. Ravitsemustila heikkenee kotona asuvalla samalla kun sairauksien määrä ja avun tarve kasvaa, mikä selittyy sillä, että ravitsemuksen huolehtimiseen tarvitaan hyvää fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 19, 16, 12.)

Ikääntyneiden ravitsemussuosituksen tarkoituksena onkin edistää hoitotyössä ravitsemustilan heikkenemisen tunnistamista ja ravitsemushoidon toteuttamista. Sen mukaan ravitsemustilaa pitäisi arvioida säännöllisesti painon seurannan sekä muiden menetelmien avulla ja arvioinnissa tulisi huomioida myös mm. ruokailuun liittyvä avuntarve sekä suun terveydentila. Esimerkiksi MNA-testi (Mini Nutritional Assessment) on yksi keino varhaisen vaiheen virheravitsemusriskin tunnistamiseksi. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010, 5, 8–9, 11, 31; Hägg, ym. 2007, 81.)

3.5.2 Lääkehoidon merkitys

Ikääntynyt tarvitsee neuvontaa mm. lääkityksen tarkoituksesta, haittavaikutuksista, ravinnon ja elintapojen vaikutuksesta lääkitykseen, seurannasta, lääkkeen annostelusta ja säilytyksestä sekä lääkekulukorvauksista. Lääkkeitä käyttävällä on lääkehoidon toteutuksesta suurempi vastuu asuessaan kotona kuin laitoksessa. Kotihoidon lääkehoidossa korostuvatkin sairaanhoitajan antama ohjaus, neuvonta ja vaikuttavuuden seuranta. (Hägg ym. 2007, 91–92, 158.)

Lääkehoidon onnistumiseksi myös yhteistyö eri hoitoon osallistuvien tahojen, myös omaisten, kesken on tärkeää. Olisi suotavaa ottaa myös ikääntynyt mukaan jo lääkityksen suunnitteluun (Hägg ym. 2007, 92; Ikonen ja Julkunen 2007, 189). Lääkityksen tarkastelu mm. keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden osalta on tärkeää esimerkiksi kaatumisten estämiseksi (Heinola ja Luoma 2007, 43;). Samoin kivun arviointi ja hoito on tärkeää, sillä kipu heikentää toimintakykyä ja elämisen mielekkyyttä (Hägg ym. 2007, 90).

3.5.3 Asuinympäristön merkitys

Asunnon ja lähiympäristön esteettömyys vaikuttaa toimintakykyyn suotuisasti (Heinola ja Luoma 2007, 36). Esteettömyyttä ja turvallisuutta edistetäänkin muutostöillä, apuvälineillä, geroteknologisilla laitteilla kuten turvarannekkeella ja valvontajärjestelmillä, riittävällä valaistuksella, sopivilla jalkineilla sekä kodin tavaroiden järjestyksellä esimerkiksi laittamalla yleisesti käytössä olevat tavarat alimmille hyllyille (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 39–43). Haja-asutusalueilla kotona selviytymisen lisäämiseksi on mietitty teknologiaa, kuten vielä kokeiluasteella olevia etävastaanottoja ja videopuhelinyhteyksiä (Tepponen 2007, 71).

Kaatumiset ja niistä seuraavat murtumat ovat ikääntyneiden yleisimmät tapaturmat, joita tulisi estää niiden pysyvän toimintakyvyn heikkenemisen ja laitoshoidon tarpeeseen johtamisen vuoksi (Hägg ym. 2007,38). Kaatumistapaturmien estämiseksi tulisi

tukea fyysistä toimintakykyä mm. lihaskuntoa ja tasapainoa parantavalla liikunnalla, kodin valaistuksella ja jalkinevalinnoilla (Heinola ja Luoma 2007, 43). Myös ympäristöön, lääkitykseen ja sairauksiin liittyvien riskitekijöiden tunnistamisella ja niiden yhteisvaikutuksen arvioimisella yhdessä ikääntyneen ja hänen omaisten kanssa on kaatumisia vähentävä vaikutus (Hägg ym. 2007, 38). Arvioiduista yksilöllisistä riskikohdista tulisi kertoa ikääntyneelle ja neuvoa häntä ennaltaehkäisyssä sekä tilannetta korjaavissa toimissa (Hägg ym. 2007,38).

3.6 Sosiaalisen toimintakyvyn edistäminen

3.6.1 Sosiaalisen tuen muodot

Sosiaalista tukea ovat emotionaalinen, informatiivinen, instrumentaalinen ja negatiivinen tuki sekä apuvälineet ja taloudellinen tuki. Sosiaalisella tuella ikääntynyt saa palautetta itsestään ja asioista, voimavaroja sekä tunteen ympäristön hallittavuudesta ja arvokkuudesta ihmisenä. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 197–198.)

Emotionaalista tukea ovat ikääntyneen tunteiden ja kokemusten jakaminen, rohkaiseminen, lohduttaminen, tukimahdollisuuksista kertominen, ikääntyneen arvostamisen sekä luottamuksen ilmaiseminen. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 197.) Tämä on esimerkiksi dementiaoireista kärsivälle tärkeää. Ikääntyneen merkityksellisyyttä sekä hyväksytyksi tulemisen tunnetta voi edistää luomalla saavutettavissa olevia tavoitteita sekä mahdollistaa itsemäärääminen ottamalla hänet mukaan päätöksentekoon. (Heinola ja Luoma 2007, 44–45.)

Dementiassa myös jatkuvuuden ja tuttuuden tunne ovat keskeisiä. Jatkuvuutta voidaan vahvistaa huomioimalla päivittäin mm. ikääntyneen elämänhistoria sekä tutut, merkitykselliset toiminnot ja puolestaan tuttuutta vahvistavat mm. samat työntekijät, arkirutiinit sekä läheisyyden ja yhteenkuuluvuuden kokeminen. Emotionaalista tukea on myös tunne turvallisuudesta, jota luo mm. tarpeiden tyydyttäminen sekä epäonnistumisten, vaaratilanteiden ja mielipahan ennaltaehkäiseminen tekemällä ikääntyneen

puolesta niitä asioita, joihin hän ei enää pysty. (Heinola ja Luoma 2007, 44–45.) Turvallisuu­ta ja yhteenkuuluvuutta lisäävät myös sosiaalinen verkosto, joten sen ylläpitäminen on hoitotyössä hyvin keskeistä (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 198).

Informatiivista tukea on tiedonantaminen, neuvominen sekä ohjaaminen ja instrumentaalista tukea konkreettinen avustaminen (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 197–198). Etenkin dementiaa sairastava hyötyy siitä, että häntä tuetaan osallistumaan ja toimi­maan kuten ennen, ja että hänelle selitetään sairauteen liittyviä muutoksia ja etsitään keinoja selvittää niistä (Heinola ja Luoma 2007, 44–45). Negatiivista tukea on mm. tilan­teeseen sopimattomien ohjeiden antaminen, nuhtelu, määrääminen ja ikääntyneen puolesta toimiminen silloin, jos hän pystyy siihen ohjattuna tai itsenäisesti. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 197–198.)

Ikääntyneelle ja hänen omaisille tulisi kertoa sairaudesta ymmärrettävällä tavalla ja se, kuinka he ovat asian ymmärtäneet, tulisi varmistaa kysymällä. Lisäksi heillä tulisi olla mahdollista keskustella vielä jälkikäteenkin asiasta. Oikea, puolueeton tieto sairaudesta vähentää kielteistä mielikuvaa sairautta kohtaan. Myös omaisille kertominen on tärkeää siksi, että he voivat olla osa hoitokokonaisuutta ja tarvitsevat siten tukea ja tietoa. (Hägg ym. 2007, 79, 90.) Tukiprosessin eri vaiheista sekä yksittäisistä tukimene­telmistä kertominen on tärkeää, sillä sen avulla lisätään ikääntyneen hoitoonsa sitou­tumista (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 33). Lisäksi lääkehoidossa itsehoitoa tukee lääkehoidosta ja sairauksien sekä oireiden aiheuttajista kertominen (Ikonen ja Julkunen 2007, 190). Tuen tarvealueet riippuvat kunkin sairauden aiheuttamista oireista ja sai­rauden vaikutuksesta toimintakyvyn eri osa-alueisiin (Hägg ym. 2007, 64, 79–80).

Ohjaaminen kuuluu hoitotyöhön siinä missä hoitotoimenpiteetkin (Hägg ym 2007, 58), sillä se edistää ikääntyneen hoitoon sitoutumista, itsehoitovalmiuksia, selviytymistä ja tunnetta siitä, että hän voi yhä vaikuttaa elämäänsä. Lisäksi sillä tuetaan oma­aloitteisuutta. Vuorovaikutuksellisessa ohjauksessa ikääntynyt voi kertoa mielipiteensä ja hänelle voidaan antaa perusteluja. Näin ikääntynyt ymmärtää, miksi ja miten häntä hoidetaan, mikä edistää tavoitteelliseen hoitoon osallistumista. Lisäksi toimintakykyä

tukevia menetelmiä voidaan hioa yksilöllisemmäksi, kun ikääntyneen kokemukset tiedetään. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 98, 101–102.)

Ohjauksessa tulisi huomioida ikääntyneen tunteet, voimavarat sekä oppimiskyky (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 99). Voimavarojen käyttäminen esimerkiksi tekemällä asioita ikääntyneen kanssa yhdessä tukee toimintakykyä (Heinola ja Luoma 2007, 42). Sairaanhoidajan tulisi tunnistaa ikääntyneen voimavarat ja rohkaista ikääntynyttä käyttämään niitä (Haapaniemi ja Routasalo 2009, 42). Lisäksi ohjauksessa tulisi kuunnella ikääntynyttä, keskustella hänen toimintakyvystään ja hänelle tulisi antaa vastuuta luoden tunnetta siitä, että hänen kykyihinsä luotetaan. Myös sairauden tekeminen hyväksyttäväksi osaksi elämää on ohjauksella mahdollista. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 99–103.) Hyvällä ohjauksella voidaan edistää ikääntyneen kokonaisvaltaista selviytymistä (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 100) ja ilman neuvontaa ei esimerkiksi apuvälineistä ole todellista hyötyä (Hägg ym. 2007, 110).

3.6.2 Ikääntyneen huomioon ottamisen merkitys

Toimintakykyä ja itsenäisyyttä ylläpitävät ohjaaminen, motivoiminen sekä kannustaminen, jotka ovat voimavaralähtöisen ja kuntoutumista edistävän hoitotyön työmenetelmät (Hägg, ym. 2007, 20). Ikääntyneen motivointi ja sitouttaminen hoitosuunnitelmassa asetettuihin tavoitteisiin ja hoitoon on mahdollista, kun hänet otetaan mukaan suunnitteluun ja päätöksentekoon (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 91).

Sillä, että ikääntynyt ilmaisee tavoitteensa, tiedostaa mitä haluaa ja mieltää tavoitteet realistisiksi saavuttaa, on hänen omatoimista kuntoutumista edistävä vaikutus (Haapaniemi ja Routasalo 2009, 38). Motivoinnissa ja sitouttamisessa ovat tärkeitä myös ikääntyneen kuunteleminen ja eri tukivaihtoehtoista kertominen (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 91) sekä se, että ikääntynyt kyselee ja keskustelee tilanteestaan (Haapaniemi ja Routasalo 2009, 39).

3.6.3 Sosiaalisen verkoston merkitys

Sosiaalisella aktiivisuudella ja toimivalla sosiaalisten suhteiden verkostolla on vaikutusta kotona selviytymiseen (Pynnönen 2006, 33, 40; Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 24). Etenkin perheeseen luotu hyvä suhde edistää selviytymistä merkittävästi (Koskinen 2004, 74; Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 25). Omaiset ovat tärkeitä myös muiden sosiaalisten verkostojen säilymisessä ja omaisten huomioiminen tukeekin ikääntyneen selviytymistä parhaiten (Tepponen 2007, 69). Ikääntyneet saavat omaisilta sosiaalista ja emotionaalista tukea, mikä lisää kokemusta hyvästä elämänlaadusta (Hambleton, Keeling ja McKenzie 2008, 148). Lisäksi on havaittu, että sosiaalisten suhteiden määrää tärkeämpää on suhteiden laatu ja sujuvuus (Vaarama 2004, 142).

Omaisilla on vaikutus myös ikääntyneen kuntoutumiseen, eli toimintakyvyn palauttamiseen. Esimerkiksi omaisen antama tuki kannustaen ja seurustellen sekä yhteydenpito hoitajiin ovat tärkeitä. Myös omaisten ilmaisemat mielipiteet suunnitelluista tavoitteista ja sovittujen tavoitteiden hyväksyminen ovat avainasemassa. Tavoitteiden laatimiseen omaisilla on arvokasta tietoa mm. ikääntyneen luonteesta, piilevistä voimavaroista sekä sitä, jaksako ikääntynyt toimia tavoitteiden saavuttamiseksi laaditun suunnitelman mukaan. Omaiset tulisikin ottaa mukaan jo hoidon suunnitteluun sekä toteutukseen. (Haapaniemi ja Routasalo 2009, 39–41.)

Yhteistyö eri sosiaali- ja terveyspalvelujen kanssa on tärkeää päivittäisten toimintojen onnistumisen, kuten myös toimintakyvyn alenemisen ennaltaehkäisyyn kannalta (Tepponen 2007, 61). Kotona käyvät ammattilaiset ovat ikääntyneille tärkeitä konkreettisen avun lisäksi myös siksi, että ikääntyneet kokevat saavansa heiltä sosiaalista ja emotionaalista tukea (Hambleton ym. 2008, 150, 157).

Lisäksi kotona asuva ikääntynyt hyötyy hyvästä yhteistyöstä sekä eri ammattiryhmien sisällä että välillä (Hägg ym. 2007, 19). Kotihoidon ammattimaisia yhteistyökumppaneita on useita ja niiden lisäksi apua antavat omaiset ja vapaaehtoiset (Hägg ym. 2007, 12; Tepponen 2007, 62). Kotihoidon tehtävänä on huolehtia asiakkaan puolesta palvelujen yhteensovittamisesta kokonaisuudeksi (Tepponen 2007, 62) ja iäkkäiden on todettu

tarvitsevan apua palvelujen valinnassa (Hägg ym. 2007,12). Palveluohjausta tarjolla olevista palveluista, aktiviteeteista, jne. pidetäänkin yhtenä keskeisenä ennaltaehkäisevänä toimintana (Tepponen 2007, 62).

Kotiutuminen tilapäisestä osastohoidosta on kriittinen vaihe, johon liittyy epäonnistumisia, eli ikääntynyt ei selviäkään kotona. Kotiutumisen onnistumiseen vaikuttavat useat asiat, kuten hyvä suunnittelu, yhteistyö hoitoon osallistuneiden ja jatkohoitoon osallistuvien kanssa, kotiutuvan ja hänen omaisten suunnitteluun mukaan ottaminen sekä tiedottaminen hoitoon liittyvistä asioista (Hägg ym. 2007,49–51). Kotona selviytyminen pitäisi arvioida eri näkökulmista, eli huomioida mm. ikääntyneen toimiminen, tietäminen, selviytymisen kokeminen ja perheen antama huolenpito. Ikääntyneen kanssa pitäisi miettiä mitä muutoksia kotiutumisesta seuraa ja kuinka häntä voidaan auttaa siinä (Koponen 2003, 117.)

3.7 Psykkisen toimintakyvyn edistäminen

Psykkisen toimintakyvyn tukemisella lisätään ikääntyneen omatoimisuutta ja hyvinvointia. Tukemisen tulisi pohjautua ikääntyneen voimavaroihin ja tukeminen voisi edellyttää myös ikääntyneen omien taitojen ja aktiivisuuden käyttämistä, kuten esimerkiksi muistin tukemiseen lukemista ja sosiaalisia tilanteita. (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 186–187.) Psykososiaalisella tuella tarkoitetaan luottamuksellista hoitosuhdetta sekä tukemista yksinäisyydessä ja tekemisen sekä keskustelun puutteessa (Hägg ym. 2007,79). Ikääntyneen hyväksi kokema elämänlaatu vaikuttaa mm. psykososiaalista toimintakykyä edistäen. Psykososiaalista toimintakykyä voidaan näin ollen tukea elämänlaatua parantamalla, kuten mm. lisäämällä hallinnan tunnetta, eli kokemusta siitä, että tuottaa itse mielihyvän. (Luoma 2010, 78–79.)

Yksinäisyyden on todettu alentavan ikääntyneen elämänlaatua kaikista eniten, eli esimerkiksi liikkumisvaikeuksiakin enemmän ja lisäksi yksinäisyys vaikeuttaa fyysistä toimintakykyä (Vaarama 2004, 148, 160). Yksinäisyyden on todettu moninkertaistavan laitoshoidon siirtymisen todennäköisyyden, jopa asumisolojen puutteita enemmän

(Vaarama 2004, 167). Yksinäisyyden tunnistaminen ja sen lievittäminen onkin tärkeää, missä kotihoidolla on tärkeä tehtävä. Psykososiaalisen tuen tarve tulisikin huomioida hoito- ja palvelusuunnitelmassa ja käyttää tukitoimina esimerkiksi keskustelua ja ryhmätoimintaa. (Heinola ja Luoma 2007, 43.) Ikääntyneen kokemus toimintakyvystään vaikuttaa selviytymiseen (Pynnönen 2006, 33), minkä vuoksi itsetunnon tukeminen on tärkeää, sillä ikääntyneen kokema epävarmuus omasta selviytymisestään huonontaa selviytymistä kotona, vaikka hänellä ei olisi fyysisiä esteitä (Koponen 2003, 117).

Masennus ja yksinäisyys voivat johtaa päihdeiden käyttöön ja usein ikääntyneellä onkin yhdessä sekä päihde- että mielenterveysongelmia muun sairauden lisäksi. Ikääntyneille kohdistettuja päihdehuollon palveluita ei ole ja muutenkin ikääntyneet ovat päihdehuollolle uusi asiakasryhmä. Päihdeongelmien paras hoitokeino on se, että siihen puututaan mahdollisimman aikaisin. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi hoitajilla tulisi olla osaamista ikääntyneiden päihdeongelmien tunnistamisessa, asiasta puhumisessa ja hoidon ohjauksessa. (Mäkelä ja Teinilä 2010, 209, 211–213.)

3.8 Selviytymisen edistäminen käytännössä

3.8.1 Toiminta yleisesti

Kotihoidossa olisi mahdollista tunnistaa toimintakyvyn puutteet ja syyt varhain ja ennaltaehkäistä toimintakyvyn täydellistä menetystä. Laadukkaaseen kotihoitoon kuuluu fyysisten tarpeiden tyydyttämisen lisäksi kokonaisvaltaisen toimintakyvyn, voimavarojen ja elämänlaadun tukeminen. (Heinola ja Luoma 2007, 36, 38–39.) Toimintakyvyn tukeminen on prosessi, joka koostuu tuen tarpeen määrittelystä, sisältäen mm. ikääntyneen elämäntarinan selvittämisen, tukemisen suunnittelusta, tukemisesta ja tukemisen arvioinnista (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 21–22, 33). Hyvin suunnitellulla ja toteutetulla kotihoidolla voitaisiinkin ylläpitää niitä toimintakyvyn tekijöitä, joiden säilyttäminen edellyttää tukea, ohjausta, palveluja ja hoitoa (Hägg ym. 2007,104).

Tutkimusten mukaan hoitotyössä osataan kyllä tunnistaa ja tunnustaa tarvealueet toimintakyvyn tukemiseksi, mutta käytännössä suunnitelmallinen ja tavoitteellinen tukeminen on vielä alkutekijöissään (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 16). Lisäksi voimavara-lähtöisen työtavan soveltaminen käytäntöön on puutteellista ja lisäksi voimavarojen tunnistaminen yksilöllisesti ei aina onnistu (Koskinen 2004, 42). Psyykkistä, sosiaalista ja hengellistä tukea, kuten myös kuntoutusta ja tiedonantamista sekä yhteistoimintaa asiakkaan ja omaisten kanssa on vähän. Myös voimavarojen ja omatoimisuuden tukeminen on vähäistä, eli avustaminen on lähinnä asiakkaan puolesta tekemistä, jolloin henkinen tukeminen ja ennaltaehkäiseminen puuttuvat. (Muurinen ja Raatikainen 2005, 20–21.)

Fyysisen toimintakyvyn tukemista kotihoidossa on selvitetty alueellisessa tutkimuksessa. Sen mukaan kotihoidon ja muiden ikääntyneen hoitoon osallistuvien ammattilaisten kuten fysioterapeuttien väliltä puuttuvat yhteiset tavoitteet ja moniammatillinen konsultointi on vähäistä ja yhtenevää kirjaamista ei ole. Ammattiryhmien sisälläkin eri näkemysten yhdistäminen yhteiseksi tavoitteeksi on puutteellista ja tavoitteet laaditaan kuulematta ikääntyneen tai omaisten mielipiteitä. Kotihoito ei myöskään ole tavoitteellista, sillä systemaattinen suunnitelman edistymisen seuranta puuttuu. Vaikka ikääntyneen selviytymistä on tarkasteltu kokonaisvaltaisesti, on fyysisen toimintakyvyn tarkasteluun käytetty vain yhtä mittaria, mikä ei tuota laajaa, eri osatekijät huomioivaa tulosta. Lisäksi kuntoutumisen edistämistä haittaavia tekijöitä ovat olleet kotihoidon henkilökunnan ajan puute ja negatiiviset asenteet. (Kuusela, Hupli, Johansson ja Elooranta 2010, 96–107.)

Laajassa vertailukehittämishankkeessa on kotihoidon asiakkaiden hoidossa todettu olevan viisi keskeistä aluetta, joissa kotihoidolla olisi kehittämisen tarvetta. Ongelmia on ollut mm. fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisessä, kaatumisten ennaltaehkäisemisessä sekä sosiaalisen eristäytyneisyyden ja kommunikaatio-ongelman korjaamisessa. Lisäksi usea asiakas on joutunut sairaalahoitoon, kivun lievittäminen on ollut riittämätöntä ja lääkitystä on tarkastettu suosituksia harvemmin. (Noro ja Finne-Soveri 2006, 117.) Kotihoidossa tulisi myös kehittää dementiaa sairastavien hoitoa, jotta kotona asuminen olisi mahdollista (Finne-Soveri, Noro ja Björkgren 2006, 160).

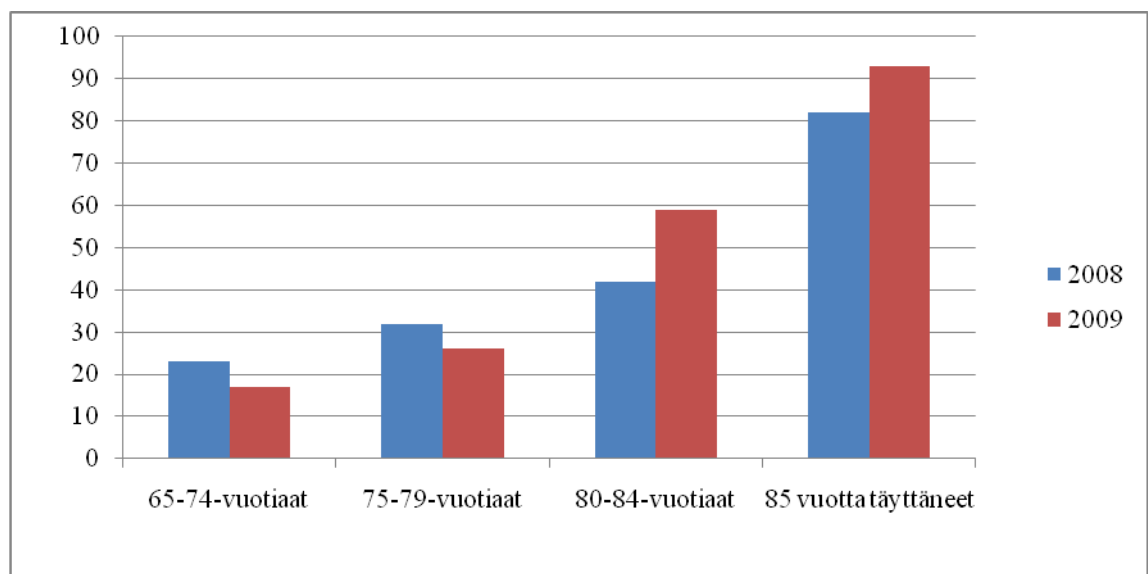
Toisten selvitysten mukaan kotihoidossa puutteita on muistisairauksien ja masennuksen diagnosoinnissa, ravitsemustilan arvioinnissa, lääkkeiden käytössä, fyysisessä kuntoutuksessa ja apuvälineiden saatavuudessa. Lisäksi liikuntakyvyn ja sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen sekä psyykinen tukeminen on vähäistä. Asiakaskyselyiden mukaan kotihoidon ja kotisairaanhoidon puutteita ovat mm. työntekijöiden kiire, puutteellinen tiedotus ja epäasiallinen kohtelu. (Peruspalvelujen tila-raportti 2008, 24, 63–64.) Näihin asioihin on alettu kiinnittämään kotihoidossa huomiota, mutta ainoastaan ravitsemuksen arviointia on onnistuttu lisäämään (Peruspalvelujen tila-raportti 2010, 35).

Sairaanhoidajien tehtäviä kotihoidossa on rinnastettu lääkärin työhön, minkä vuoksi sairaanhoidajat ovat suorittaneet vain sairaanhoidollisia käytännön toimenpiteitä. Työllä tulisi kuitenkin tavoitella hyvinvoinnin kokonaisvaltaista tukemista, eli huomioida myös ympäristötekijät, terveyden edistäminen ja kuntouttaminen. (Hägg ym. 2007,18.) Näin ollen kotisairaanhoidajan toimenkuvaan kuuluu tiedon keruuta ja analysointia, asiakkaan tutkimista, tutkimusten tekoa, määräämistä ja tulosten tulkitsemista, hoidon tarpeen arviointia, sairauksien hoitamista sekä voimien seuraamista (Hägg ym. 2007, 20; Tepponen 2007, 61). Myös ohjaaminen, neuvominen, opettaminen, omaishoitajan tukeminen, lääkehoidon toteuttaminen ja arvioiminen sekä toimintakyvyn tukeminen ja saattohoidon toteuttaminen ovat olennaisia. (Ikonen ja Julkunen 2007, 106.)

3.8.2 Toiminta Mänttä-Vilppulassa

Mänttä-Vilppulassa kotisairaanhoido ja kotipalvelu toimivat omina yksikköinä, eli niitä ei ole yhdistetty kotihoidoksi. Alueen kotisairaanhoido järjestetään Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yksikön Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalueen toimintana. (Mänttä-Vilppulan terveystalot.) Kotipalvelu puolestaan järjestetään Ylä-Pirkanmaan peruspalvelukuntayhtymän, YPEK toimesta (Kotipalvelu; YPEK). Kotisairaanhoidossa ja hoitajien vastaanotoilla on terveydenhuoltoalueella yhteensä kahdeksan terveyden- tai sairaanhoidajaa (Perusterveydenhuollon palvelukuvaus 2010).

Mänttä-Vilppulassa oli vuoden 2009 tilaston mukaan 11 496 kuntalaisesta 65–74-vuotiaita 11,7 % ja 75–84-vuotiaita 8,8 % ja 85-vuotiaita tai vanhempia 3,4 %. Vuonna 2009 kotona, joko kotihoiton palveluiden piirissä tai ulkopuolella, asui 75 vuotta täyttäneistä 89,3 % ja 85 vuotta täyttäneistä 78,2 % vastaavanikäiseen väestöön verrattuna (THL 2010 a ja b). Säännöllistä kotihoitoa saavien määrät on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Säännöllisen kotihoiton piirissä olevat ikääntyneet vuosina 2008-2009. (THL 2010a mukailtuna)

Kuviossa 1 kotihoodolla tarkoitetaan kotipalvelua ja/tai kotisairaanhoidoa, eli THL:n tilastoissa ei palveluja ole eritelty. Säännöllisyydellä tarkoitetaan sitä, että asiakas saa palvelua joko palvelu- tai hoitosuunnitelman mukaan tai palvelua on vähintään kerran viikossa. Kotihoiton painopiste on juuri ikääntyneiden kotona asumisen tukemisessa, sillä vuosina 2008 ja 2009 kotihoodon kokonaisasiakasmäärät ovat olleet 201 ja 212. Kuvion 1 eri-ikäisten yhteismäärä kattaa lähes kokonaan kokonaisasiakasmäärät.

Asiakkaat otetaan lääkärin päätöksellä kotisairaanhoidon piiriin ja heille laaditaan hoitosuunnitelma. Hoitosuunnitelmaan perustuen annetaan sairaanhoidoa, ylläpidetään toimintakykyä ja edistetään terveyttä. Lisäksi kotisairaanhoidoon kuuluvat ennaltaeh-

käisevät kotikäynnit palvelujen ulkopuolella oleville yli 80-vuotiaille palvelu- ja hoitotarpeiden kartoittamiseksi sekä palveluihin neuvomiseksi. (Kotisairaanhoidon 2010.)

Kotisairaanhoidon toimintaperiaatetta on uudistettu vuoden 2010 alussa. Uudistuksen jälkeen kotihoidon työntekijät huolehtivat vain kotisairaanhoidon asiakkaista joko kotikäynnein tai avovastaanotolla, jolloin aikaisempi käytäntö yleisen aikuisvastaanoton pitämisestä jäi muille tahoille. (Bjerregård-Madsen 2010.)

Uudistuksessa kotisairaanhoidon henkilökunta on laatinut moniammatillisella työryhmällä hyväksytyt kotisairaanhoidon ottamisen periaatteet (Koivisto 2010). Julkaisussa kotisairaanhoidon mainitsee päivittäisissä toiminnoissa avustamisen lisäksi huolehtivansa myös asiakkaiden toimintakyvyn säilyttämisestä sekä edistämisestä. Lisäksi palvelu- ja hoitosuunnitelmassa kartoitetaan asiakkaan voimavarat sekä arvioi elämäntilanteen monipuolisesti. Kotisairaanhoidolla on siis halu uudistaa toimintaansa asiakkaidensa kotona selviytymisen edistämiseksi ja huomioida asiakkaansa tilannetta voimavaroiltaan. Opinnäytetyömme selvitys siitä, mikä on kotisairaanhoidon nykyinen ikääntyneen selviytymistä edistävä toiminta, antaa kotihoidon työntekijöille sekä esimiehille tietoa siitä, mitä osa-alueita tulisi kehittää ja mitkä ovat nykyisen käytännön vahvuuksia.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

4.1 Opinnäytetyön prosessin kuvaus ja aineiston keruu

Tutkimuksessa on tärkeää pohtia tarkoin, mikä on sen kohderyhmä, ja rajata se. Rajauksen voi toteuttaa tiedustelemalla, ketä ongelma koskee ja kenelle sen ratkaisemisesta on hyötyä (Hirsjärvi ja Hurme 2000, 59; Vilkka ja Airaksinen 2003, 38–40.) Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena, koska tarkoituksena oli antaa haastateltavien kuvailla omin sanoin, miten he edistävät kotikäynneillään ikääntyneen eri osa-alueiden toimintakykyä, joten laadullinen oli tähän toimiva tutkimusmenetelmä (Vilkka ja Airaksinen 2003, 63–64.) Koska aihe käsittelee edistävää kotisairaanhoidollista toimintaa Mänttä-Vilppulan alueella, niin haastateltavat valittiin paikkakunnan kotisairaanhoidossa työskentelevien joukosta. Tutkimuksen avulla haluttiin selvittää, edistetäänkö ikääntyvän kotona selviytymistä, ja millä tavoin edistystä tehdään. Tarkoituksena oli haastatella kuutta kotisairaanhoidossa työskentelevää hoitajaa henkilökohtaisesti.

4.2 Tutkimusprosessin eteneminen

Opinnäytetyö aloitettiin kesällä 2010, jolloin aineistoa kerättiin. Saman vuoden syksyllä aloitettiin kirjoittamisprosessi, saatiin työn teemat selville ja työstettiin haastattelukysymykset valmiiksi. Kotisairaanhoidon apulaisosastonhoitajan kautta työntekijät saivat tietoa tulevasta tutkimuksesta marraskuussa 2010 sähköpostin välityksellä, jossa kerrottiin ja esiteltiin tutkimustyö, kerrottiin haastatteluiden ajankohtatoive, haastatteluun käytettävä aika, tekijöiden yhteystiedot ja haastattelun olevan vapaaehtoinen, mutta siihen kannustettiin osallistumaan. Osa haastateltavista otti yhteyttä tutkimuksen tekijöihin vasta apulaisosastonhoitajan muistutusviestin jälkeen.

Haastattelujen aikataulut sovittiin työntekijöiden aikatauluihin sopiviksi ja haastattelut toteutettiin joulukuussa 2010–tammikuussa 2011 vain yhden tutkimuksen tekijän toimesta aikatauluongelmien vuoksi. Haastattelu toteutettiin kasvotusten, jossa läsnä oli

haastattelija ja haastateltava kotisairaanhoidajien työpaikoilla häiriöttömässä ympäristössä. Haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastattelun tekemiseen. Koko haastattelu nauhoitettiin ja jokaisen kysymyksen alussa hieman selvennettiin, mitä sisältyy mihinkin toimintakykyyn, esimerkiksi fyysiseen toimintakyky sisältää muun muassa ravitsemuksen ja liikkumisen, psyykinen toimintakyky muistin ja itsetunnon ja sosiaalinen toimintakyky sisältää ystävät ja sosiaaliset kontaktit. Haastattelutilanne koettiin mukavaksi molemmin puolin. Haastattelut kestivät puolesta tunnista tuntiin.

4.3 Kohderyhmän kuvaus

Tutkimukseen osallistui viisi vapaaehtoista kotisairaanhoidossa työskentelevää työntekijää. Yhden haastattelun vastauksia käytettiin vain kysymysten pilotointiin. Ammatinimikkeiltään haastateltavista neljä oli sairaanhoitajia ja yksi terveydenhoitaja. Työkokemusta heillä oli kotisairaanhoidosta 1–11 vuoteen.

4.4 Haastatteluteemat

Haastatteluteemat nousivat teoriaan pohjautuen, eli mitkä ovat selviytymistä edistäviä tekijöitä teoreettisesti ja käytännön tutkimusten perusteella. Ensin valittiin neljä teemaa: fyysinen, psyykinen, sosiaalinen toimintakyky ja muu selviytymistä edistävä toiminta. Kunkin teeman alle mietittiin apukysymyksiä, joiden avulla ilman johdattelua saatiin vastauksia teemaan liittyen. Haastateltavat valikoituivat vapaaehtoisuuden perusteella ja ensiksi tehtiin koehaastattelu, jotta kysymyksiä päästiin testaamaan. Tämän jälkeen haastattelukysymyksiä hieman muokattiin, koska kysymyksissä oli toistoa paljon. Samalla myös valittiin teemoiksi vain kolme neljän sijaan. Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky säilyi haastattelurungossa, mutta neljäs teema ”muu selviytymistä edistävä toiminta” jäi pois ja sen sijaan jokaisen teeman lopusta siirrettiin yleisesti loppukysymykseksi, ”mitä selviytymistä edistäviä keinoja haluaisit muuttaa/kehittää, jos kaikki keinot olivat mahdollisia?” Koehaastattelu tehtiin molempien tutkimuksen tekijöiden toimesta.

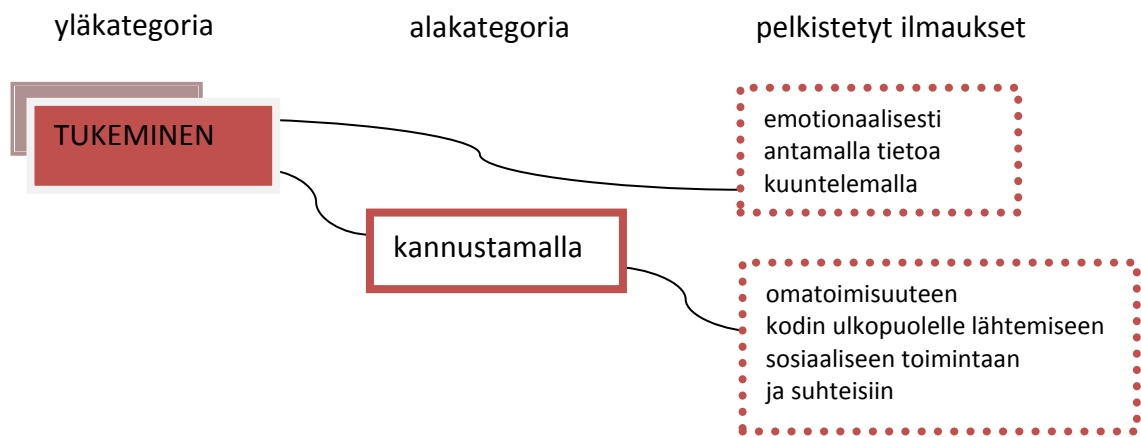
Aineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla, jossa pääkysymyksiä oli kolme ja niihin apukysymyksiä oli 33 kappaletta. Haastattelulomake on esitetty liitteenä 1. Koska yksilöhaastattelussa suositellaan tekemään teemahaastattelu ja koska tietoa haluttiin kysellä hieman vapaammin työntekijöiltä, niin silloin on hyvä käyttää puolistrukturoitua lomaketta (Vilkka ja Airaksinen 2003, 63–64).

4.5 Aineiston käsittely ja analyysimenetelmä

Haastattelut litteroitiin mahdollisimman nopeasti haastattelun jälkeen yhden tekijän toimesta. Kaikkiaan haastattelut litteroituna sisälsivät tekstiä yhteensä 38 sivua, kirjoitettuna A4-kokoisella paperilla, kirjasinkoolla 12 ja rivinvälillä 1.5. Saatujen haastatteluiden perusteella aineistoa oli riittävästi ja monipuolisesti.

Vastauksissa alkoi osittain ilmetä toistoa ja lisäksi vapaaehtoisia haastateltavia ei ilmoittautunut enempää, joten päätimme, että neljä haastattelua riittää. Kylläntymispisteen eli saturaation saavuttaminen tutkimuksessa tarkoittaa tulosten toistavuutta ja että uutta tietoa ei enää tutkimukseen tule uusilla aineistoilla (Vilkka 2005, 127.) Kylläntymispisteen kriteerit määrää tutkija itse, mutta käytännössä pisteen määrittäminen on hyvin vaikeaa, koska se on tutkimuskohtainen. Erityisen hankalaa määrittäminen on ihmisten omakohtaisia kokemuksia tutkittaessa, koska kokemukset ovat ainutkertaisia ja siten hankalaa määrittää (Vilkka 2005, 128). Laadullisessa aineistossa tavoitteena onkin enemmän sisällön laajuus kuin aineiston määrä (Vilkka 2005, 109–110).

Kun kaikki haastattelut oli tehty, kerättiin niistä tutkimuskysymykseen vastaavia pelkistettyjä ilmaisuja. Ilmaisuja kertyi yhteensä 257 kappaletta. Pelkistettyjen ilmauksien luokittelu toteutettiin sisällön analyysillä käsitellen jokaista vastausta erikseen. Pelkistetyistä ilmauksista lajiteltiin samaan kategoriaan esimerkiksi kaikki ne, missä kotisairaanhoidajat ohjaavat tai kuuntelevat ikääntynyttä. Sen jälkeen aineisto luokiteltiin lopullisiin luokkiin peilaten luokittelua koko ajan tutkimuskysymyksiin. Ensin luokitelluille kehitettiin alakategoriat ja sen jälkeen yläkategoriat. Kuvio 2 kertoo kuinka aineiston luokittelu tehtiin käyttäen esimerkkinä yläkategoriaa ”tukeminen”.



KUVIO 2. Esimerkki yläkatgorian ”tukeminen” luomisesta.

4.6 Eettisyys ja luotettavuus

Eettiseltä näkökulmalta tutkimuksen sisältöön kuuluu saada haastateltavilta suostumus ja hänen luottamuksensa, että luottamus tulee säilymään jatkossakin. On tärkeää selvittää haastattelutilanteessa luottamuksellisuus ja myös sen mahdolliset jälkiseuraukset, esimerkiksi haastateltavan minäkuvan muutos tai stressi (Hirsjärvi ja Hurme 2000, 19–20.) Haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus, jossa kävi ilmi vapaaehtoisuus, henkilöllisyyden salassa pysyminen, haastattelun nauhoittaminen ja nauhoitteen hävittäminen työn valmistuttua. Allekirjoituksellaan he lisäksi suostuivat siihen, että heillä ei ole mitään vaatimuksia koulua, toimeksiannon antajaa tai tekijöitä kohtaan. Haastattelut toteutettiin rauhallisessa ympäristössä, haastateltavien työhuoneissa. Koehaastattelua ei käytetty analyysiin.

Haastatteluiden aikana, tuloksiin on voinut mahdollisesti vaikuttaa se, että osa kysymyksistä ei ole pysynyt salassa. Haastatteluissa tarkoituksena oli, että kukin haastateltava kertoo omasta käytännön toiminnasta. Koska kysymyksistä oli jo tietoa saatu etukäteen, niin jotkut olivat valmistautuneet haastatteluun ja hakeneet tietoa, miten pitäisi toimia. Haastattelijä voi havainnoida haastattelu aikana, jos haastateltava on valmistautunut haastatteluun ja tällöin haastateltava voi muuttaa omia mielipiteitään tai käyttäytymistään, kun häntä tarkkaillaan tai hänen tekemisiään seurailaan tai niistä

halutaan tietoa. Tämä pitää ottaa virhelähteenä huomioon tutkimuksessa. (Vilka, 2005, 122.)

4.7 Aineiston analyysi

Aineiston analyysin aikana luottamuksen säilyvyys on tärkeää ja että tutkija kirjoittaa haastateltavan puheen sanasta sanaan (Hirsjärvi ja Hurme 2000, 19–20). Haastattelun jälkeen purkaminen tapahtui haastattelijan toimesta, haastatteluja kuulokkeilla kuunnellen ja tietokoneella kirjoittaen. Haastatteluissa käytetyt asiakasesimerkit samoin kuin haastateltavan henkilöllisyys pysyvät salassa, eli ketään ei pystytä tunnistamaan haastatteluiden perusteella

Analyysivaiheeseen tullessa haastateltavien sanomat tulkitaan sekä syvällisesti että kriittisesti. Haasteena on se, pystyvätkö tutkijat tulkitsemaan haastateltavan lauseita oikein. Tutkijoiden on kuitenkin pystyttävä esittämään tutkimuksessaan niin varmaa tietoa kuin mahdollista (Hirsjärvi ja Hurme 2000, 19–20.) Koska tutkimuksessa on tekijöitä kaksi, niin on selvää, että asiat tulkitaan erilailla ja asioista ollaan eri mieltä. Luotettavuus on kuitenkin säilytettävä ja on tärkeää verrata saatuja tuloksia jatkuvasti teoriaan (Vilka 2005, 158–160).

5 TULOKSET

5.1 Kotisairaanhoidon käytännön toiminnan kuvaus

Haastatteluista ilmeni, että kotisairaanhoidossa tuetaan ikääntyneiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja siten edistetään kotona selviämistä. Vastauksista saatiin aineiston analysoinnissa kuusi yläkategoriaa, joissa kussakin toimintakyvyn kaikki osa-alueet tuli huomioiduksi. Kaikki yläkategoriat, alakategoriat ja pelkistetyt ilmaukset on esitetty kaaviona liitteessä 2. Kukin yläkategoria on esitelty tarkemmin seuraavissa alaluvuissa.

5.1.1 Avustaminen

Kotisairaanhoidossa ikääntyneitä avustetaan apuvälineiden hankkimisessa ja lääkehoidon toteutuksessa. Apuvälineiden hankkiminen tarkoittaa tässä yhteydessä lähinnä vain konkreettista hankkimista. Lääkehoidon osalta avustamista on yhden vastaajan mukaan lääkehoidon tarkistaminen ja siitä huolehtiminen.

Avustamista esiintyy myös sosiaalisissa suhteissa ja päätöksenteossa. Sosiaalisissa suhteissa avustaminen on yhden vastaajan mukaan esimerkiksi sitä, että ikääntyneille hankitaan SPR:n ystäväpalvelua ja toiselle vastaajalle sitä, että motivoidaan omaisia käyttämään läheistään kodin ulkopuolella. Päätöksenteossa avustetaan siinä vaiheessa, kun ikääntynyt ei enää itse siihen pysty.

”oon... yrittänyt SPR:n ystäväpalvelua ... et ois joku ..., joka kerkiäis ulkoiluttaan ...lukemassa ... sanomalehden”

”jos ei pysty enää omista asioista, niin sitten ... täytyy ... päätös ehkä tehdä”

5.1.2 Ohjaaminen

Ohjaamista tapahtuu hyvin monissa yhteyksissä suunnitellusti ja suunnittelemattomasti muun toiminnan ohessa. Yhden haastateltavan vastauksesta käy ilmi se, että ohjauksessa huomioidaan ikääntyneen oppimiskykyä. Näin ollen ohjaus toistetaan seuraavalla kerralla tarpeen mukaan.

”ohjata milloin missäkin asiassa ... kyse sairaudesta vai selviytymisestä jossakin askareessa vai ... uusi toimenpide tai ... miten siellä liikuttais”

”joskus huomaa, ettei mene perille niin sitten yrittää sitä taas vähän erilailla seuraavalla kohtaamisella”

Ikääntyneille esitellään tarpeellisia apuvälineitä ja heitä ohjataan arjessa selviämisessä ja liikkumisessa. Apuvälineen esittelyssä hoitajat yrittävät motivoida ja houkutellessa apuvälineen käyttöön. Apuvälineitä tilataan siten koekäyttöön ja niistä yritetään löytää positiivisia puolia.

”riippuen vähän sitten asiakkaan siitä liikuntakyvystä ... vähänkään epävarmuutta ... heti jotakin rollaattoria, keppiä tällaista tarjota”

Lisäksi ikääntyneitä ohjataan omatoimisuuteen ja turvallisiin toimintatapoihin, kuten kaatumisten välttämiseksi neuvotaan esimerkiksi alhaisen verenpaineen kanssa toimeentulemistä. Omatoimisuudessa periaatteena on, että ikääntyneen puolesta ei asioita tehdä.

”jos verenpaineet heittää niin sitten ohjaamista miten ihan pienillä jutuilla tuolista ylösnousemista voidaan helpottaa”

”sen minkä se asiakas pystyy itte tekemään niin yritetään ylläpitää sitä ... ettei ... aleta ... paapomaan tai passaamaan”

Ohjaamista tarvitaan terveyttä edistäviin valintoihin, joilla ikääntyneet voivat vaikuttaa sairauteensa. Terveysneuvonnan ohjausalueita ovat muun muassa terveyttä edistävä ravitseminen ja liikunta. Ohjaamisessa ei pakoteta, vaan ikääntyneitä neuvotaan asiaa perustellen tekemään suotuisia valintoja.

”jos on esimerkiksi diabeetikko, niin sitten korostaa kuinka tärkeitä on se oikeenlainen ruokavalio”

”puhua asiakkaalle ... siitä että minkä takia ensinnäkin se liikkuminen on tärkeitä ... sen takia että se on tärkeää ... oman terveyden takia”

Ohjaamista tarvitaan myös palveluihin, joiden kirjo on kotisairaanhoidossa hyvin laaja-alainen, yli ammattirajojen ulottuva. Kotisairaanhoido toimii moniammatillisesti konsultoiden eri alojen osaajia, kuten fysioterapeutteja ja sosiaalitoimea. Palveluita ovat siten muun muassa edunvalvonta, kotipalvelu, yksityiset palveluntuottajat, fysioterapia, muistitestit, intervallit ja kolmannen sektorin palvelut.

”annan yleensä ... prosyyreitä ja katotaan niitä yhdessä ja käydään niitä asioita ... läpi”

”Kartoituskäynti kun tehdään ... ja katotaan millä palveluilla voitais auttaa sitä kotona selviytymistä ... Siinä on usein meillä sosiaalitoimi kotipalvelun ja hoitajan mukana”

5.1.3 Tukeminen

Ikääntyneitä tuetaan kannustamalla omatoimisuuteen, kodin ulkopuolelle lähtemiseen sekä sosiaaliseen toimintaan ja suhteisiin. Kodin ulkopuolisia toimintoja ovat ulkoilu, kerhot, tapahtumat sekä asiointi yksin tai omaisen kanssa. Yhden haastateltavan mukaan kodin ulkopuolelle lähtemisessä huomioidaan ikääntyneen kykyä sekä sääolosuhteita.

”hienovaraisesti yrittää jututtaa ja kannustaa ja selvittää sitä et miten se edistää sitä pärjäämistä et jos tekee itte, vaikka hitaastikin”

”jos kotona selviytyminen ottaa koville niin eipähän ne näillä keleillä lähe ulkoilemaan, vaikka kuinka kehotat. ... tähän aikaan vuodesta ei oikein tee mieli sanoa, et meeppäs keppis kans kävelyllä”

Ikääntyneitä kuunnellaan esimerkiksi silloin, kun he kertovat yksinäisyyden kokemisestaan ja elämästään, sekä silloin, kun selvitetään ikääntyneen itsetuntoa. Lisäksi ikääntyneitä tuetaan emotionaalisesti mm. halaamalla, istumalla vierekkäin ja kehumalla.

”monesti avoimesti kertoo et ei mitään muuta hätää ... mutta kun ... on niin yksinäistä”

”mitä se asiakas ... ajattelee itsestään ... kokeeko ... olevansa arvokas”

”alkaa kertomaan kaikkia ihania muistoja ja historiikkia ... voi löytyä paljon myös ... hoitotyöhön olevia asioita”

”yritän päästä asiakasta lähelle ... istutaan vierekkäin”

Kaikista haastatteluista kävi ilmi, että ikääntyneet saavat tietoa itseensä liittyvistä asioista ja muutoksista, kuten uuden palvelun alkamisesta. Yhden haastateltavan mukaan lähes viikoittain kerrotaan, mitä tapahtuu ja toisen haastateltavan mukaan uusien sairauksien ja lääkitysten kohdalla kerrotaan niistä. Yksi haastateltava mainitsee kertovansa ikääntyneelle syyn esimerkiksi silloin, kun havaitsee jaloissa turvotusta. Ikääntyneet saavat myös tietoa sairauden vaikutuksesta arkeen ja tieto annetaan yhden haastateltavan mukaan keskustellen.

”puhumalla ääneen koko aika kun lääkkeitä ... jaetaan ... et mitä lääkkeitä ... mihin tarkoitukseen ja miksi ... Marevan-hoidosta pitää puhua joka kerta että ... mikä on ... tilanne”

”verenpainetta mittaamalla ... kuulee koko aika et mikä on tilanne ... sokeritautia seurataan ja niistäkin kerrotaan”

”Keskustelemalla ... mitenkä mikäkin sairaus ... vaikuttaa ... jokapäiväiseen elämään”

5.1.4 Arvioiminen

Poimittujen ilmaisujen lukumäärän perusteella yksi merkittävimmistä hoitajien toiminnasta ikääntyneen hyväksi on juuri arvioiminen (kts. liite 2). Arviointi ulottuu kaikille toimintakyvyn eri osa-alueille, eli on hyvin laaja-alaista. Hoitajat seuraavat esimerkiksi fyysistä terveyttä ja lääkettä Fyysisen terveyden seuraamisessa käytetään muun muassa painonseuranta ja verenpaineen mittaamista.

Myös muistin toimivuutta seurataan. Muistihäiriön vaikutus esimerkiksi ravitsemuksesta huolehtimiseen tiedostetaan ja muistisairaana luona on kaikki asiat varmistettava. Esimerkiksi lääkkeiden säilyttämistä ikääntyneen kotona on tässä tilanteessa arvioitava ja kirjallisesta tiedottamisesta huolehdittava. Muistin toimivuutta arvioidaan muistitesteillä sekä seuraamalla lääkedosetin käyttöä sekä selvittämällä ikääntyneen tietoisuutta vuorokaudenajasta.

”Kaikki sovitut asiat täytyy olla kirjallisena mutta ne täytyy olla myös kotipalvelulla ja omaisella tiedossa ... Mitään ei voi niin kun jättää yksin”

”Havainnoidaan se, et jotakin on tapahtumassa ja hyvin herkästi tehdään muistitestejä”

Myös apuväline- ja palvelutarvetta, turvallisuutta sekä asumisolosuhteita arvioidaan. Pystyvyyden, kuten esimerkiksi itsestä huolehtimisen, arviointi on yhteydessä apuvälineen tai palvelun tarpeeseen. Asunnon varustelun puutteita tarkastelemalla ja varmistamalla, että läheiset tai kotipalvelu käyvät tai soittavat, edistetään kotisairaanhoidossa fyysistä ja psyykkistä turvallisuuden tunnetta.

”ei välttämättä itsenäisesti pelkillä niillä apuvälineillä selviä et tarvii sit kuitenkin jonkun pesettäjän”

Arvioitaviin asioihin kuuluvat myös sosiaaliset suhteet ja ikääntyneen ihmissuhdeverkon, harrastuksien sekä yhteydenpidon omaisiin kartoittaminen. Muun muassa näillä asioilla arvioidaan yksinäisyyttä.

”jos asiakas on yksin asuva, kartottaan ... ketä läheisiä ihmisiä ... on”

”kysyä, et onko omaisista kuulunut mitään”

Hoitajat käyttävät arviointimenetelminä ikääntyneen ja omaisten haastattelua sekä ikääntyneen toiminnan ja kotiympäristön havainnointia. Muistin arvioimisessa käytetään testejäkin. Kokonaisvaltaista, toimintakyvyn eri osa-alueiden arviointia tehdään joka käyntikerralla. Arvioinnista seuraa välittömiä korjaustoimenpiteitä, kuten esimerkiksi huimauksen ja kävelyvaikeuden vuoksi apuvälineen tarjoamista. Yhden vastaajan mukaan myös esimerkiksi ravitsemustilan arvioinnista seuraa ohjausta tai ohjaamista ateriapalvelun piiriin.

5.1.5 Havainnoiminen

Kotona asuvasta ikääntyneestä havainnoidaan kokonaisvaltaisesti hyvin erilaisia asioita. Hoitajat tekevät siten havaintoja päivittäistoimintojen sujumisesta, fyysisestä toimintakyvystä sekä voimavaroista. Voimavarojen havainnointia on yhden vastaajan mukaan ikääntyneen kyvykkyyden havainnointi.

”nähdä ravitsemus ja ... terveydentila, nukkuminen ja ... elämänrytmi, se hallinta miten se arki siellä kotona sujuu”

Myös mielialaa, motivaatiota ja ikääntyneen tapaa ja halua hoitaa asioitaan havainnoidaan ja hoitajat myös ottavat nämä asiat huomioon omassa toiminnassaan, esimerkiksi käyttämällä huumoria apuna. Mikäli mieliala on alavireinen, johtaa se ainakin yhdellä haastateltavalla syyn miettimiseen. Yhden haastateltavan mukaan mielialaan vaikuttaa pienet asiat, kuten omaisilta saatu kortti ja hoitajan läsnäolo. Ikääntyneen mielialan saa kohenemaan esimerkiksi sillä, että hoitajalla on aikaa jäädä keskustelemaan ikääntyneen kanssa.

”tunnustella ...voiko ... höpötellä muita asioita vai pysytäänkö sitten ihan tämmöisessä ...että päästään itse asiaan”

”jos löytyy... asiakkaastakin huumoria niin menee kurjemmatkin hoitotoimenpiteet”

”mielenvirkeys täytyy huomioida jos se ei oookkaan ihan kohillaan ... että mitäs nyt siten on menossa”

”kun on vuosia käynyt ... tullaan niin tutuiksi että sitten sitä osaa piristää ... oppii tunteen asiakkaan että mistä se tykkää”

5.1.6 Yksilöllisyyden huomioiminen

Yksilöllisyyden huomioiminen on arvioimisen ohella toinen merkittävimmistä hoitajien toiminnoista, mikäli perusteluna käytetään poimittujen ilmaisujen lukumäärää (Liite 2). Huomioiminen ja havainnoiminen ovat usein yhteydessä toisiinsa, eli havainnoiminen johtaa huomioimiseen, eli esimerkiksi hoitajan toiminnan tilanteeseen sopeuttamiseen, kuten edellisessä luvussa on esitetty.

Ikääntyneen psyykkistä vointia, mielipidettä, itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä huomioidaan. Mielipidettä esimerkiksi lääkkeitä kieltäytymisestä kunnioitetaan. Yksilöllisyyden huomioimista on muun muassa sitä, ettei asioita tehdä kaikille ikääntyneille samalla tavalla.

”itse määrämisoikeus on ... täällä ... se ykköslähtökohta”

”ollaan ... tasavertasia, et ollaan aikuisia molemmat, vaikka se sairaus olis mikä, olipa se sitten psyykinen sairaus tai somaattinen sairaus niin ... samalla lailla me kohdataan tasa-arvoisena”

”sä et voit tehdä jonkun tietyn kaavan mukaan ... asioita jossakin kodissa, vaan yksilöllisyys on se lähtökohta”

Hoitajat huomioivat myös ikääntyneen elämäkokemusta, kuten esimerkiksi apuvälineiden kohdalla hoitajat olettavat ikääntyneen tietävän jonkin verran apuvälineistä, eivätkä siten selitä kaikkea ihan alusta alkaen. Yksi vastaajista mainitsee ensitapaamisen lähtevän teitittelystä, joka on osa ikään perustuvan kunnioittamisen osittamista.

Ikääntyneen omaa näkemystä psyykkisestä voinnistaan ja voimavaroistaan kysytään. Myös mielipidettä kysytään sekä sitä, onko ikääntyneellä sosiaalista kanssakäymistä omaisten ja ystävien kanssa.

”No aina jos tulee jotain uutta ... täytyy kysyä mielipide ja halukkuus, ... sit täytyy kunnioittaa ... päätöstä joissain asioissa että jos ei halua”

”kysymällä ihan suoraan että oletko yksinäinen”

”kysellä vähän sitä muistia että miltä se asiakas itte ... muististaan ajattelee”

Kaikki haastateltavat pitävät omaisia tärkeinä yhteistyökumppaneina ikääntyneen hyvinvoinnin edistämiseksi ja heidät huomioidaan hyvin monissa asioissa. Yhteydenpito on molemmin puolta, eli sekä hoitajat että omaiset ottavat yhteyttä. Kaikkien haastateltavien mielestä omaisilta saadaan tietoa ikääntyneen voinnista ja sen muutoksista sekä ikääntyneestä yleensä. Suurin osa haastateltavista myös yrittää omaisten avulla saada ikääntyneitä lähtemään kodin ulkopuolelle. Omaiset otetaan mukaan

myös hoidon suunnitteluun, päätöksentekoon ja uusien asioiden kokeilemiseen. He auttavat liikkumisessa, hankinnoissa ja ikääntyneen turvallisuudessa. Hoitajat puolestaan tiedottavat omaisille esimerkiksi sairauksista ja muistihäiriöstä sekä niiden vaikutuksesta arkeen.

”omaisia, jotka on hyvin tärkeitä ... kotisairaanhoidon tiimityössä ... ne kuuluu oikeestaan, tähän meidän ihan samanlaiseen tiimihoitoyksikköön, kun nää monet muut siidosryhmät”

”olla omaiseenkin yhteydessä ... he ovat ... parhaita arvioimaan ... fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä ja vointia”

”ottaa se omainen mukaan että lähet yhdessä sen kanssa ekaa kertaa johonkin”

”jos ei pysty enää omista asioista, niin sitten se täytyy se päätös ehkä tehdä ... ja omaiset siinä vaiheessa mä yleensä sit kutsunkin mukaan että jos hänen kanssaan on vaikeeta”

5.2 Kotisairaanhoidon kehittämistarpeet

Kehitystarpeita nousi haastattelujen pohjalta esiin useampia. Kaikki kehitystarpeet on esitetty liitteessä 3. Monet toivoivat sosiaalisten suhteiden ja viriketoiminnan lisäämistä, kotipalvelun saatavuuden parantamista sekä lähipalveluiden turvaamista. Muutamat toivoivat kuntoutuksen lisäämistä sekä ikääntyneen matkustamiseen helpotuksia. Yksittäisiä kehittämistarpeita tuli vielä työntekijämäärän lisäämisen sekä erityisosaamisen osalta, lisäajan saamista kotikäynneille sekä moniammatillista toimimista. Myös osastolta kotiutumisen tiedonkulkuun kaivattiin parannusta sekä jatkokuntoutuksen lisäämiseen.

5.2.1 Sosiaalisen toiminnan edistäminen

Kaikki haastatelluista toivovat, että ikääntyneen sosiaaliseen toimintaan tulisi parantua. Haastatellut edistäisivät sosiaalista toimintaa lisäämällä sosiaalisia suhteita lähimmäisen antaman avun ja huolenpidon kautta ja vapaaehtoistyöntekijöiden avustuksella. Myös viriketoiminnan lisäämistä pidetään tärkeänä. Tähän yksi haastateltavista ehdottaa ikääntyneelle mielekkään kodin ulkopuolisen päivätoiminnan järjestämistä, toinen haastateltava kotisairaanhoidon kotikäynneillä tehtävää virkistystyötä ja kolmas mainitsee, että käyntien yhteydessä tulisi olla aikaa keskustelullekin, eikä pelkästään toimenpiteille.

”välittää toisistaan ... ajatellen ... sukulaisiakin ... kun naapurit tuntis toinen toisensa ja vähän pitäis silmällä, et kysyis välillä mitä kuuluu tai voinko auttaa”

”muutakin kuin tehdä sitä hoitotyötä, tehdä sitä virkistystyötä ja ottaa ne sosiaaliset ja psyykkiset asiat huomioon ja et ihan vaan olla tai lähtee vaikka kauppaan”

5.2.2 Palveluiden saatavuuden parantaminen

Pelkistettyjen ilmaisujen lukumäärän perusteella palveluiden saatavuuden parantaminen olisi oleellinen kehityskohde. Kaikki haastatelluista mainitsevat joko käyntiajan tai työntekijämäärän lisäämistarpeen. Yksi haastatelluista toivoo, että kotipalvelun saatavuus paranisi tarkoittaen tällä sitä, että kotipalvelua yleensä ja taajaman ulkopuolisia käyntejä olisi enemmän. Yhden haastateltavan mielestä myös kuntoutusta pitäisi lisätä intervallijaksojen muodossa ja toisen hoitajan mielestä jatkotutkimuksiin lähettämistä pitäisi lisätä.

”nyt ... me sitten käydään vaan nopeesti, esimerkiks tekemässä joku toimenpide ja siinä sitten muutama sana vaihdetaan”

”Intervalleja ... paljon enemmän ja helpommin johonkin vanhainkotiin, missä ois jump-
pari ... sitten taas kotona jaksetaan ... pyöris säännöllisesti”

5.2.3 Palveluiden turvaaminen

Lähipalvelujen turvaamista peräänkuuluttaa kaksi haastatelluista, joista toisella on huoli palvelujen keskittämisestä ja toinen toivoo tukipalvelujen olevan toimivia, eli palvelujen saanti kotiin ja muuten lähelle toteutuisivat. Yksi haastatelluista toivoisi, että matkustamista helpotettaisiin maksukäytäntöä helpottamalla.

”että toimit asiat sinne kotiin ja palvelut olis tarjolla lähellä. Että se ei tulis kynnyksy-
symykses, että palvelua pitäis lähteä hakemaan kaukaa”

”vanhukset vois innostua lähtee tuolta kotoo, esimerkiks näihin ryhmiin ... vielä
enemmän, jos se ois tehty helpommaks ... Että auto tulee ja ... jos ei nyt ... ois niitä
maksujuttuja”

5.2.4 Erityisosaamisen saaminen

Yksi haastatelluista nostaa esiin erityisosaamisen saamisen ikääntyneen palveluihin. Kotisairaanhoidossa tulisi hänen mukaan hyödyntää nykyistä enemmän työntekijöiden erityisosaamisalueita. Lisäksi moniammatillisesti toimiminen olisi tärkeää.

”ammattitaitoista, osaavaa henkilökuntaa semmoisille kohdille, missä on jokaisella
oma osaaminen parhaimmillaan”

5.2.5 Tiedonkulun parantaminen

Tiedonkulun parantamista olisi yhden haastateltavan mukaan osastolta kotiutumises-
sa. Toisen haastateltavan mielestä ikääntyneen elämänhistorian selvittäminen olisi
tärkeää, jotta ymmärrys mm. ikääntyneen toimintatavoista lisääntyisi.

”tärkeätä sitä sosiaalista voimavaraa ajatellen niin kartottaa sitä elämänhistoriaa, et
mitä on tehnyt työkseen ja minkälainen on ollut perhetilanne ja miten elämä on men-
nyt siihen ikään missä nyt mennään. Sitä kautta voi tulla ymmärrystä”

6 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

6.1 Kotisairaanhoidon toiminta

Opinnäytetyön yhtenä tehtävänä oli selvittää, miten kotisairaanhoidajat edistävät kotisairaanhoidon toiminnalla ikääntyneiden kotona selviytymistä. Yhteenvedona voidaan todeta, että kotisairaanhoidossa esiintyy paljon ja monipuolisesti selviytymistä edistäviä toimintoja ja toimintakyvyn kaikki osa-alueet tulevat huomioiduiksi. Kotisairaanhoidossa avustetaan, ohjataan, tuetaan, arvioidaan ja havainnoidaan sekä huomioidaan ikääntyneen yksilöllisyys. Toiminnassa toteutuu niitä asioita, joita kirjallisuudessa pidetään merkittävänä ikääntyneen kotona selviytymisen kannalta.

Kotisairaanhoidon piiriin kuuluvat ikääntyneet saavat ohjausta monessa asiassa. Ohjauksessa huomioidaan mm. ikääntyneen oppimiskykyä, mikä olisikin kirjallisuuden mukaan tärkeää (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 99). Kotisairaanhoidajan mukaan ohjaamista yritetään seuraavalla kerralla uudelleen hieman eri tavalla, jos edellistä ohjausta ikääntynyt ei ole ymmärtänyt.

Haastatteluista ilmeni, että hoitajat pyrkivät edistämään suhteita läheisiin ja hoitosuhde on vähintäänkin tasavertainen, sillä ikääntyneen mielipidettä ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. Nämä asiat ovat tutkimuksen mukaan ikääntyneen itsestä huolehtimista vahvistavia tekijöitä. Hoitajat pyrkivät estämään horjuttavia tekijöitä, kuten sosiaalisten suhteiden vähenemistä. (Backman 2005, 122–127.)

Kotisairaanhoidossa olevien ikääntyneiden fyysisen ja psyykkisen turvallisuuden tunnetta edistetään esimerkiksi asunnon varustelun puutteita havainnoimalla ja varmistamalla, että läheiset tai kotipalvelu käyvät tai soittavat ja seuraavat sillä tavoin vointia. Turvallisuuden tunteen tuominen on yksi selviytymistä edistävistä tekijöistä (Muurinen ja Raatikainen 2005, 21).

Omatoimisuuden säilyminen edellyttää fyysisen toimintakyyn lisäksi myös hyvää psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, eli kaikkia osa-alueita tulisi huomioida (Vaarama 2004, 183–184, 186). Kotisairaanhoidossa toiminta vaikuttaa olevan kokonaisuuden huomioivaa ja hoitotoimenpiteiden lisäksi on paljon ei-toiminnallisuutta, kuten kuuntelua, tukemista ja ohjaamista.

Kotisairaanhoidossa huomioidaan osaa Sosiaali- ja terveysministeriön painottamista toimintakyvyn riskitekijöistä (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi. 2006, 7). Esimerkiksi kaatumisalttius, aistitoimintojen heikkeneminen ja yksinäisyys havainnoidaan ja asiaa pyritään korjaamaan. Hoitajat antavat kaatumisten välttämiseksi neuvoa esimerkiksi alhaisen verenpaineen kanssa toimeen tulemiseksi.

Hoitajat ottavat omaiset mukaan hyvin moneen toimintaan. Tämä poikkeaa tutkimuksesta, jonka mukaan omaisten kanssa yhteistoimintaa on vähän (Muurinen ja Raatikainen 2005, 20–21). Omaisia pidetään kotisairaanhoidossa osana tiimiä, eli he ovat tärkeitä ikääntyneen hoidossa. Omaisten huomioiminen tukeekin tutkimuksen mukaan parhaiten ikääntyneen selviytymistä (Tepponen 2007, 69). Omaiset saavat myös tietoa ja ohjausta ikääntyneen sairauksista, liikkumiseen kannustamisessa, jne., mikä on tärkeää juuri hoitokokonaisuuden osana olemisessa (Hägg ym. 2007, 79, 90).

Kotisairaanhoidossa toteutuu ennaltaehkäisevä ja voimavaroja käyttöönotettavaa työtä, sillä esimerkiksi asiakkaan puolesta ei asioita tehdä, vaan nimenomaan tuetaan omatoimisuutta. Tämä on päinvastaista kuin kirjallisuudessa on esitetty (Muurinen ja Raatikainen 2005, 20–21). Ikääntyneet saavat myös terveysneuvontaa, joka kirjallisuuden mukaan (Hägg ym. 2007, 14, 28–29) tukee ja ohjaa terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämistä. Hoitajat ohjaavat muun muassa terveyttä edistävään ravitsemukseen ja liikuntaan. Ikääntyneet saavat lisäksi palveluohjausta, mikä on yksi keskeisimpiä ennaltaehkäiseviä toimintoja (Tepponen 2007, 62).

Toimintakyvyn arvioinnissa hoitajat käyttävät monipuolisesti eri arviointimenetelmiä. He haastattelevat ikääntyneitä ja omaisia, havainnoivat ikääntyneen toimintaa ja kotiympäristöä aivan kuten suositellaankin (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi. 2006,

2–8). Se, käytetäänkö kotisairaanhoidossa objektiivisia mittareita kuten kyselylomakkeita, jäi kuitenkin epäselväksi. Mittareiden käyttäminen yhdessä edellä mainittujen asioiden kanssa antaisivat täydellisempää kuvaa ikääntyneen tilanteesta (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi. 2006, 2–8).

Haastatteluista ei ilmennyt sitä, kuinka paljon ja kuinka säännöllisesti ravitsemusta arvioidaan. Yhdessä haastattelussa mainitaan painonseuranta fyysisen terveyden seuraamiseksi muiden toimintojen ohella. Joissakin haastatteluissa ruokavalion ohjaus mainitaan sairauden hoidonohjaukseen liittyväksi. Yhdessä haastattelussa kyllä todetaan, että ruokailu on huonoa monilla vanhuksilla ja tilanteen korjaamiseksi hoitaja mainitsee ateriapalvelun tarjoamisen. Haastattelussa tulosten mukaan tiedostetaan myös, että muistin heikentyminen voi aiheuttaa syömättömyyttä. Haastattelussa tulosten mukaan tiedostetaan lääkityksen voivan heikentää ravitsemustilaa ja hoitajan mainitseekin ravitsemustilan arvioinnin ja ohjauksen sekä ateriapalvelun olevan hoitajien huolehtimisvastuulla. Ravitsemussuositusten mukaan seuranta pitäisi olla ja säännöllisesti (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010).

Selvityksien mukaan hoitotyössä toimintakyvyn tukemisen tarpeet osataan tunnistaa ja tunnustaa, mutta suunnitelmallinen ja tavoitteellinen tukeminen on vielä alkutekijöissään (Lähdesmäki ja Vornanen 2009, 16). Haastatteluista ei selvinnyt sitä, kuinka tavoitteellista hoidon seuranta ylipäänsä on, ja perustuuko seuranta kirjalliseen hoitosuunnitelmaan, vai käyntien yhteydessä tilanteen mukaisesti valikoituvien kohteiden arviointiin. Hoitajat kyllä mainitsivat havainnoivansa ikääntyneitä joka käyntikerralla ja esimerkiksi huimauksen ja kävelyvaikeuden vuoksi tarjoavat apuvälinettä. Myös liukaiden kelioiden varalle liukuestepohjallisia tarjottiin kenkiin ja liikkumiseen kannustettiin. Painopiste oli kuitenkin se, että vain muutoksiin ja lähinnä vain negatiivisiin muutoksiin reagoidaan. Näin ollen ennaltaehkäisevää työtä ei siinä vaiheessa enää ehdi toteuttamaan niin hyvin, kuin varhaisemmassa vaiheessa voisi.

Yksinäisyyden arvioinnissa oli mielenkiintoista huomata, että lähinnä vain yksinasuvien kohdalla yksinäisyys otetaan puheeksi. Yksinäisyyttä siis pidettiin yksinasumisen synonyymina. Ennako-oletus siitä, jos taloudessa asuu muita, ehkäisee yksinäisyyden, lie-

nee olevan yleinen vallitseva käsitys muillakin kuin hoitajilla. Yksinäisyys on kuitenkin moniulotteinen käsite, ja siten myös seurassa voi olla yksin, jos elämäkatsomus, ajatukset, jne. eivät käy yksiin. Siten suuri ikäero tai toimintakyvyn erot, esimerkiksi toimintakyvyltään hyvin rajoittunut puoliso, voisivat olla tekijöitä, jotka aiheuttavat ikään-tyneiden yksinäisyyttä seurasta huolimatta.

Opinnäytetyön tulokset siitä, millä keinoilla ikääntyneen kotona selviytymistä edistetään, ovat samansuuntaisia kuin Sainion (2005) opinnäytetyössä saadut tulokset. Sainio on selvittänyt erään kunnan kotisairaanhoidon terveydenhoitajien näkemyksiä siitä, kuinka ikääntyneen toimintakykyä kotihoidossa voisi tukea. Hoitajien mielestä tärkeitä toimintakyvyn eri osa-alueiden tukemisessa ovat mm. vuorovaikutus, keskustelu, kyseleminen, havainnointi, kannustaminen, tukeminen ja ohjaus. Lisäksi ikääntyneen tunteminen auttaa huomaamaan jo pieniä muutoksia. Kodin ulkopuolisia kuntoutusjaksoja, jopa ihan lyhyitäkin, kuten säännöllistä päivätoimintaa ovat hoitajat pitäneet tärkeinä.

6.2 Kotisairaanhoidon kehittäminen

Opinnäytetyön toisena tehtävänä oli selvittää, mitkä ovat kotisairaanhoidon kehitystarpeet ikääntyneiden selviytymisessä. Hoitajien mielestä kotisairaanhoidossa tulisi kehittää sosiaalista toimintaa, palveluiden saatavuutta ja olemassaoloa. Lisäksi kotisairaanhoidon tulisi saada käyttöön erityisosaamista ja parantaa tiedonkulkua.

Haastatteluista on havaittavissa, että kehityskohteet ovat muussa kuin hoitajien toiminnassa. Kehitettävää on resursseissa, joita on monessa osa-alueessa liian vähän. Hoitajat eivät siten maininneet omasta toiminnastaan kehitettävää. Kotiutumisenkin osalta todettiin vain siinä olevan parannettavaa, mutta epäselväksi jäi kummassa päässä, eli kotiuttajassa vai vastaanottajassa.

Laajan vertailukehittämishankkeen mukaan kotihoidossa, eli kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa yhdessä, on kehittämisen tarvetta muun muassa fyysisen toimintakyvyn

ylläpitämisessä, kaatumisten ennaltaehkäisemisessä sekä sosiaalisen eristäytyneisyyden ja kommunikaatio-ongelman korjaamisessa. Parannettavaa olisi myös kivun lievittämisessä ja lääkityksen tarkastamisessa (Noro ja Finne-Soveri 2006, 117.) Myös dementiaa sairastavien hoidon kehittämistä tarvittaisiin. (Finne-Soveri, Noro ja Björkgren 2006, 160).

Haastatteluista ei käy epäsuorastikaan ilmi muuta edellä mainittua puutetta kuin sosiaalisen toiminnan vähyys. Kivun hoidosta ei haastatteluissa mainittu, mutta lääkityksen seuraaminen lääkkeen vaikuttavuuden osalta tuli esiin. Dementiasta kärsivien kohdalla hoitajat mainitsivat keinoja, kuinka lisätä turvallisuutta, seurata muistin toimintaa, jne. Fyysistä toimintakykyä kotisairaanhoidossa ylläpidettiin mm. liikkumiseen kannustamalla, apuvälineiden hankkimisella ja omaisten tuella.

Sosiaalisen toiminnan lisääminen olisi hyvin tärkeä kehityskohde, sillä yksinäisyyden on todettu alentavan ikääntyneen elämänlaatua kaikista eniten, eli esimerkiksi liikkumisvaikeuksiakin enemmän (Vaarama 2004, 148, 160). Kotisairaanhoido on esittänyt yhdeksi toimenpiteeksi viriketoiminnan järjestämisen käyntien yhteydessä. Tämän onnistumiseksi varmaan tarvitaan käyntiajan ja henkilökunnan määrän lisäämistä, jotka on listattu toisiksi kehityskohteiksi.

Tiedonkulun parantamisessa eräs haastateltava toi esiin ikääntyneen elämänhistorian selvittämisen tärkeyden. Tämä on varteenotettava kehityskohde, sillä se antaisi todennäköisesti tietoa myös ikääntyneen terveystilasta, jolla on todettu olevan suurin vaikutus elämäntapaan ja toimintaan ylipäänsä (Lyyra ja Tiikkainen 2010, 67). Myös kotiutumisvaiheen tiedonkulun parantaminen olisi tarpeen, sillä kotisairaanhoidolla on merkittävä asema kokonaishoidossa, sillä juuri se seuraa ja tukee sekä arvioi hoidon vaikuttavuutta (Hägg ym. 2007,58).

6.3 Käytetty menetelmä

Laadullisen tutkimuksen avulla saimme kotisairaanhoidajista omin sanoin hyvin tietoa kysymyksiimme, sillä he saivat kertoa vapaasti. Se oli tutkimuksen tarkoituskin, että saisimme tietoa nimenomaan siitä, miten he edistävät kotikäynneillään ikääntyneen toimintakyvyn eri osa-alueita. Haastattelukysymyksissä oli hyvä olla apukysymyksiä siltä varalta, että haastateltavalle ei tulisi mitään mieleen melko laaja-alaisesta teeman otsikkokysymyksestä. Apukysymyksistä oli apua ja niitä käytettiinkin hyvin paljon.

Koska jouduimme turvautumaan apukysymyksiin haastatteluissamme, niin ne saattoivat kuitenkin ohjata haastattelun kulkua. Haastateltavat olisivat voineet kertoa enemmän omin sanoin kokemuksistaan ja työstään, jos niitä ei olisi ollut. Toisaalta, jos ne olisi jättänyt pois, niin monet olisivat tarvinneet kuitenkin jotain apua kysymyksiin tai jonkin erimerkin, jonka avulla olisivat aloittaneet kertomaan, kuinka he itse toimivat. Jonkin verran tuli haastateltavilta palautetta, että apukysymykset olivat hyviä ja niiden avulla pääsi hyvin jatkamaan keskustelua eteenpäin.

Kysymysten olisi pitänyt olla vieläkin konkreettisempia, mikä olisi voinut lisätä nimenomaan käytännön toiminnasta kertomista. Käytännön kuvaamista olisi voinut edistää myös se, jos hoitajia olisi pyytänyt kertomaan konkreettisia esimerkkejä. Myös sanavalintoja olisi voinut miettiä selkeämmäksi ja mahdollisesti antaa esimerkkejä, sillä esimerkiksi yhdessä haastattelussa itsetunnon käsite ymmärrettiin itsemääräämiseksi.

Käytännön toiminnan kuvaaminen olisi voinut tulla paremmin esille silläkin, että haastattelun apukysymysten tilalla hoitajille olisi kerrottu esimerkki jostakin kuvitteellisesta asiakastilanteesta ja he olisivat saaneet kertoa, kuinka toimivat siinä. Tällöin haastattelujen pituus olisi voinut kolmella teemalla olla liian pitkä opinnäytetyön tavoitteita ajatellen, eli teemojen lukumäärää olisi ehkä pitänyt rajata esimerkiksi vain yhteen.

Haastateltavien saanti vaati muutaman muistutuksen ja loppuvaiheessa henkilökohtaisen kysymisen. Haastateltavat olivat kuitenkin vapaaehtoisia, eli painostusta ei mieles-tämme tapahtunut. Tämä haastateltavien saannin vaikeus olisi voinut olla vältettävistä

sä, jos olisimme käyneet hoitajien luona kertomassa opinnäytetyöstämme ja meistä. Nyt apulaisosastonhoitaja välitti hoitajille yhteystietomme ja tietoa lyhyesti sähköpostilla.

Lisäksi hoitajille olisi ehkä kannattanut kertoa enemmän haastattelun tarkoituksesta ja hieman aihepiireistä korostaen sitä, että kyseessä ei ole ammattitaidon ja tietotason testaus, vaan työn kehittämistä. Osa hoitajista oli nimittäin ehkä valmistautunut haastatteluun lukemalla teoriatietoa aiheesta. Tämä oli havaittavissa epäsuorasti heidän työpöydällään olevista ja heidän avoimesti näyttämistään artikkeleista. Vastauksista kyllä kävi ilmi mitä hoitajat todella tekevät ja mitä pitäisi tehdä ja mikä olisi kehitettävää. Eli todennäköisesti taustatiedon hankkimisella ei ollut vaikutusta haastattelun vastauksiin siitä, mitä he todellisuudessa tekevät. Enemmänkin sillä saattoi olla vaikutusta siihen, että he osasivat tarkastella riittävän laaja-alaisesti työnsä sisältöä ja siten kertoa monipuolisesti teemaan liittyvistä asioista ilman apukysymyksiä.

Koehaastattelun teimme pareittain, jossa molemmat kyselivät eri aiheista vuorotellen haastateltavalta, mutta varsinaisissa haastatteluissa vain yksi opinnäytetyöntekijä oli läsnä. Kun teimme koehaastattelun parina, niin siinä pystyi toinen kyselemään jotain, jota toinen ei ehkä ollut huomannut tai kysymys, joka kaipasi vielä tarkennusta. Tilanne oli kuitenkin ehkä hieman jännittävä haastateltavalle, koska haastattelihoita oli kaksi, jotka olivat kiinnostuneita kaikesta, mitä haastateltava sanoi. Kun varsinaiset haastattelut tehtiin yksin, niin tunnelma oli rennompi ja haastattelun ei edennyt niin kaavan mukaan, vaan siitä tuli enemmän keskustelutyyppinen, jossa edettiin sujuvasti asiasta toiseen.

6.4 Opinnäytetyön hyödyllisyys

Kunnan päättäjille, omaisille, vapaaehtoistyöntekijöille ja naapureille välittynee tieto siitä, että ikääntyneet ovat yksinäisiä ja sosiaalisten suhteiden sekä toiminnan tarvetta on. Päiväkeskustoimintaa, apua ulkoilemiseen ja keskustelukumppania siis tarvitaan. Lisäksi pelkän monipuolisen kodin ulkopuolisen toiminnan kehittäminen ei yksin riitä,

vaan myös kuljettamista tulee miettiä. Hoitohenkilöstön esimiehille puolestaan välittyyne hoitajien näkemys siitä, että henkilöstömitoitusta olisi ehkä mietittävä uudelleen ja mahdollistettava hoitajien erityisosaamisalueiden käyttöön ottaminen.

Tieto siitä, että kotisairaanhoidon painopiste ei olekaan fyysisen toimintakyvyn ylläpidossa, vaan kokonaisvaltaisesti toimintakyvyn eri osa-alueissa on varmasti positiivinen tieto sekä ikääntyneille, heidän omaisilleen, kuten myös henkilökunnalle. Lisäksi tieto siitä, että hoitajat pitävät yhteistyötä omaisten kanssa hyvin tärkeänä, voi rohkaista omaisia olemaan entistäkin aktiivisemmin mukana läheisensä hoidossa. Omaisten mahdollinen pelko siitä, että on tiellä tai pelkkänä taloudellisena tukijana toivottavasti poistuu tämän selvityksen myötä. Toivottavaa on myös se, että omaiset ymmärtäisivät, kuinka tärkeää yhteistyö olisi ikääntyneen läheisen hyväksi.

Hoitajat hyötyvät opinnäytetyöstä ehkä siinä, että heidän työnkuvan monipuolisuus, vaativuus ja vahvuudet käyvät työstä ilmi. Mänttä-Vilppulassa reilu vuosi sitten tehty organisaatiomuutos poisti kotisairaanhoidtajien kaikille avoimet aikuisvastaanotot ja muutti vastaanotot vain kotisairaanhoidon asiakkaille. Työstä ehkä käy ilmi niin kuntalaisille kuin henkilökunnallekin se, että työtä riittää vastaanottotoiminnan supistamisesta huolimatta ja että varmasti osa vastaanotoilta vapautuvasta työajasta käytetään psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseen, eli käynneillä on ehkä aiempaa enemmän aikaa keskustelulle.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Kotisairaanhoidossa tuetaan ikääntyneiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja siten edistetään kotona selviämistä. Hoitajat edistävät selviytymistä avustamalla, ohjaamalla, tukemalla, arvioimalla, havainnoimalla ja huomioimalla ikääntyneen yksilöllisyyttä. Hoitajien mielestä kotisairaanhoidossa tulisi kehittää sosiaalista toimintaa, palveluiden saatavuutta ja olemassaoloa. Lisäksi kotisairaanhoidon tulisi saada käyttöön erityisosaamista ja parantaa tiedonkulkua.

Verrattaessa tuloksia siihen, mitä palveluja ja toimintoja kotisairaanhoidon lupaa kotisairaanhoidon ottamisen periaatteet-julkaisussa (Koivisto 2010), havaitaan, että kotisairaanhoidon toimii suunnitelmansa mukaisesti. Eli palveluja saavan toimintakykyä pyritään säilyttämään ja edistämään sekä kartoittamaan ikääntyneen voimavarat ja elämäntilanne.

Jatkotutkimuksissa olisi hyödyllistä selvittää ikääntyneiden ravitsemustilan seurannan toteutumista ja kehittämistä kotisairaanhoidossa. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää, kuinka paljon, missä tilanteissa ja kuinka säännöllisesti kotisairaanhoidossa käytetään erilaisia arviointimittareita kuten masennusseulaa.

Jatkotutkimuskohde voisi olla myös kunnan eri palvelutahojen välisen moniammatillisen työn nykytoiminnan ja sen kehitystarpeiden kartoittaminen. Tutkimuksen mukaan moniammatillisuutta heikentää yhteisten tavoitteiden ja yhtenäisen kirjauksen puute sekä konsultoinnin vähyys (Kuusela ym 2006, 96–107), joten olisi mielenkiintoista selvittää tilannetta Mänttä-Vilppulassa.

LÄHTEET

Backman, K. 2005. Ikääntyneiden itsestä huolenpitoa vahvistavat, horjuttavat ja murttavat tekijät. *Hoitotiede*. 17 (3), 120–130.

Bjerregård-Madsen, J. 2010. Johtava ylihoitaja. Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalue. Suullinen tiedonanto 30.8.2010.

Finne-Soveri H., Noro, A. ja Björkgren, M. 2006. Tulosten tarkastelua. Teoksessa Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. ja Noro, A. (toim.). Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin julkaisu. Vaajakoski: Gummerus Oy.

Haapaniemi, H. ja Routasalo, P. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämiseksi sairaanhoitajan näkökulmasta. *Hoitotiede*. 21 (1) 34–44.

Heinola, R. ja Luoma, M-L. 2007. Toimintakyky ja elämänlaatu. Teoksessa Asiakaslähtöinen kotihoito. Heinola, R. (toim.). Stakesin julkaisu. Vaajakoski: Gummerus Oy.

Hambleton, P., Keeling, S. ja McKenzie, M. 2008. Quality of life is ...: The views of older recipients of low-level home support. *Social Policy Journal of New Zealand*. Maaliskuu 2008. Artikkelin nro 33, 148, 150, 157. Luettu 2.3.2011. Saatua EBSCOhost Academic Search Elite-hakemistosta. www.nelliportaali.fi.

Hirsjärvi, S ja Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.

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

ICF 2004. Terveyden ja hyvinvointilaitoksen ICF-luokituksen esittelysivu. Päivitetty 2.1.2009. Luettu 24.7.2010. <http://sty.stakes.fi/FI/luokitukset/ICF/index.htm>.

Ikonen, E-J. ja Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Lähihoito-sarjan julkaisu. Helsinki:Edita.

Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön perhe- ja sosiaaliosaston kuntatiedotteen 5/2006 liite. Julkaistu 7.6.2006. Luettu 20.7.2010. www.stm.fi, Tiedotteet.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. 1 luku 1§. Luettu 4.4.2011. Finlex. 2011. Ajantasainen lainsäädäntö. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.

Koivisto, K. 2010. Kotisairaanhoidon ottamisen periaatteet. Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalueen vastuualuejohtajan, ylilääkärin koostama selvitys Mänttä-Vilppulan kotisairaanhoidon toimintaperiaatteesta. Julkaistu 26.5.2010.

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä – substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tampere University Press. Acta Universitatis Tamperensis, 974. Luettu 10.8.2010. <http://www.uta.fi/laitokset/kirjasto/julkaisukeskus/tup/julkaisut.php>

Koskinen S. 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Luettu 1.8.2010. <http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantyminen-voimavarana/pdf/fi.pdf>

Kotipalvelu. Kotipalvelun esittelysivusto. Luettu 15.9.2010. <http://www.ypek.fi/palvelut/kotipalv.html>.

Kotisairaanhoido 2010. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalueen julkaisu alueen kotisairaanhoidosta. Päivitetty 14.4.2010. Luettu 11.9.2010. www.pshp.fi, Potilaille ja läheisille, Toimintayksiköt, Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalue, Terveysneuvonta ja kotisairaanhoido, Kotisairaanhoido.

Kuusela, M., Hupli, M., Johansson, K. ja Eloranta, S. 2010. Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Hoitotiede. 22 (2) 96–107.

Luoma, M.-L. 2010. Elämänlaatu. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen, P. ja Tiikkainen, P. (toim.). 2010. 1.–2. painos. Porvoo:WSOY.

Lyyra, T.-M. ja Tiikkainen, P. 2010. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen, P. ja Tiikkainen, P. (toim.). 2010. 1.–2. painos. Porvoo:WSOY.

Lähdesmäki, L. ja Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tuki-jana. Lähihoito-sarjan julkaisu. Helsinki:EDITA.

Muurinen S ja Raatikainen R. 2005. Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa. Gerontologia 1, 13–22. Luettu 6.8.2010. Elektra, kotimaisten tieteellisten lehtien tietokanta. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1098395>.

Mäkelä, M ja Teinilä, E. 2010. Päihdeongelmainen ikääntynyt hoitotyön asiakkaana. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen, P. ja Tiikkainen, P. (toim.). 2010. 1.–2. painos. Porvoo:WSOY.

Mänttä-Vilppulan terveyspalvelut. Kuntayhtymän internet-sivusto. Luettu 15.9.2010. http://www.manttavilppula.fi/sosiaali_ja_terveys/terveyspalvelut/

Noro, A. ja Finne-Soveri H. 2006. Kotihoidon laatu. Teoksessa Kotihoidon asiakasrakente ja hoidon laatu-RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä. Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P. ja Noro, A. (toim.). Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin julkaisu. Vaajakoski: Gummerus Oy.

Peruspalvelujen tila–raportti. 2008. Valtiovarainministeriön julkaisuja 14/2008. Julkaisu maaliskuussa 2008. Luettu 8.11.2010. www.vm.fi/julkaisusarjat.

Peruspalvelujen tila–raportti. 2010. Valtiovarainministeriön julkaisuja 12/2010. Julkaisu maaliskuussa 2010. Luettu 8.11.2010. www.vm.fi/julkaisut.

Perusterveydenhuollon palvelukuvaus 2010. Ylä-Pirkanmaan terveydenhuoltoalueen Mänttä-Vilppulan vastuuyksikköä koskeva julkaisu. Luettu 15.9.2010. <http://www.pohjois-kuorevedenkylat.fi/MV%20th.pdf>

Pynnönen, K. 2006. Sosiaalinen aktiivisuus kotona asuvana selviytymisen ennustajana ikääntyvillä ihmisillä. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Luettu 27.7.2010. Jyväskylän yliopiston julkaisuarkisto. <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/8381>

Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Tallennettu 29.7.2010. <http://www.evira.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Sainio, S. 2005. Viiden terveydenhoitajan näkemyksiä vanhusten toimintakyvyn tukemisessa kotihoidossa. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsingin yksikkö. Diakoninen sosiaali- terveys- ja kasvatustieteiden koulutusohjelma. Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto. Luettu 26.7.2010. Julkaistu Theseus ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710. 3 luku 20§. Luettu 4.4.2011. Finlex. 2011. Ajantasainen lainsäädäntö. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820710>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Sosiaali- ja terveystieteiden palvelut. Kotihoito. Päivitetty 21.5.2010. Luettu 1.7.2010. http://stm.fi/sosiaali_ ja_ terveystieteiden palvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut

Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa Asiakaslähtöinen kotihoito. Heinola, R. (toim.). Stakesin julkaisu. Vaajakoski: Gummerus Oy.

THL. 2010a. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos. Tilasto- ja indikaattoripankki Soskanet. Haku suoritettu 2.3.2011. <http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/lz/109,110/3/3A/0/>

THL. 2010b. Terveystieteiden ja hyvinvoinninlaitos. Tilasto- ja indikaattoripankki Soskanet. Haku suoritettu 2.3.2011. <http://uusi.sotkanet.fi/taulukko/mz/109,110/3/3A/0/>

Vaarama, M. 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Tulevaisuusselontein liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisu-

sarja 33/2004. Luettu 1.8.2010. <http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantyminen-voimavarana/pdf/fi.pdf>.

Vilka, H ja Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki. Tammi.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Tammi

Voutilainen, P. Routasalo, P., Isola, A. ja Tiikkainen, P. 2010. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen, P. ja Tiikkainen, P. (toim.). 2010. 1.–2. painos. Porvoo:WSOY.

Vähäkangas, P. 2010. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. Voutilainen, P. ja Tiikkainen, P. (toim.). 2010. 1.–2. painos. Porvoo:WSOY.

YPEK. Tiedote kotitalouksiin sosiaali- ja terveystalouksista. Luettu 15.9.2010. <http://www.ypek.fi/palvelut/palveluesite.pdf>.

LIITE 1

HAASTATTELURUNKO

Kuinka tuet ja huomioit ikääntyneen fyysistä toimintakykyä?

Miten kannustat liikkumiseen?

Miten arvioit apuvälineiden tarpeen?

Miten esittelet ja avustat apuvälineen hankkimisessa?

Miten tuet fyysistä omatoimisuutta?

Miten huomioit ikääntyneen voimavarat hoitotilanteessa?

Kuinka huomioit omaisten mielipiteen ja tuen ikääntyneen liikkumisessa?

Miten tuet omaisia kannustamaan ja auttamaan ikääntyneen liikkumisessa?

Kuinka arvioit fyysistä toimintakykyä?

Milloin arvioit fyysistä toimintakykyä?

Kuinka tuet ja huomioit ikääntyneen sosiaalista toimintakykyä?

Missä tilanteissa ohjaat?

Kuinka ohjaat?

Missä tilanteissa tuet sosiaalista omatoimisuutta?

Miten tuet sosiaalista omatoimisuutta?

Missä tilanteissa kannustat?

Kuinka kannustat?

Kuinka ylläpidät ikääntyneen tietoisuutta hänen sairauksistaan ja niiden hoidosta?

Kuinka huomioit ikääntyneen mielipidettä?

Miten huomioit omaiset hoidossa?

Miten huomioit ystävät hoidossa?

Miten ylläpidät ikääntyneen sosiaalisia suhteita?

Miten huomioit ikääntyneen muiden palvelujen tarpeen?

Kuinka arvioit sosiaalista toimintakykyä?

Milloin arvioit sosiaalista toimintakykyä?

jatkuu

LIITE 1: 2 (2)

Kuinka tuet ja huomioit psyykkistä toimintakykyä?

Kuinka huomioit ikääntyneen halun keskustella ja vaihtaa kuulumisia?

Kuinka huomioit harrastustoiminnan?

Kuinka rohkaiset ikääntynyttä harrastusten pariin?

Kuinka huomioit ikääntyneen mahdollisen yksinäisyyden tunteen?

Miten kannustat lähtemään ulos kotoa, ”ihmisten ilmoille”?

Miten huomioit muistihäiriön vaikutuksen ikääntyneen arkeen?

Kuinka huomioit ikääntyneen itsetuntoa?

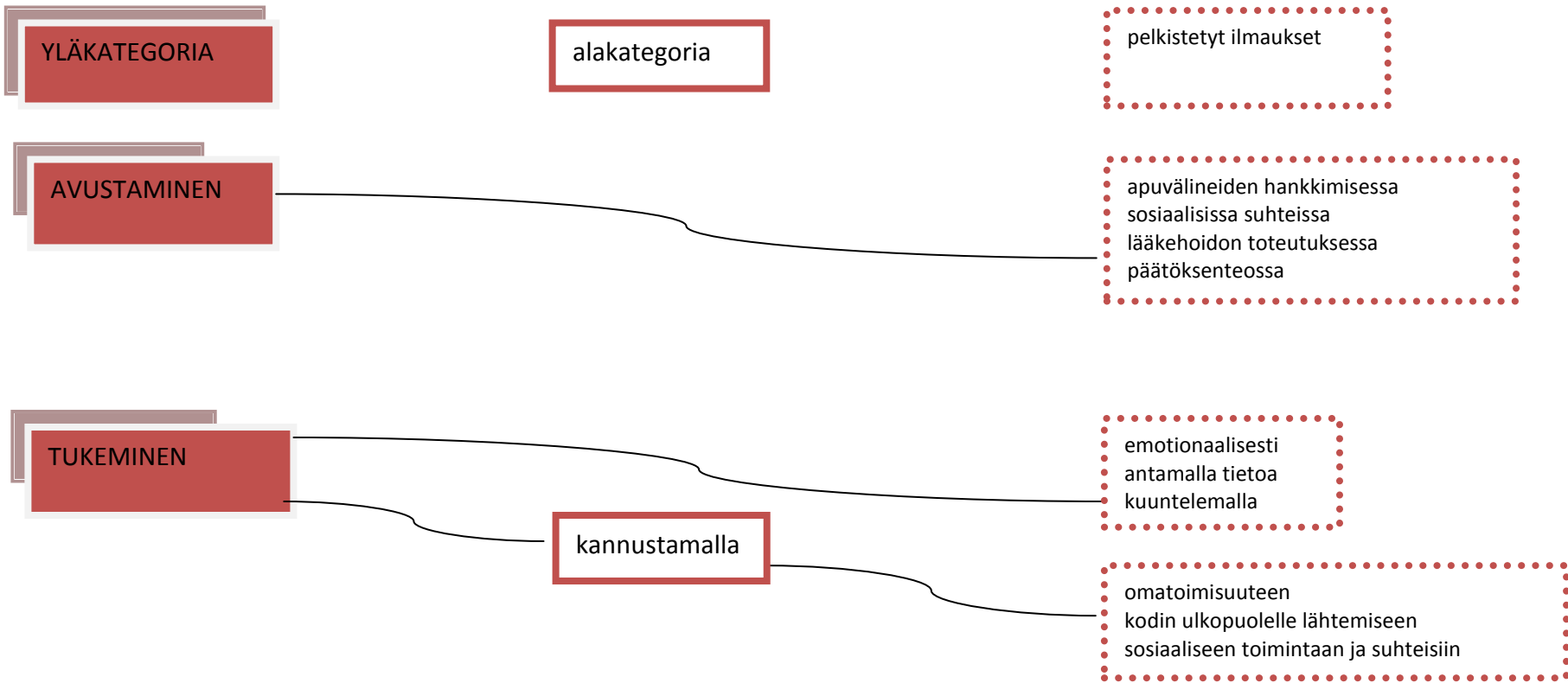
Kuinka arvioit psyykkistä toimintakykyä?

Milloin arvioit psyykkistä toimintakykyä?

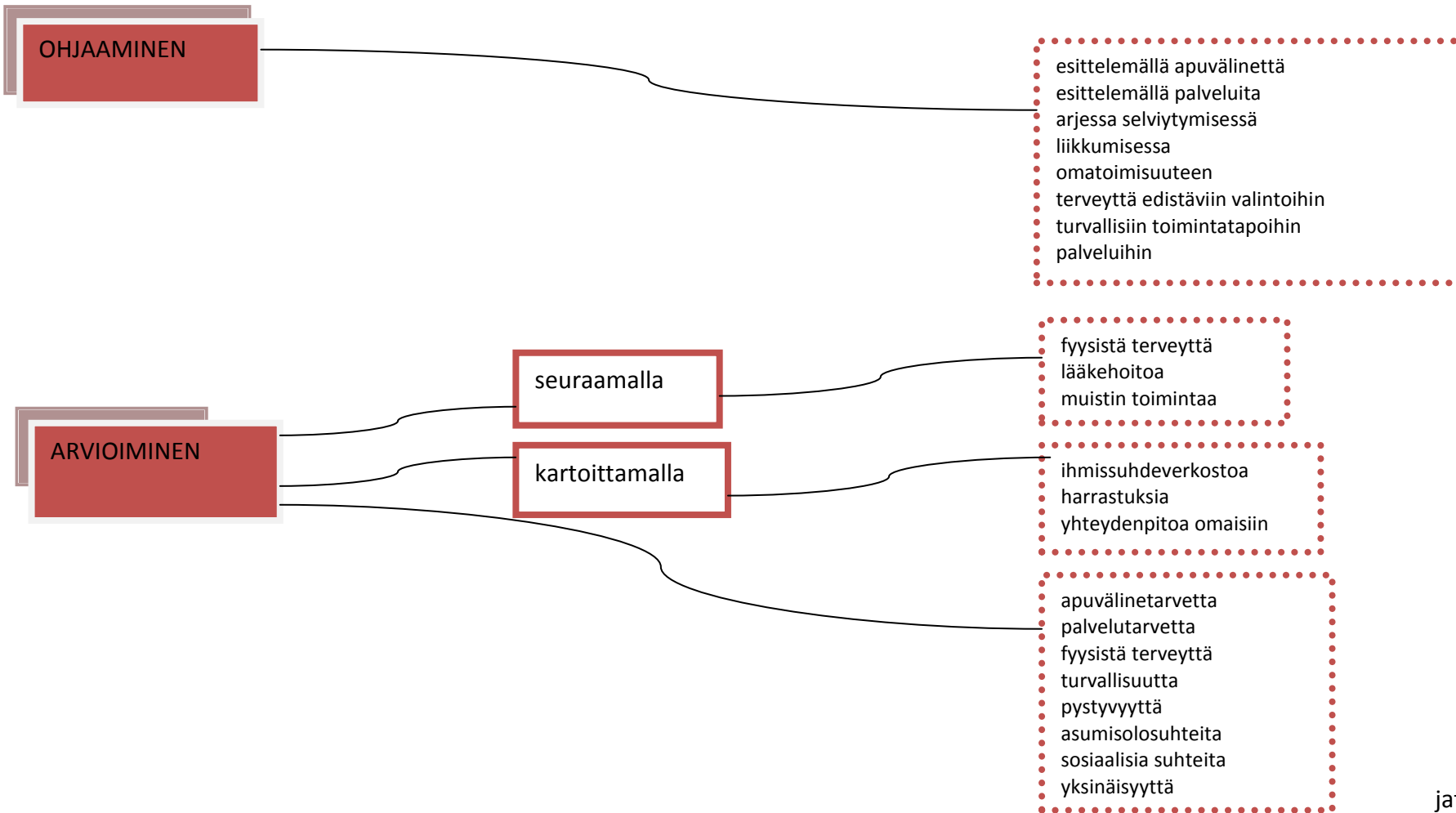
Loppukysymys: Mitä selviytymistä edistäviä toimintoja haluaisit muuttaa/kehittää, jos kaikki keinot olisivat mahdollisia?

TOIMINTA KOTISAIRAANHOIDOSSA

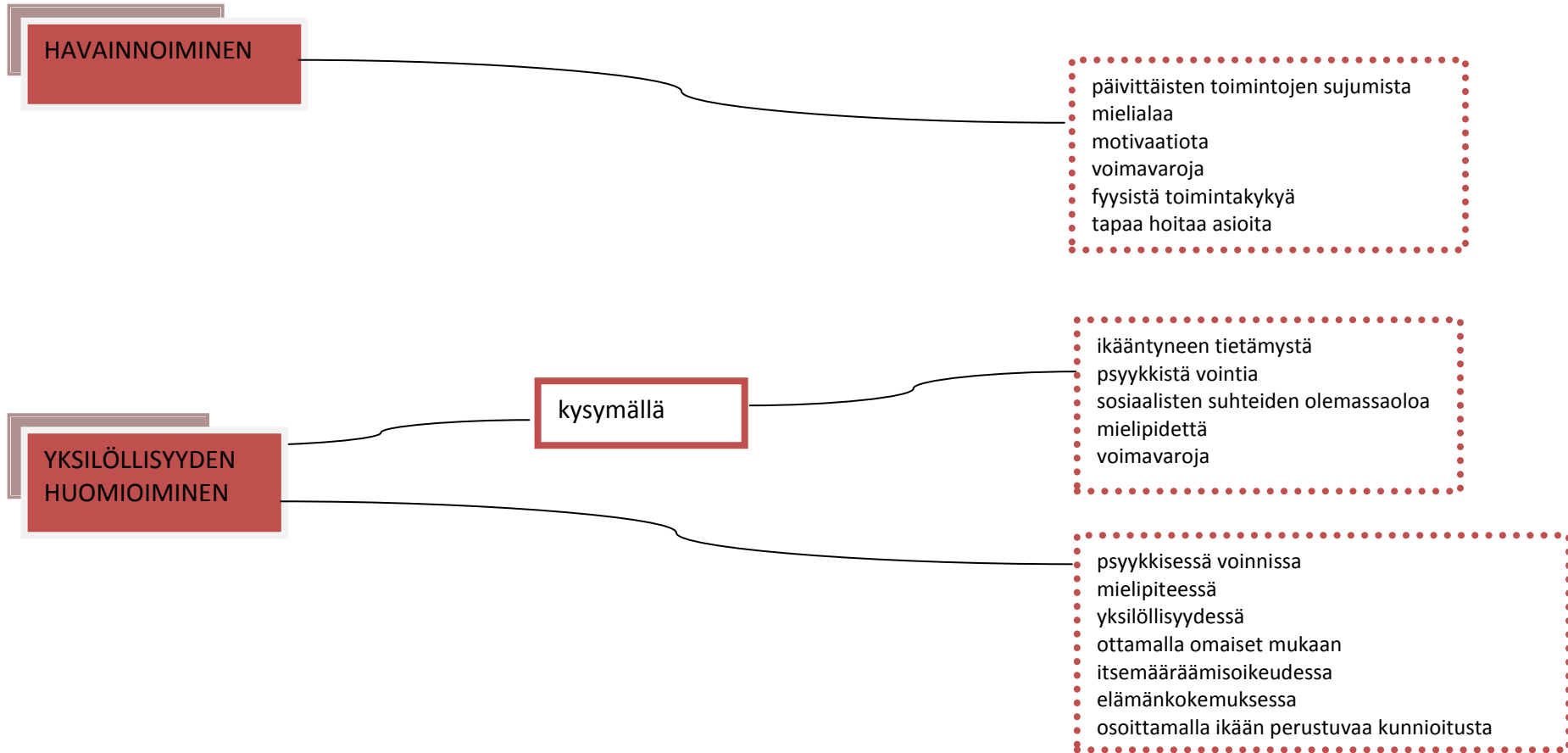
LIITE 2

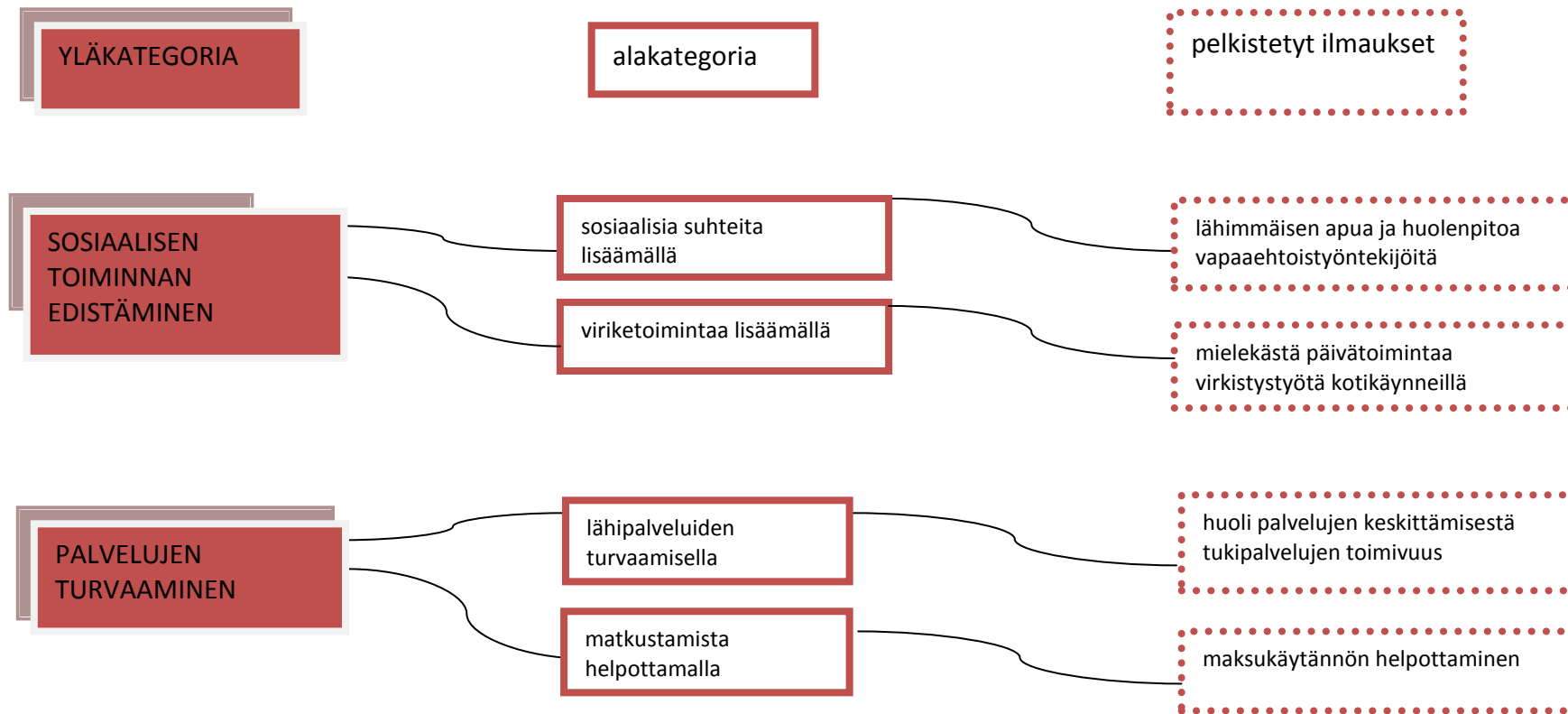


jatkuu

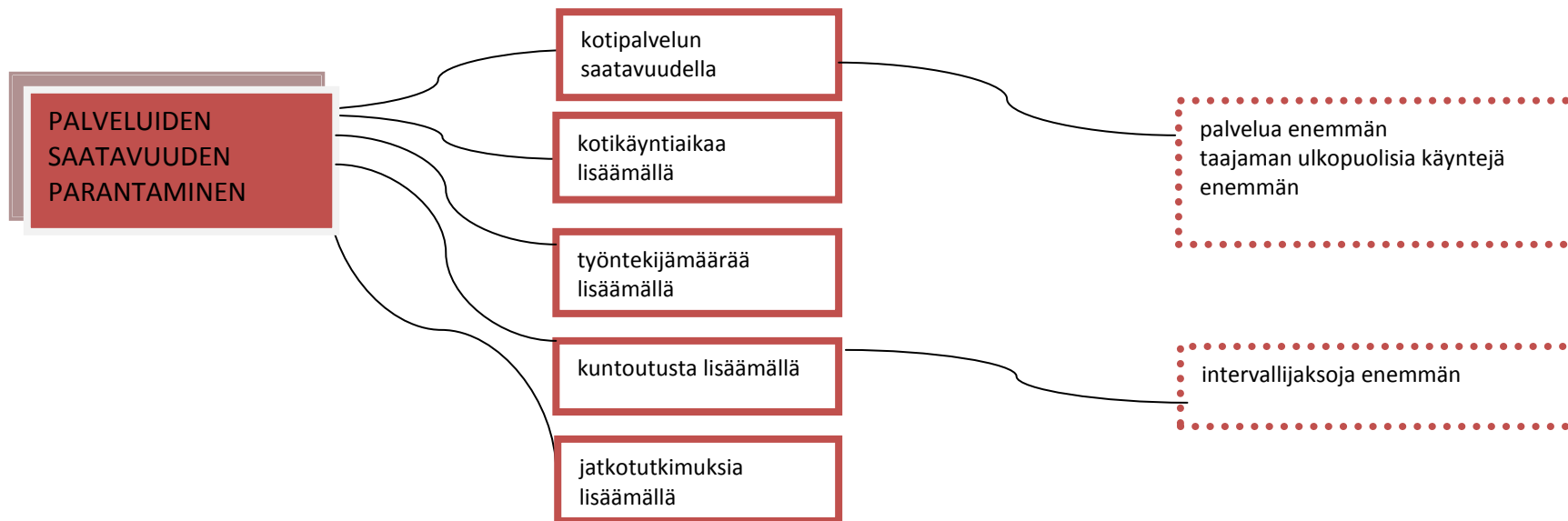


jatkuu





jatkuu



jatkuu

