

Arja Mannila

Asukkaiden osallisuus hoitotyön arjessa

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoidaja YAMK
Sosiaali- ja terveysalan
kehittäminen ja johtaminen
Opinnäytetyö
5.5.2015

Tekijä Otsikko	Arja Mannila Asukkaiden osallisuus hoitotyön arjessa
Sivumäärä Aika	34 sivua + 1 liite 5.5.2015
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Suuntautumisvaihtoehto	-
Ohjaajat	lehtori, TtT Iira Lankinen TtM Leena Pohjola
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää asukkaiden kokemuksia siitä, miten osallisuus ilmenee hoitotyön arjessa. Tavoitteena oli saada tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettävässä hoidon laadun palvelukodissa.</p> <p>Tutkimuksessa kuvataan asukkaiden kokemuksia osallisuudesta. Teemoina ovat asukas palvelun kohteena, asukas palautteen antajana ja asukas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä. Teemat perustuvat jo aikaisemmin muodostettuihin osallisuuden rooleihin ja niiden muotoihin. Tutkimus toteutettiin pääkaupunkiseudulla sijaitsevassa palvelukodissa. Tutkimuksen lähestymistapa oli laadullinen. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla, haastatteleamalla 9 asukasta. Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan asukkaiden osallisuus arjessa liittyi päivittäisiin toimintoihin liittyviin arkirutiineihin, joissa oli yhtenä osana päihteettömyys. Suurin osa koki tekevänsä itsenäisiä päätöksiä arjessa. Esiin tuli kuitenkin sosiaalista arkuutta ja omien toiveiden vähätelyä. Yhteydet omaisiin olivat vähäisiä, mistä johtuen koettiin eristäytyneisyyttä. Asukkaiden asiantuntijuus ja tiedon hallinta liittyi asukkaiden tietämykseen sairautsiensa lääkähoidosta.</p> <p>Pääasiassa asukkaat olivat tyytyväisiä palvelukodissa asumiseen. Asuminen koettiin asianmukaisena, turvallisena ja hyvänä paikkana olla ja elää. Hoitosuhteessa korostui vuorovaikutuksen tärkeys. Hyvän vastuuhoidajan ominaisuuksina korostettiin aitoa, välittävää ja keskustelevaa vuorovaikutusta, johon liittyivät hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet ja arvoperusta. Osallisuus hoitosuunnitelmien laatimisessa oli vähäistä tai sitä ei tiedostettu.</p> <p>Asukaskeskeisyydessä osallisuus oli vuorovaikutussuhteiden ylläpitämistä muiden asukkaiden kanssa. Asukaskeskeisyys vastuuhoidajuuden näkökulmasta katsottuna jäi tässä tutkimuksessa epäselväksi. Osa tiesi vastuuhoidajansa, osa ei. Asukkaiden mieltymykset ja toimenpide-ehdotukset kohdistuivat pääasiassa aktiivisen arjen tukemiseen. Esiin tuotiin myös, että mahdollisuutta osallisuuteen olisi, jos mielenkiittoa riittäisi.</p> <p>Aineiston perusteella jatkokehittämiskohteiksi muodostuivat: 1. Asukkaiden mukaan ottaminen oman hoitonsa suunnitteluun ja palveluiden kehittämistyöhön. 2. Aktiivisen arjen monipuolistaminen ja lisääminen asukkaiden toiveiden ja mieltymysten mukaisesti. 3. Hoitotyöhön liittyvien arvojen ja periaatteiden sisäistäminen vastuuhoidajuudessa.</p>	
Avainsanat	Osallisuus

Author Title	Arja Mannila Residents Involvement in daily care
Number of Pages Date	34 pages + 1 appendice 5 May 2015
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Master's Degree in Development and Leadership in Health Care and Social Services
Specialisation option	-
Instructors	Senior lecturer, PhD Iira Lankinen Principal lecturer PhM Leena Pohjola
<p>The purpose of this study was to find out information concerning the experiences of the residents involvement in daily care. The aim of this study was to get information to be used in developing the care quality in service home.</p> <p>The study depicts residents experiences of their involvement. The themes are a resident as a subject of the service, a resident as a contributor and a resident as a participant in developing his/hers service and care. The themes were based on the roles and forms of involvement made earlier. The study was carried out in a service home at metropolitan area. The approach of this study was qualitative. The data was collected with thematic interviews, a total of nine residents were interviewed. The data was analysed by using deductive analysis of the contents.</p> <p>Based on the results of the study, the involvement of the residents in everyday life was connected with routines related to everyday functions, a part of them was abstinence. Most of the residents experienced to make decisions of their own in everyday life. However, it appeared social tenderness and deprecation of their own expectations. Connections with relatives were low, causing feeling of isolation. The expertise of residents and their control of information were related to the knowledge of their diseases medication.</p> <p>Mostly the residents were satisfied in living at service home. They experienced that their residence was proper, safe and decent place to be and live in. They underlined the importance of interaction in the relation of care. They also underlined that the features of the decent responsible nurse were genuine, caring and conversational interaction, connected with personal attitude and set of values. Involvement at creation of care plan was slight or unconscious. Involvement in resident centricity was to maintain the interaction relationships between other inhabitants. In this study the resident centricity from responsible nurses perspective remained unclear. Some of the residents knew their responsible nurse, some did not. Residents preferences and suggestions of actions were mainly focused on supporting the activity in everyday life.</p> <p>On the basis of this material the developing targets were: 1. To design residents care and developing services together with residents themselves. 2. To diversify and increase the active everyday life due to residents desires and preferences. 3. To internalize the values and principles in the treatment as a part of responsible nursing.</p>	
Keywords	Involvement, participation

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Osallisuus hoitotyössä	2
2.1	Osallisuus käsitteenä	4
2.2	Osallisuus aikaisempien hoitotyön tutkimuksien mukaan	6
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	10
4	Toimintaympäristön kuvaus	11
5	Tutkimuksen toteutus	12
6	Tutkimustulokset	15
6.1	Asukas palvelun kohteena	15
6.2	Asukas palautteen antajana	17
6.3	Asukas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä	20
7	Johtopäätökset ja pohdinta	21
7.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	21
7.2	Johtopäätökset	23
7.3	Jatkokehittämiskohteet	29
	Lähteet	31
	Liitteet	

1 Johdanto

Sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä on jo melko pitkään tuotu esiin asiakkaan aktiivista roolia osallisuudessa, mutta käytännöt asiakkaan resurssien hyödyntämiseksi eivät ole kuitenkaan vakiintuneet ja levinneet palvelutuotannossa. Myöskään asiakkaat eivät ole tottuneet olemaan aktiivisia oman hyvinvointinsa ohjaajina ja kehittäjinä. Perinteisesti on luotettu siihen, että ammattilainen päättää, tietää ja tekee asiakkaan puolesta. Palveluita tulisi kuitenkin pyrkiä katsomaan asiakkaiden silmin. Heitä tulisi ottaa mukaan, kysyä ja kehittää rakenteita, jotka mahdollistavat osallisuuden. Palveluiden kehittäminen yhdessä asiakkaan kanssa tuottaa paremmin tarpeita vastaavia palveluita ja auttaa kohdistamaan niukat resurssit tehokkaammin. Avoimempi vuoropuhelu asiakkaiden kanssa vie usein ammattilaisen pois omalta mukavuusalueeltaan ja voi siksi tuntua haastavalta. Kuitenkin onnistunut ja hyvin hyödynnetty asiakkaiden osallistuminen on kaikkien elämää ja työtä rikastava tekijä. (Larjovuori – Nuutinen - Heikkilä-Tammi - Manka 2012:4-5.)

Asiakkaiden valmiudet osallisuuden suhteen voivat olla hyvin erilaisia, mutta tavoitteena tulisi kuitenkin olla asiakkaan mahdollisimman vahva osallisuus. Jotta osallisuus toteutuu, se vaatii, että asiakas saa riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa. Työntekijöiden tehtävä asiakkaiden osallisuuden edistämiseksi ja toteuttamisessa on merkittävä. Jos asiakkaita ei oteta mukaan kehittämistyöhön aktiivisina kanssatoimijoina, ei tapahdu aitoa muutosta kohti palveluiden käyttäjien osallisuutta. (Laitila - Pietilä - Nikkonen 2011: 20-23.)

Osallisuus nähdään monitasoisena, tarkoituksenmukaisena tai tärkeänä toimintatapana. Siihen liittyy myös asiakkaan sitoutuminen ja vastuu omasta hoidostaan. Hoitoyhteisöissä työntekijät toimivat osallisuuden mahdollistajina ja osallistumisen kannustajina. (Laitila - Pietilä 2012: 40-42.)

Tämän laadullisena tutkimuksena toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää palvelukodin asukkaiden kokemuksia siitä, miten osallisuus ilmenee hoitotyön arjessa. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää kehitettäessä hoidon laatua palvelukodissa.

2 Osallisuus hoitotyössä

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (28.12.2012/980) tuli voimaan 1.7.2013. Niin sanotun vanhuspalvelulain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä edistää ikäihmisen mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja palvelujen kehittämiseen kunnassa. (Exell - Junttila - Ranta - Tyyskä 2013:3.) Vanhuspalvelulain tavoitteena on parantaa iäkkäiden ihmisten asemaa sekä vaikutusmahdollisuuksia. Palveluita velvoitetaan suunnittelemaan niin, että ne tukevat iäkkäiden ihmisten toimintakykyä ja palvelujen laatua. Palveluja tulee kohdentaa normaalia elämää tukeviksi yhä yksilöllisemmin, yhteisöllisyyttä ja ennakoivaa toimintaa korostaen. (Helsingin sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelma vuosille 2014-2016:10.)

Myös terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) edellyttää, että potilailla ja heidän läheisillään on mahdollisuus osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja palvelujen kehittämiseen kunnassa. Valmisteilla olevan sosiaalilainsäädännön uudistamisella pyritään edistämään ihmisten osallisuutta, omatoimisuutta ja mahdollisuuksia vaikuttaa yhteiskunnassa ja omassa palveluprosessissa. (Excell ym. 2013: 3.)

Potilaan asemaa ja oikeuksia koskevan lain 1 §:n (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785) mukaan asiakkaalla on oikeus saada selvitys toimenpidevaihtoehdoista, ja sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toiveet ja mielipide sekä muutenkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Lisäksi tuodaan esiin, että asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palveluidensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. (Kaseva 2011: 2.)

Mielen-avain on Kaste-ohjelmaan kuuluva Etelä-Suomen alueella toteutettava mielen-terveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke. Sen tavoitteena on edistää mielenterveyttä ja päihteettömyyttä ja parantaa mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien avunsaantia. Yhtenä hankkeen keskeisistä teemoista on osallisuuden vahvistaminen. Hankkeessa korostetaan mielenterveys- ja päihdepalveluja käyttävien eteläsuomalaisien mahdollistamista osallistua palveluiden suunnitteluun, arviointiin, toteuttamiseen sekä niitä koskevaan päätöksentekoon. Tavoitteena on palvelujärjestelmän muuttaminen sellaiseksi, että se vastaa paremmin asiakkaan tarpeisiin, tukee asiakkaan oikeuk-

sien toteutumista ja lisää hallinnan tunnetta suhteessa omaan terveyteen. (Kuosmanen - Kurki - Lepistö 2011: 51-53.)

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden johtoryhmä tuo esiin, että asiakaspalaute otetaan toiminnan ja palvelujen jatkuvan kehittämisen pohjaksi ja vuorovaikutteisia osallistumiskanavia pyritään kehittämään suunnitelmallisesti. (Excell ym. 2013: 3.) Osallistaviksi menetelmiksi mainitaan muun muassa asiakasraadit. Asiakasraati on koottu noin 8-10 hengen ryhmästä palvelujen käyttäjiä, jotka keskustelevat säännöllisesti palvelun järjestämisestä vastaavien henkilöiden kanssa. Raati voi arvioida palveluja, osallistua suunnitteluun ja kehittämiseen neuvoo-antavana keskustelijana, mutta ei päättävänä tahona. Asiakkaiden osallisuutta ja sen vaikuttavuutta voidaan selvittää myös erilaisilla asiakkaille tai omaisille suunnatuilla kyselyillä ja haastatteluilla tai tietoa voidaan koota esimerkiksi asiakirjoista, rekistereistä tai tilastoista. (Excell ym. 2013: 2, 6.)

Vantaan ikääntymispoliittinen ohjelma vuosille 2010-2015 muodostuu kahdesta kokonaisuudesta: kaikkia toimijoita koskevasta kokonaisuudesta (Viksu-ohjelma) ja sosiaali- ja terveystoimen palveluja koskevasta kokonaisuudesta (Palvelurakenteen kehittämisohjelma), jossa käsitellään vanhuksille suunnattujen sosiaali- ja terveystieteiden palvelurakennetta. Yhtenä teemana on osallisuus. Tärkeänä nähdään ikäihmisten karttunut osaaminen eri työaloilla ja elämäkokemuksen kautta, jota tulisi hyödyntää myös palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa. Osallisuus ja vaikuttaminen nähdään elämän mielekkyytenä ja mahdollisuutena yhteisöllisyyteen. (Vantaan kaupunki 2014.)

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden strategiasuunnitelma vuosille 2014 -2016 linjaa uuden viraston perustehtävän, tavoitetilan, arvot ja eettiset ohjeet toimintaa ohjaaviksi periaatteiksi. Sosiaali- ja terveystieteiden arvot ovat asukaslähtöisyys, ekologisuus, oikeudenmukaisuus ja yhdenvertaisuus, taloudellisuus, turvallisuus, osallisuus ja osallistuminen sekä yrittelijämielisyys. Perustehtävänä on tuottaa helsinkiläisille hyvinvointia, terveyttä ja sosiaalista turvallisuutta. Strategiasuunnitelman mukaan asukaslähtöisyys ilmenee osallisuudella. Osallisuudella tarkoitetaan muun muassa sitä, että kehittämisessä kuullaan erityisesti palveluja tarvitsevia kaupunkilaisia. Toimintaa ohjaava periaate on ”Osallisuus ja osallistuminen ovat terveyttä ja hyvinvointia”. Yrittelijämielisyys tukee myös hyvää, yhteistyössä ja yhteistyötahojen kanssa tapahtuvaa kehittämistä. Kaiken pohjalla on asukaslähtöisyys, asukkaiden tarpeista lähtevä ja tutkittuun tietoon ja osaamiseen perustuva kehittämis-työ. Jokaisella asukkaalla on oikeus kunnioitettavaan

kohtaamiseen ja oikeus tulla kuulluksi omassa asiassaan. (Helsingin sosiaali- ja terveysviraston strategiasuunnitelma vuosille 2014-2016: 3-6.)

Käytännössä asiakkaan mahdollisuudet osallisuuteen ja vaikuttaa ovat edelleen puutteellisia (Laitila ym. 2011). Nykyiset sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvät lainsäädännölliset uudistukset sekä alueelliset ja paikalliset strategiset linjaukset tuovat yhä enemmän vaateita osallisuuden huomioimiseen hoitotyössä. Osallisuuden ilmeneminen vaatii yhä selvittämistä erilaisissa hoitoympäristöissä erityisesti tässä opinnäytetyössä kuvatussa toimintaympäristössä.

2.1 Osallisuus käsitteenä

Osallisuus on moniulotteinen käsite. Keskeistä osallisuudessa on luottamus, sitoutuminen ja kuulluksi tuleminen. Se on yksilöllinen tunne tai kokemus kuulumisesta yhteisöön tai yhteiskuntaan. Osallisuus omassa elämässä koostuu voimaantumisen, identiteetistä ja elämänhallintavalmiuksista. Olennaista osallisuudessa on omakohtainen sitoutuminen, omaehtoinen toiminta ja vaikuttaminen omaa elämää koskevien asioiden kulkuun sekä vastuun ottaminen seurauksista. Osallisuus ja sen kokemukset ovat aina kytköksissä osallistujan ihmiskäsitykseen ja henkilökohtaiseen elämismaailmaan. Osallisuuden muotoja ovat tieto-osallisuus, toimintaosallisuus, suunnitteluosallisuus ja päätöksenteko-osallisuus. (Jämsen - Pyykkönen 2014: 9-10.)

Hoitotyössä osallisuus nähdään potilaskeskeisyyteen, asiakaslähtöisyyteen, voimaantumiseen ja eettisiin periaatteisiin liittyvänä arvona. Terveiden edistämisen näkökulmasta katsottuna osallisuus on pääperiaate: tehdään yhdessä, ei toisten puolesta. Osallisuuden myötä voidaan tukea yksilön ja yhteisöjen vastuullisuutta ja samalla vaikuttaa siihen, miten esimerkiksi lainsäädäntö toimii (Pietilä - Halkoaho – Matveinen - Länsimies-Antikainen - Häggman-Laitila - Kangasniemi 2013: 13, 38-39).

Osallisuus-käsitettä voidaan tarkastella yksilötason, yhteisötason ja yhteiskuntatason näkökulmista. Osallisuus yksilötasolla liittyy voimaantumisen kokemukseen omista voimavaroista ja elämänhallintavalmiuksista (Rotko 2013). Yksilötasolla tarkoitetaan osallisuuden periaatteen tekemistä näkyväksi palveluissa, sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisessä ja vahvistamisessa sekä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden turvaamisessa niin, että ihminen on iäkkäänäkin yhteisönsä täysivaltainen jäsen. (Ikäihmisten pal-

velujen laatusuosituksset 2008:13.) Osallisuuteen yksilötasolla kuuluu myös se, että potilas saa tukea ja apua itsensä ilmaisemiseen ja itsenäiseen päätöksentekoon (Kettunen - Kivinen 2012:41). Yhteisötasolla osallisuuteen liitetään yhteisöllisyyden kokemus kuulumisesta ryhmään sekä vertaistuki. Yhteiskuntatasolla osallisuudelle luodaan mahdollisuudet, puitteet ja edellytykset muun muassa lainsäädännön ja palveluiden kautta. Osallisuuden kokemus syntyy vaikuttamismahdollisuuksista, kuulluksi tulemisesta ja vaikuttamisesta. (Rotko 2013.) Keskeistä osallisuuden yhteiskuntatasolla on se, miten ihmisellä on mahdollisuus osallistua päätöksentekoprosessiin (Jämsen - Pyykkönen 2014: 9).

Osallistuminen ja osallisuus sekoittuvat usein samaa tarkoittaviksi käsitteiksi. Osallistumisella tarkoitetaan kuitenkin mukanaoloa muiden määrittelemässä tilanteessa: potilas voi osallistua ohjaukseen, terveystarkastukseen, hoitotoimenpiteeseen, perhevalmennukseen tai yleisöluentoon, jonka sisällön, aikataulun, paikan ja toteutustavan terveydenhuollon ammattilainen on suunnitellut. Osallisuus on tätä määritelmää laajempi. Se syntyy osallistumisen, toiminnan ja vaikuttamisen kautta. Osallisuus on ennakoivaa, tulevaisuuteen katsovaa ja kokonaisvaltaista. Osallisuuden toimintakulttuurissa potilas on ammattilaisen rinnalla jo palvelumuotojen, sisältöjen ja toteutustapojen suunnittelu- vaiheessa. Osallisuus muodostuu tunneperäisesti, tuen ja arvostuksen kokemuksista, pohjautuen tunteeseen yhteenkuuluvuudesta sekä jäsenyydestä yhteisöön ja yhteiskuntaan. Osallisuus voidaan jaotella neljään ulottuvuuteen tieto-osallisuuteen, suunnitteluosallisuuteen, päätösosallisuuteen ja toimintaosallisuuteen. Tällöin osallisuus jaotellaan tiedon saamisen oikeuteen, suunnitteluun osallistumiseen, päätöksentekovaltaan ja omaan toimintaan. (Kettunen - Kivinen 2012:40.)

Osallisuutta ja osallistumista voidaan tarkastella myös jatkumona, jossa osallisuudesta voidaan liikkua kohti osallistumista niin, että henkilön rooli muuttuu vähitellen passiivisesta palveluiden vastaanottajuudesta kohti kontrollointia ja toimijuutta (Kaseva ym. 2011.) Koikkalaisen ja Rauhalan (2013) mukaan asiakas- ja potilaslähtöisyyden näkökulmasta katsottuna palvelun käyttäjien luokittelua tärkeämpää on ihmislähtöisyys – asiakkaiden ja potilaiden oman näkemyksen, kokemuksen, toimintakyvyn ja voimavarojen arvostaminen toiminnan perustana.

Osallisuus nähdään syrjäytymisen vastakohtana. Siihen liittyy osattomuus, terveydellinen huono-osaisuus ja turvattomuus. Osallisuus voidaan hahmottaa prosessina, minkä aste vaihtelee elämäntilanteen ja elämän vaiheen mukaan. (Raivio 2013.) Osallisuus

sosiaali- ja terveydenhuollossa on arvo ja tavoite. Se liittyy ammatilliseen kohtaamiseen ja kunnioittavaan vuorovaikutukseen. (Närhi - Kokkonen 2013.)

Kasevan (2011) mukaan osallisuutta voidaan tarkastella seuraavien roolien mukaan: Asiakas palvelujen kohteena, asiakas palautteen antajana, asiakas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä ja asiakas aktiivisena sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittäjänä. Edellä mainitut, osallisuutta kuvaavat roolit sisältävät erilaisia muotoja. Ensimmäinen rooli, asukas palvelun kohteena, sisältää seuraavat muodot: Asukkaiden osallisuus arjessa ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutus osallisuuteen. Toinen rooli, asukas palautteen antajana, sisältää seuraavat muodot: Asiantuntijuus ja tiedonhallinta, sosiaalinen tuki, itsemäärääminen ja käsitykset asukaskeskeisyydestä. Kolmas rooli, asukas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä, sisältää muodot: Asukkaiden mieltymykset ja toimenpide-ehdotukset (ks. analyysirunko s. 15). Osallisuutta heikentäviä tekijöitä ovat alaikäisten mielenterveydelliset ja elämänhallinnalliset ongelmat sekä sosioekonominen asema, joilla tarkoitetaan varallisuuteen tai asuinalueeseen sekä kieli- tai muuhun vähemmistöryhmään kuuluminen. Lisäksi asiakkaan ja potilaan suhde asiantuntijavaltaan, tiedon prosessoinnin kyky, omien asenteiden ja ajattelumallien hallinta sekä sosiaalinen tuki määrittävät lähtökohdat yksilön osallisuudelle. Tutkimuksen keinoin asiakkaiden ja potilaiden osallisuutta voidaan vahvistaa sekä saada palautetta siitä, millaisia toimintamalleja he suosivat. Asiakkailta on myös mahdollisuus kehittää palveluita useilla eri tavoilla, mm. kokemusasiantuntijan roolissa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja asiakkaiden ja potilaiden keskeisinä käyttäjätiimeinä, joiden tarkoituksena on edistää esimerkiksi päihteidenkäyttäjien kuntoutumista.

2.2 Osallisuus aikaisempien hoitotyön tutkimuksien mukaan

Laitilan ym. (2011) mukaan asiakkaiden osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä määritellään palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymisenä, huomioimisena ja hyödyntämisenä. Asiakkaiden osallisuus toteutuu henkilön omassa hoidossa ja kuntoutuksessa, palveluiden kehittämisessä ja niiden järjestämisessä. Asiakkaiden mielestä osallisuus omaan hoitoon on ensisijaista, vasta sen toteutuessa ja voimavarojen sallissa on mahdollista osallistua myös palveluiden kehittämiseen ja järjestämiseen. Osallisuus asiakaslähtöisenä toimintana toteutuu organisaatioiden toiminnan tasolla, työntekijän ja asiakkaan välisessä yhteistyösuhteessa sekä yksittäisen työntekijän toiminnassa. Joidenkin asiakkaiden mielestä mielenterveys- ja päihdetyö ei voi olla asiakaslähtöistä tai että se on vain retoriikkaa. Organisaatioiden tasolla osallisuudessa ko-

rostuvat sekä rakenteiden että toiminnan sisältöjen merkitys. Asiakslähtöisenä toimintana tuotiin esiin tarkoituksenmukaiset ja joustavat toimintakäytännöt, riittävät resurssit sekä esimiesten ja työyhteisön tuki. Toiminnan sisällössä ovat merkityksellisiä mielekäs tekeminen, hoidon suunnitelmallisuus, riittävä ja ymmärrettävä tiedonsaanti sekä mahdollisuus saada vertaistukea. Tutkimustulosten mukaan asiakkaan mahdollisuudet osallistua ja vaikuttaa ovat kuitenkin edelleen puutteellisia. Asiakkaan ja työntekijän yhteistyösuhteessa asiakslähtöisyyttä luonnehditaan aitona vuorovaikutuksena, yksilöllisyytensä ja kokonaisvaltaisuutena ja mahdollisuuksien luomisena. Työntekijöiden tärkeänä tehtävänä on motivoida, tukea ja luoda mahdollisuuksia, mutta asiakkaan omat voimavarat, vastuu ja motivaatio ovat kuitenkin ratkaisevassa asemassa. Asiakkaat arvostavat työntekijöiden sitoutumista, osaamista ja inhimillistä toimintaa. (Laitila ym. 2011:20-23.)

Osallisuutta potilaslähtöisenä arvona tuodaan esiin Gustafssonin, Leino-Kilven ja Suhosen (2008) tuloksissa. Yksilöllistä hoitoa potilaslähtöisesti edistävät potilaan ominaisuudet, suhtautuminen omaan terveyteensä ja sen hoitoon, toiminta, tiedot ja taidot, omaiset sekä sairaus ja sen vaihe. Hoitajalähtöisinä tekijöinä tulee esiin hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, toiminta, arvoperusta, osaaminen, suhtautuminen työhön ja työtovereihin sekä oman työn organisointi.

Haaken ja Nikulan (2011) kansalaiskyselyn mukaan osallisuuden ja luottamuksen yhteys kokemukseen terveydestä todentuu tutkimuksessa. Päätäntävaltaan osallistumisella ja osallisuuden kokemuksella on yhteyttä yksilön hyvinvoinnin aineellisiin tekijöihin, jotka ovat myös yhteydessä koettuun terveyteen. Vaikuttamismahdollisuuksien osalta osa kokee voivansa vaikuttaa ja osan mielestä eivät vaikutusmahdollisuudet ole kovin suuret. Osallisuudella on myös yhteyttä turvallisuuden tunteeseen, mikä tutkimuksen mukaan kasvattaa tyytyväisyyttä elinympäristöön.

Hoitotyössä osallisuutta on tutkittu myös asiakkaan tai potilaan toimijuuden tilana, jossa asiakas voi vaikuttaa palvelujärjestelmän kehittämiseen (esim. Harding – Brown – Hayward - Pettinari 2010, Fudge – Wolfe - McKevitt 2008, Laitila ym. 2011). Harding, Brown, Hayward ja Pettinari (2010) tutkivat mielenterveyspalvelujen käyttäjien kokemuksia heidän osallisuudestaan hoitosuosituksen kehittämiseen. Tutkimustuloksista nousee esiin neljä pääkategoriaa. 1. Kokemusasiantuntijuus: Palvelun käyttäjien mielestä heidän kokemuksellinen tietonsa on yhtä tärkeää kuin tieteellinen tieto. He kokevat voivansa käyttää kokemukseen perustuvaa tietoa toimiessaan asiantuntijoina. 2.

Stereotyyppiset arvot: palvelun käyttäjien mielestä olisi mielenkiintoista haastaa tieteellinen tieto ja heidän tieteellinen tietämättömyytensä. Palvelun käyttäjät voisivat tunnistaa merkittäviä hoidon tavoitteita, jotka hyödyttäisivät sekä potilaiden että ammattilaisten yhdenmukaisiin tavoitteisiin pääsemistä. Ammattikielen käyttö tuntuu palvelunkäyttäjistä turhauttavalta ja vallan käytön osoitukselta. 3. Kirjoittamattomat säännöt: Hoitosuositusten kehittämisessä viranomaiset koetaan vaikutusvaltaisimmiksi. Palvelun käyttäjät eivät pysty vaikuttamaan asioihin. 4. Sosiaalinen asema: Palvelun käyttäjät kokevat itsensä alempiarvoisiksi hoitotyön ammattilaisten seurassa.

Fudgen ym. (2008) tutkimuksen mukaan aivohalvauspotilaiden osallisuus hoitotyön kehittämiseen lisää potilaiden tunnetta tulla kuulluksi sekä sosiaalista yhteenkuuluvuuden tunnetta muiden potilaiden kanssa. Myös tiedon saanti itse sairaudesta ja siihen liittyvistä palveluista lisääntyy. Hitchenin, Watkinsin, Williamsonin, Amburnin, Bemrosen, Cookin ja Taylorin (2011) mukaan palvelun käyttäjien ja asiantuntijoiden osallisuuteen liittyviä haasteita on ammattilaiskielen asettamien esteiden ylittämässä, emootioiden tulkinnessa ja vallan epätasapainoisessa jakautumisessa palveluiden käyttäjien ja asiantuntijoiden välillä. Myös Armstongin, Herbertin, Avelingin, Dixon-Woodsin ja Martinin (2013) mukaan potilaiden osallisuutta erilaisissa kehittämistyöryhmissä edesauttaa potilaiden vastuullisen roolin korostaminen sekä mielekäs osallisuuden kokemus ilman hierarkiaa.

Glasdamin, Henriksenin, Kjaerin ja Praestegaardin (2013) mukaan kotihoidon asiakkaan osallisuus muodostaa neljä pääkategoriaa: Rakenteelliset edellytykset tarjota ja saada kotihoitoa, asiakkaan osallisuus kodissa, asiakkaan osallisuus kodin ulkopuolisiin palveluihin ja kodin muuttaminen työskentelypaikaksi, jotta työntekijöillä olisi helppo työskenellä. Tulosten mukaan on tärkeää huomioida terveyteen ja turvallisuuteen liittyvät lait, niin asiakkaan kuin työntekijän näkökulmasta katsottuna. Kotihoidon asiakkaiden osallisuus merkitsee kolmea asiaa: Julkisen kotihoidon ammattilaisten näkökulmasta katsottuna; Miten sisällyttää asiakkaiden toiveet päivittäiseen toimintaan. Yksityisen kotihoidon ammattilaisen näkökulmasta katsottuna; Asiakaslähtöinen toiminta on tärkeää, jotta varmistetaan liiketoiminnan jatkuminen. Asiakkaan näkökulmasta katsottuna; Kuinka saada elää mahdollisimman omanlaista elämää.

Cookin ja Kleinin (2005) mukaan vanhuksien osallisuuteen liittyy vaihtelevasti erilaisia tapoja osallistua. Osallisuus merkitsee yksilöiden mukana oloa hoidon ja huolenpidon päätöksissä sekä mukana oloa hoito- ja palvelusuunnitelman muokkaamisessa.

By Risenin, Solbjorin, Laran, Westerlundin, Grimstadin ja Steinsbekin (2011) mukaan yhteinen tekijä potilaille ja julkiselle terveydenhuollolle osallisuuteen liittyen on keskinäinen kunnioitus toista kohtaan päätöksenteossa tavoitteiden saavuttamiseksi. Tuloksien mukaan potilaiden ja hoitajien välillä arvot ovat erilaisia, vaikka heillä on yhteinen päämäärä. Tarvitaan keskinäistä, kunnioittavaa vuoropuhelua, jotta saavutetaan hyviä tuloksia. Yhteisenä tekijänä on, että kumpikin osapuoli on huolissaan siitä, että toinen osapuoli haluaisi tehdä yksin päätöksiä.

Thomas, O'Connell ja Gaskin (2013) tuovat esiin asukkaiden käsityksiä ja kokemuksia sosiaalisesta vuorovaikutuksesta ja osallisuudesta vapaa-ajan toimintaan yksityisessä vanhusten hoitolaitoksessa. Tulosten mukaan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa korostuivat omaiset, ystävyys-suhteiden ylläpitäminen muiden asukkaiden kanssa, istumapaikan sijainti ruokasalissa, monipuoliset viestintämahdollisuudet ja sosiaalinen eristäytyminen ja ikävystyminen. Retket vanhainkodin ulkopuolelle ovat mieluisinta aktiviteetteja. Asukkaat haluavat aktiivisesti pitää yllä sosiaalisia suhteita. Huono terveys, asuminen laitoksessa, henkilöstö, erilaiset apuvälineet ja maantieteellinen sijainti vaikuttaa sosiaaliseen osallisuuteen ja osallistumiseen vapaa-ajan toimintaan. Uuden teknologian käyttö ja luovat ongelmien ratkaisukeinot yhdessä hoitohenkilöstön kanssa ovat keinoja, joilla asukkaat kokivat voivansa parantaa heidän sosiaalista elämäänsä ja olla edelleen osallisina vapaa-ajan aktiviteeteissa.

Norheim ja Guttormsen Vinsnes (2012) kuvaavat hoitajien käsityksiä potilaiden osallisuudesta hoitokodissa. Osallisuutta edistävinä tekijöinä ovat arvot, jotka liittyivät yksilölliseen hyvinvoinnin kokemukseen, henkilökunnan arviointikyky potilaan osallisuudesta, tietoisuuden lisääminen, roolimallit ja vastuuasioden selventäminen kaikkien hoitoon osallistuvien kanssa. Potilaiden tietoisuutta lisätään informoimalla heitä tarjolla olevista sosiaalisista aktiviteeteista ja vastuuasioista. Tietoisuutta lisätään myös antamalla uutta tietoa hoitajien käymistä koulutuksista sekä muille hoitajille että potilaille. Osallisuutta rajoittavat potilaiden sairaus tai heikko kunto. Ympäristöön liittyvinä olosuhteina potilaiden osallisuuteen vaikuttavat tiimityö kaikkien hoitoon osallistuvien ammattiryhmien kanssa, hoidon jatkuvuus, rakenteelliset edellytykset, yhteistyö omaisten kanssa ja kiire. Ympäristöön liittyvissä olosuhteissa nähdään potilaiden hoitosuunnitelmien toteuttaminen tärkeänä ja suunnitelmallisuutta vaativana tekijänä päivittäin. Osallisuuden esteeksi nousee esiin se, että jotkut potilaiden omaiset tekivät päätöksiä potilaiden puolesta eikä se aina vastaa sitä, mitä potilas olisi halunnut.

Piper (2014) tuo esiin keinoja, joilla potilaiden osallisuutta voi tukea. Potilaiden edustajien tulee olla mukana vaikuttamassa palvelujen tarjontaan, organisointiin ja arviointiin. Potilaiden osallisuutta tulisi lisätä myös palvelujen tarpeiden arvioinnissa ja käyttöön-otossa. Potilasedustajia tulisi olla mukana päätöksenteoissa kehitettäessä ja priorisoi- taessa strategisia linjauksia. Lisäksi hoitajien ja muiden hoitotyöhön osallistuvien pitäisi olla myötämielisempiä potilasryhmien tarpeisiin. Potilaiden voimaantumisella on merki- tystä osallisuuteen. Yhteistyön sujuminen potilaan ja hoitajan välillä on tärkeä tekijä. Hoitajat voivat tukea potilaiden voimaantumista antamalla tietoa yksilöllisistä vaihtoeh- doista ja auttamalla potilasta tekemään yksilöllisiä päätöksiä.

Tyrrelin, Geninin, Myslinskin (2006) mukaan dementiaa sairastavien osallisuuteen vai- kuttavat saatu informaatio, kuulluksi tuleminen, mielipiteen ilmaukset, mahdollisuus vaikuttaa päätöksentekoon ja mahdollisuus muuttaa mieltään. Monet potilaat kokevat, etteivät tulleet kuulluksi tarpeeksi ja että heillä on rajoitettu oikeus päätöksien tekoon. Fisherin ja Nealen (2008) mukaan lääkeneiden väärinkäyttäjien osallisuutta päätök- senteossa voivat vaikeuttaa potilaiden ominaisuudet, tarpeet ja odotukset sekä asian- tuntijoiden asenteet. Vaikeuttavia tekijöitä voi olla myös hoitosuunnitelmien tekemisessä sekä rakenteellisissa tekijöissä. Nummelan (2011) mukaan aikuissosiaalityön asiak- kaat eivät ole tietoisia omista oikeuksistaan, eikä palvelujärjestelmäkään tuo niitä aktii- visesti esille. Asiakkaat odottavat työntekijältä tasavertaisuutta, tietoa oikeuksista sekä kokonaistilanteen ymmärtämistä. Tutkimuksen mukaan kohtaavan ja osallistavan asi- akkuuden keskiössä ovat asiakkaan kohtaaminen ja palvelutapahtuma. Kehittämis- työssä tulee huomioida asiakkaan osallisuutta tukevien työmuotojen kehittäminen ja juurruttaminen.

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoite

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää asukkaiden kokemuksia siitä, miten osallisuus ilmenee hoitotyön arjessa. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyö- dyntää kehitettäessä hoidon laatua palvelukodissa.

Tutkimustehtävät ovat seuraavat:

- 1 Asukas palvelun kohteena
- 2 Asukas palautteen antajana
- 3 Asukas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä

4 Toimintaympäristön kuvaus

Opinnäytetyö toteutettiin pääkaupunkiseudulla sijaitsevassa palvelukodissa, jossa hoidetaan toimintarajoitteisia eläkeläisiä ympärivuorokautisesti. Asukaspaikkoja on 43. Keski-ikänsä asukkaat ovat 65-vuotiaita ja pääasiassa miehiä. Asumisajat ovat pitkiä, vuosista jopa vuosikymmeniin kestäviä. Lähes kaikilla asukkailla on taustalla vaikea päihdeongelma sekä muita toimintakykyä rajoittavia sairauksia. Asukkailla on vähän omaisia tai ystäviä, jotka olisivat heihin yhteydessä, tai osallistuisivat asukkaan hoitoon. Näin ollen on hoitajilla laaja toimenkuva asukkaiden hoidossa ja huolenpidossa kokonaisvaltaisesti.

Osa asukkaista on melko omatoimisia, mutta heidän terveydestään ja turvallisuudestaan huolehtimista hankaloittavat monet sairaudet ja ongelmat, joita ovat muun muassa skitsofrenia, muistisairaudet, masennus ja ahdistuneisuus, sosiaalisten tilanteiden pelko ja muut pelkotilat, eristäytyminen, pään alueen vammat (aivovammat) sekä hallitsematon keräily. Lisäksi päihderiippuvuudet, pääasiassa alkoholi, aiheuttavat ajoittain ongelmia. Asukkaat sijoitetaan palvelukotiin silloin, kun avohoidon tukitoimet on katsottu riittämättömiksi.

Palvelukodin toimintafilosofian (2014) mukaan alkoholin käyttö palvelukodissa on kielletty. Asukkaan kohtaamisessa on tärkeää hänen kunnioittamisensa ihmisenä, kiinnostuksen osoittaminen ja arvostuksen anto. Päihdehoitoa toteutetaan yksilöllisesti huomioiden asukkaan kyky vastaanottaa tukea ja apua. Yksittäisiin sortumisiin, lähinnä alkoholin käyttöön puututaan heti ja mietitään menetelmiä ja hoitomuotoja raittiuteen yhdessä, hyödyntäen myös ulkopuolisia asiantuntijoita. Päihdehoitotyössä joudutaan käymään paljon eettistä keskustelua, niin asukkaan kuin hoitotyöntekijöidenkin kanssa siitä, mikä kussakin tilanteessa nähdään hyvänä ratkaisuna, kun esimerkiksi sortumista alkoholin käyttöön tapahtuu.

Palvelukodissa hoitotyön lähtökohtana on yksilövastuinen hoitotyö vastuuhoidajamallin mukaisesti. Vastuuhoidajamalli on todettu parhaaksi mahdolliseksi tavaksi järjestää hoitotyö asiakaslähtöisesti niin, että potilailla on mahdollisuus saada tietoa ja vaikuttaa omaan hoitoonsa (mm. Pukuri 2002: 56-57). Vastuuhoidajamallissa osallisuus ilmenee muun muassa siinä, kun asukas ja hoitaja laativat yhdessä suunnitelman, jossa sovitaan, miten palvelu, hoito- ja kuntoutus toteutetaan (Päivärinta 2012:16). Tässä opinnäytetyössä kuvatussa palvelukodissa vastuuhoidajamalli tuli käyttöön vuonna 2012.

Vastuuhoitajuus on hyvin laaja-alainen. Monellakaan asukkaalla ei ole läheisiä, jotka osallistuisivat asukkaiden hoitoon ja huolenpitoon. Vastuuhoitajalta edellytetään aitoa kiinnostusta kohdata asukas arvokkaana yksilönä sekä tukea ja tarvittaessa auttaa häntä kaikissa arkielämään ja yleiseen hyvinvointiin liittyvissä asioissa.

Hoitotyön tavoitteena on tukea asukkaan päihteetöntä arkea löytämällä tilalle harraste-toimintaa. Palvelukodissa aktiivisuutta suunnataan erilaisiin yleishyödyllisiin työtehtäviin (tuhkakuppien tyhjentäminen, roskien vienti, astioiden tiskaaminen, erilaiset piha-työt jne). Palvelukodin omaa viriketoimintaa on viikoittain ja retkiä järjestetään ajoittain. Kuntosali on asukkaiden käytössä päivittäin.

5 Tutkimuksen toteutus

Koska tutkimuksen lähtökohdat perustuvat subjektiivisiin kokemuksiin ja niiden tulkin-taan ja ymmärtämiseen, opinnäytetyö edellyttää laadullisia tutkimusmenetelmiä (esim. Kankkunen - Vehviläinen-Julkunen 2013.) Tämä tutkimus toteutettiin teemahaastatte-lulla, jossa on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuu (esim. Hirsijärvi - Remes - Sajavaara 2013.) Teema-haastattelun myötä haastateltava voi vapaasti kertoa tai jättää kertomatta kokemuk-sensa ja näkemyksensä tutkittavasta asiasta (esim. Toikkanen 1994). Tässä tutkimuk-sessa osallisuuden teemat (liite 1) perustuvat aikaisemmin kuvattuun Kasevan (2011) luokitteluun osallisuuden rooleista sosiaali- ja terveydenhuollossa (ks. luku 2).

Asukkaat valittiin vastuuhoitajan arvioinnin perusteella ja asukkaan sekä palvelukodin johtajan suostumuksella. Yksityisyyden turvaamisen ja tietosuojan lisäksi huomioitiin mahdollisten henkisten haittojen välttäminen haastattelutilanteessa sekä osallistumisen vapaaehtoisuus (Eettiset periaatteet 2012). Haastateltavat valittiin seuraavien kritee-reiden mukaisesti: paikkaan orientoituminen, puhe- ja kommunikointikyvykkyys sekä kyvykkyys ymmärtää ja ajatella asioita. Valinnoissa hyödynnettiin MMSE-testiä, jonka tuli olla korkeintaan puoli vuotta vanha. Tutkimukseen valittiin asukkaita, joiden piste-määrä oli testistä vähintään 24. Lisäksi asukkaat rajattiin koskemaan 31.12.2013 men-nessä yhden vuoden palvelukodissa asuneisiin, jolloin heille voitiin katsoa muodostu-neen kokemus osallisuudesta. Kriteerit täyttäviä asukkaita oli 10, joista haastateltaviksi suostui 9 asukasta. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen aloitettiin haastattelut. Haas-tattelun ajankohdat sovittiin kunkin asukkaan kanssa erikseen.

Haastattelupaikkana oli asukkaan oma huone, tai muu asukkaan toiveen mukainen ympäristö ulkona tai sisällä. Haastattelut toteutettiin heinä-lokakuussa 2014 haastattelijan työajan ulkopuolella. Haastateltaville kerrottiin sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimuksen tavoite ja tarkoitus ja sen liittyminen tutkijan YAMK-opintoihin. Haastattelut nauhoitettiin ja asukkailla oli mahdollisuus kieltäytyä nauhoituksesta, mutta kukaan tutkimukseen osallistujista ei kieltäytynyt. Lisäksi heille selvitettiin, että yksittäisen haastateltavan henkilöllisyys ei tule missään vaiheessa esille.

Haastattelut aloitettiin haastatteluteemojen mukaisesti, kysymällä minkälainen on asukkaan tavallinen päivä. Haastattelun eteneminen vaihteli sen mukaan, mihin teemaan vastaukset johdattelivat. Jotkut haastateltavat olivat hyvin lyhytsanaisia vastauksissaan, jotkut taas kertoivat mielipiteitään ja kokemuksiaan hyvinkin laajasti tuoden rohkeasti esiin myös kritiikkiä saadusta hoidosta. Haastattelut kestivät 15-58 minuuttia. Kukin haastattelu nauhoitettiin ja litteroitiin sana sanalta heti haastattelun jälkeen. Haastateltavat numeroitiin haastattelujen yhteydessä. Litterointivaiheessa kunkin haastattelukertomuksen alkuun kirjoitettiin asukkaan tunnistenumero. Auki kirjoitettua tekstiä tuli 48 sivua. Kirjasinkoko oli 12 ja riviväli 1,5.

Haastattelijä työskenteli palvelukodissa, joka tulee huomioida arvioitaessa tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Tämä kuitenkin auttoi osaltaan luomaan rennon, ja luontevan ilmapiiriin haastattelutilanteessa. Lisäksi asukkaiden tunteminen entuudestaan loi edellytyksiä heidän yksilölliselle kohtaamiselleen sekä auttoi myös osittain sisällön analyysissä. Se, että haastateltavat tunnettiin entuudestaan, auttoi jälkepäin muistamaan itse haastattelutilanteen. Haastattelun aikana ei tehty muistiinpanoja. Havainnot haastattelutunnelmasta, ilmeistä ja eleistä kirjattiin erilliseen vihkoon heti haastattelun jälkeen analyysivaiheessa hyödynnettäviksi. Aikaisemman asukkaiden tuntemisen myötä oli mahdollista ymmärtää haastateltavien sanontoja ja mitä haastateltavat tarkoittivat milläkin sanonnalla.

Aineisto analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä analyysirunko on määritelty aikaisemman tiedon perusteella, ja siihen etsitään aineistosta sisältöjä. (Tuomi - Sarajärvi 2013: 97, 113-115.) Aineistosta poimitaan aluksi joko yläluokkaa tai alaluokkaa kuvaavia ilmiöitä ja sijoitetaan ne muodostetun analyysirungon mukaisesti (Tuomi - Sarajärvi 2013: 114). Pää- ja yläluokat määritettiin Kasevan (2011) osallisuutta kuvaavien roolien (pääluokat) ja roolien sisältämien muotojen (yläluokat) perusteella, ja niihin etsittiin aineistosta sisältöjä niitä kuvaavista lau-

sumista (Tuomi - Sarajärvi 2013: 115). Litteroidut haastattelut kuunneltiin ja luettiin ensin muutama kertaan läpi kokonaiskuvan saamiseksi. Lukemisen yhteydessä tehtiin erivärisiä sivuhuomautuksia ja alleviivauksia samaan asiasisältöön liittyvistä ilmaisuisista. Sisällönanalyysia helpotti määrällisesti pieni aineisto. Haastattelukertomukset säilytettiin kokonaisuuksina. Yhtä pää- ja yläluokkaa analysoitiin kerrallaan, käyden läpi yksitellen kaikki haastattelut. Paperille kirjoitettiin käsin esimerkiksi asukkaiden käsityksiä itsemääräämisoikeudesta muutamalla sanalla. Sanojen päätteeksi kirjoitettiin haastattelukertomuksen sivunumero ja asukkaan tunnistenumero. Puhtaaksikirjoitusvaiheessa nämä sivunumerot käytiin läpi teema-alueittain ja kirjoitettiin osa lainauksina teema-alueen ulottuvuuden yhteyteen. Tutkimuksen jälkeen aineisto hävitetään asianmukaisella tavalla.

Taulukko 1. **Analyysirunko** (Kaseva 2011)

Pääluokka: Osallisuutta kuvaavat roolit	Yläluokka: Osallisuutta kuvaavien roolien muodot
Asukas palvelun kohteena	Asukkaiden osallisuus arjessa Sosioekonomisten tekijöiden vaikutus osallisuuteen
Asukas palautteen antajana	Asiantuntijuus ja tiedon hallinta Sosiaalinen tuki Itsemäärääminen Asiakaskeskeisyys
Asukas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä	Mielitymykset Toimenpide-ehdotukset

6 Tutkimustulokset

Tulokset raportoidaan Kasevan (2011) osallisuuteen liittyvien roolien mukaisesti, jota hyödynnettiin teemahaastattelussa (liite 1). Osallisuuden roolit ovat, asukas palvelun kohteena, asukas palautteen antajana ja asukas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisesässä.

6.1 Asukas palvelun kohteena

Asukasta palvelun kohteena kuvataan raportoimalla asukkaiden kokemuksia heidän osallisuudesta arjessa ja sosioekonomisten tekijöiden vaikutuksesta osallisuuteen. Lisäksi haastatteluissa tuli esille asukkaiden näkemyksiä osallisuuden edellytyksistä ja esteistä.

Asukkaiden osallisuus arjessa muodostui päivittäisiin toimintoihin liittyvistä arkirutiineista, harrastuksista ja yhteydenpidosta ulkomaailmaan. Arkirutiineihin kuuluivat ruokailut talon ruokasalissa, television katsominen omassa huoneessa, ulkona tupakalla käyminen, seurustelu muiden asukkaiden kanssa talon yhteisissä tiloissa, lääkkeiden hakeminen kansliasta sekä peseytyminen ja sängyn petaaminen. Osallisuuteen arjessa sisältyi myös yhteydenpito ulkomaailmaan; ruokakaupassa käytiin yleensä lähellä sijaitsevassa ostoskeskuksessa ja R-kioskilla tavattiin ystäviä veikkauspelien merkeissä. Harrastukset muodostivat oman osallisuuteensa arjessa. Näitä olivat lukeminen, kävelylenkit, ulkoilu piha-alueella ja talon kuntosalilla käynti. Tärkeä osa asukkaiden tavallista päivää oli päihteettömyys, mikä sisällytettiin arkirutiineihin.

” Mun tavallinen arkipäivä on, siihen kuuluu aika usein toi kuntosalii...sitten...ruokailut tietenkii ja suurin osa menee tv:n katselussa ja höpötetäessä menee aika vähän aikaa, koska täällä on vähän sellast porukkaa, ei tuu monen kaa kans juteltuu niin paljon....täällä ei tuu yhdessä tultuu tehtyy mitään. Siis mä tarkotan asukkaita.. ”

”... no se perustuu näihin jokapäiväisiin rutiineihin täällä aika kuluu tv:tä katsellessa..se on niinku se pääasia ja sit tietenkii vähä tuolla asukkaiden kanssa keskustelua.”

”... Katon televisiota, käyn tupakalla ja syömässä. Ei täällä oo oikein mitään ajankuluu oikein.”

”...se lähtee käyntiin, miten mä herään 7 aikaan, siitä aamupesulle, punkka kuntoon ja aamulääkkeet. Sitte aamupalalle ja jos ei oo muuta ni kynä käteen ja prosenttia kattoon ja ettii hevoslehti toiseen käteen ja miettii kuka juoksee parhaiten tänään. Jos ilma on hyvä niin..ostarille..”

Suurin osa asukkaista koki tekevänsä arjessa päätöksiä itseään koskevissa asioissa. Osa asukkaista kuitenkin koki, ettei päätöksiä tarvitse tehdä. Syyksi mainittiin päätösvalan puuttuminen. Suurin osa asukkaista koki, että he voivat tehdä mitä haluavat, esimerkiksi maalata tai lukea. Tässä yhteydessä tuotiin esiin harrastukset, joissa oltiin oltu osallisena ennen päihteiden käyttöä ja jotka olivat jääneet (mm. matkustelu, maalaus ja ammutaharrastus). Nykyistä omaa saamattomuutta myös harmiteltiin, tai aristeltiin haaveiden toteuttamista.

”..kyl mä nyt teen melkeen kaikessa asioissa itse päätöksen.”

” Ei täällä tarvitse tehdä mitään itsenäisiä päätöksiä.”

”No sanoisin tämmösen mikä ei tietenkään toteudu, mutta tällanen joku ilma-aseammunta. Mä oon joskus nimittäin harrastanut sitä....”

”Maalaus on ainoastaan sellanen harrastus mitä mul on ollu... Se on jäänyt sitte, ...pikkuhiljaa.. en oo pitkään aikaan tehnyt mitään... Aikanaan mä luin paljon... Pitäs vaan ottaa niskasta kiinni, se on vähän joka asiassa sama juttu et kun ois tekemistä, mutta sitä on vaan niin saamarin saamaton. Pitäs olla joku joka potkis takapuoleen.”

Asukkaiden **sosioekonomisilla tekijöillä** ei ollut vaikutusta osallisuuteen. Asukkaat kokivat, että heitä kohdeltiin tasa-arvoisesti. Oikeudenmukaisuutta rajoittavaksi tekijäksi mainittiin asukkaan psyykinen tila.

”...en mä ainakaan ole huomannu, että olisi niinku ketään kohdeltu niinku erilaila. Kyllä mun mielestä kohdellaan kaikkia ihan samalla lailla.”

”Kyllä täällä aika oikeudenmukaisesti minun mielestä. Eihän nyt samallalailla voi ku toisilla ei oo kaikki enää kotona ni, eihän nyt voi. Tossa on aika paljon niitä ku ei oo mitään kotona ja sit taitaa olla vähän mielenterveysongelmia, minun mielestä ainaki..”

Asukkaat toivat esiin myös erilaisia **edellytyksiä ja esteitä osallisuudelle**. Heidän mielestään osallisuus arjessa edellytti fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä, omaaloitteisuutta ja osallistumisen mahdollistamista. Osa haastateltavista oli hyvinkin toimintakykyisiä ja aktiivisia osallisuuden suhteen, joillakin osallisuus oli vähäisempää esimerkiksi liikuntarajoitteen myötä. Esteenä osallisuudelle mainittiin sopivan keskusteluseuran löytäminen, koska asukkaat olivat hyvin erilaisia sosiaaliselta toimintakyvyltään. Jotkut taas kokivat, ettei heitä huvita tehdä yhtään mitään, tai ettei ollut mitään tekemistä, mihin voisi osallistua. Osallisuuden esteeksi nuoremmat asukkaat toivat esiin liian aikaisen hiljaisuuden iltaisin. Esteenä mainittiin myös oma saamattomuus

sekä mielekkäiden harrasteiden puuttuminen palvelukodista. Esiin tuotiin myös, että mielekkään tekemisen puute altistaa herkästi alkoholiin käyttöön.

"En mä pysty oikein mitään tekemään tällä klappilla ja kädellä."

"..Tääl on vähän sellast porukkaa, ei tuu monen kaa kans juteltuu."

"...sitä on vaan niin saamarin saamaton.."

"Se sano et puol kaheksan ei kuulu mitään, yks kattoo yheksään asti telkkarii ja se on siinä sillan. Tottakai tuntuu, niin muoki nyppi välillä ku ei ketään puhu mitään."

"..Täs tulee sellasii joutoajoja ku ei oo mitään tekemistä, kyl se on sillo niin lähellä, mut pitää vaan ajatella jotain muuta...jotain muuta."

6.2 Asukas palautteen antajana

Asukasta palautteen antajana kuvataan asukkaiden kokemuksina asiantuntijuudesta ja tiedon hallinnasta, sosiaalisesta tuesta, itsemääräämisoikeudesta sekä asukaskeskeytydestä.

Asiantuntijuus ja tiedon hallinta ilmeni asukkailla siten, että heillä oli tietoa omista sairauksista, mutta sairauden hoidosta he tiesivät ainoastaan sen, onko heillä käytössä siihen lääkettä vai ei. Suurin osa siis tiesi, mihin tarkoitukseen lääkkeitä saa päivittäin, vaikka lääkkeiden nimiä ei aina muistettukaan. Esiin tuli kuitenkin myös välinpitämättömyyttä lääkityksen suhteen. Joillakin asukkailla oli oma lääkeannosdosetti käytössä, johon hoitajat jakoivat kerran viikossa lääkkeet.

"No sen, mitä tuolla nyt on sanottu, tai mikä tulee sokeritautiin, niin se on ainut oikeastaan..mihinkä menee niitä lääkkeitä."

"Epilepsia...Neurotol slow on siihen." ..kyllä mä suunnilleen tiedän, mitä (lääkkeitä) mulla menee...suunnilleen tiedän...Toi yks lääke mä en ollu varma, se on kai jotain sydän, se lisättiin siellä ja mun mielestä mulla on aika hyvä olo, että musta tuntuu etten mä kaikkia tarvii...Voihan sen lääkkeen sitte ottaa takaisin, jos siltä näyttää, mut tuntuu vaan et....no mennäänpä eteenpäin."

"..vaikka en mäkään kyllä tiedä mitä nappeja mä saan, mä vedän vaan ne naamaan. No epilepsialääke on ainakin yksi joka menee, mut en mä niin välitä tietäkään."

Sosiaalista tukea tarkasteltiin asumisen ja hyvän vastuuhoidajan ominaisuuksien näkökulmasta. Asukkaat kokivat palvelukodissa asumisen asianmukaisena, turvallisena ja hyvänä paikkana olla ja elää. Asukkaita yhdistivät samankaltaiset elämän taustat

päihdeongelmineen. Yhteydet omaisiin olivat vähäisiä ja asuminen palvelukodissa koettiin tältä osin syrjäyttäväksi tekijäksi.

"Se on tärkein et, jos tällästäkään ei olisi, niin mä olisin varmaan hengen...ensimmäiseksi kun mä herään, niin mä katon seinälle, et ooks mä varmaan kotona."

"..aika rauhallista porukkaa. Täällä ei oo ketään joka olis niinku ylikiukkunen. Kyl tääl on nähtävästi kaikilla aika hyvä olla."

"Sen mä tiedän, et se on vaarallist lähtee tonne meikäläisen niin sanottujen kaverien kans huitoo."

"..mut ku sitä on niinku täällä ni mä tunnen itseni sellaseks ylimääräiseks rattaks niiden perheissä."

Vastuuhoitajalta odotetaan aitoa kiinnostusta asukkaasta, minkä koettiin olevan asukkaan asioiden hoitumisen edellytys. Hyvä vastuuhoitaja kuuntelee ja keskustelee sekä antaa tietoa mahdollisuuksista. Hyvän vastuuhoitajan ominaisuuksiksi asukkaat toivat esiin hoitajan, joka on luotettava, huolehtivainen, osoittaa kiinnostusta asukkaasta, hänen voinnistaan, toiveistaan ja asioidensa hoitamisesta. Asioiden mutkaton hoitaminen nähtiin myös tärkeänä, samoin vastuuhoitajan asiallinen käytös.

"..semmonen ketä tulee vaan juttelee välillä ja kyselee miten menee .."

"et tota kattoo siinä mielessä asukkaan perään tai seuraa asukasta, että voiko asukas hyvin ja ettei...ja kyselee vähän asukkaan juttuja ja sanotaan nyt, että on sellainen huolehtivainen."

"No en mä pahemmin muuta odottas, ku pitäs sit ajan tasalla ja kysyis aina, et mitä sä haluat tehdä tai tolleen, mitä on mahdollisuuksii."

" No ne jää ne tapaamisetkin sitte, en tiedä mikä siinä on. Olishan se kiva jutella. Aina vilaukselta näkee, kun pyörähtää tossa, niin nopeesti vielä... No, kun en mä oo oikein jutellu niin niitten kanssa. Sun kanssa tää on nyt pisin juttu mitä mä oon jutellu."

"..että viekö se asian eteenpäin ettei jää, on jämpäni niissä asioissa. Et ei niin, et puolen vuoden päästä kysyn, et onks siin asiassa tapahtunu jotain vai ei...ja..... keskustele asiasta ja laittaa vaikka paperille...et ottaa tosissaan asiat."

Vaikka moni asukas koki tekevänsä itsenäisiä päätöksiä, niin **itsemääräämisoikeus** käsitteenä oli joillekin vieras. Itsemääräämisoikeuden koettiin toteutuvan sekä hyvin että huonosti. Se yhdistettiin myös vapaaseen liikkumiseen talon ulkopuolelle. Joidenkin asukkaiden tupakan polton rajoittaminen mietitytti itsemääräämisoikeutta pohdittaessa. Esiin tuli myös sosiaalista arkuutta ja omien toiveiden vähättelyä. Asukkaat olivat tyytyväisiä palveluihin kokonaisuutena. Usea asukas koki, että mielipiteitä ja toiveita huomioitiin. Asukkaiden osallisuus hoitosuunnitelman laatimisessa oli vähäistä tai sitä

ei tiedostettu. Hoitosuunnitelma tai hoitoneuvottelu itsessään vaikutti joistakin vieraalta käsitteeltä. Hoitosuunnitelmassa pysyminen mietitytti, kun itse hoitosuunnitelmaan liittyviä asioita ei muistettu. Toimintakykyisempien mielestä he eivät mitään hoitoa saaneetkaan, tällöin ei hoidoksi katsottu kuuluvan esim. lääkahoitoon, laboratoriotutkimuksiin, lääkärin vuositarkastuksiin, sosiaalisten etuuksien hoitamiseen tai ravitsemukseen liittyviä asioita.

"Kyllä se minulla aika hyvin on toteutunut."

"No ei mulla ainakaan oo mitään hankaluuksia...toi tupakkahomma niin ku noilla on, se vähän huvittaa, mutta se on kai ..parastahan siinä kai ajatellaan eikä mitään muuta."

" Itsemääräämisoikeus?...Joo..kyllähän sitä saa pitkälle touhua ihan omia touhujaan...saa mennä ja tulla niinku tykkää, no noi lääkehommot tietysti rajoittaa ja ruokailut."

"Mut se hoitaja tekee kuitenkin niin kuin se haluaa. Niin, et en mä siit enää sen enempää....mut ku ne on niin pieniä asioita ni ei niit kannata funtsii."

"..ei oo mitään toiveita."

"En mä nyt hoitoneuvotteluissa oo ollu."

"Kyllä se jonkin näköinen oli se hoitosuunnitelma. Mut onko siinä pysytty, kun en mä sitä niin muista."

"En mä ainakaan muista, että mä olisin sellaisessa ollut. Tota noin ni, en mä oo kokennu, että mä olisin täällä mitään hoitoa saanutkaan."

Asukaskeskeisyyttä tarkasteltiin suhteina muhin asukkaisiin ja vastuuhoidajaan. Osa asukkaista toivoi enemmän ikäistään ja omaa toimintakykyään vastaavaa seuraa ja harrasteita. Muistihäiriöisimpien asukkaiden seuraa vieroksuttiin. Useimmilla asukkailla oli kuitenkin muutama tietty asukas, joiden kanssa pidettiin yllä vuorovaikutussuhteita.

" Kyllä sitä joidenkin kanssa tulee juteltua ja jos joku tulee juttelee, niin kyllähän sitä rupee keskustelemaan, mut en minä rupee selittää mitään, se täytyy olla siltä puolelta."

"..eihän noi muut puhu mitään, käppäilee vaan...asiallisesti ei nää muut puhu mitään tässä talossa, paitsi nyt toi..."

"En mä nyt viitti tavallaan niinku seinälle puhuu..ku niil ei oo enää ymmärrystä, se on ihan turhaa."

"...minäkin tunnen itteni vieraaks täällä, kun täällä on niin paljon vanhoja, vaikka onhan mullakin jo ikää."

"..oon mä joskus tos pelannu jotain, niit tyhmii pelejä."

Osa tiesi vastuuhoidajansa, mutta ei muistanut tai tiennyt hänen nimeään. Kaikki asukkaat eivät olleet tyytyväisiä vastuuhoidajansa. Tällöin vastuuhoidajan koettiin olevan välinpitämätön.

"No mä oon muistaakseni sen kerran kuullu, että se olis tää nuori tyttö...en mä nyt muista taas sen nimeä. Kyllä mä luulisin tietäväni, että kuka se on." (ei ollut oikea)

"Mä en muista oliks se X vai X muistaakseen." (ei ollut oikea)

"Vastuuhoidaja on toi X. Joo tiedän. ...mulla on oikein hyvä, mä X:sta oikeen tykkään."

"Mun mielestä se on X. En mä X:sta pidä yhtään.....se ei huomioi ketään.. ja toinen on toi X, muut on ihan mukavia."

6.3 Asukas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä

Asukasta osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä kuvataan asukkaiden mieltymyksinä ja toimenpide-ehdotuksina. Asukkaiden **mieltymykset ja toimenpide-ehdotukset** kohdistuivat pääasiassa aktiivisen arjen tukemiseen. Monet asukkaat muistelivat kesäistä retkeä Porkkalanniemeen ja toivoivat vastaavia tapahtumia enemmän. Pääasiassa asukkaat olivat tyytyväisiä nykyisiin palveluihin ja hoitoon. Esiin tuotiin, että mahdollisuutta osallisuuteen olisi, jos mielenkiintoa riittäisi. Myös asukaskokouksiin oltiin tyytyväisiä. Harrastemahdollisuuksia toivottiin kuitenkin enemmän. Aktiivista arkea tukevinä tekijöinä mainittiin yleensä käynnit talon ulkopuolelle, esimerkiksi torille sekä bingo ja elokuvat. Kanttiin tai muun yhteisen tilan, jossa olisi jonkinlainen harrastemahdollisuus, katsottiin luovan osallisuuden ja osallistumisen mahdollisuuksia. Mahdollisuudesta olla osallisena palvelukodin hoidon ja palveluiden laadun kehittämiseen oltiin kahta eri mieltä. Osallisuutta tukisi asukkaiden mielestä tieto vaihtoehtoista ja mahdollisuus tehdä valintoja.

"...esimerkiksi se, kun käytiin siellä Porkkalassa, se...no ton tyypiset, mukava vaihtelu. No joskus on ollut semmost, että vaikka torilla käynti, kauppatorilla. Tän tyypiset asiat."

"..se olisi kiva, jos olisi kioski. Tervalammella oli semmonen toverikunnan kahvila...Sillanpirtissä myös."

"::bingo on hyvä, siel kuuluu puhuttavankin...mut vois se olla joku vastaavaki..se on ihan hyvä et niit järjestetään, vaikken minä mene, niin menehän sinne muut."

" No ei kai siinä nyt ihan kauheasti pysty vaikuttamaan. Eiköhän ne päätetä muu alla."

"No ei kai siinä mitenkään, ku suu auki ja mennä sanomaan. Onhan noita asukaskokouksia jossa voi ehdottaa....Löis siitä sellasen lapun kouraan ja sa-

nois, et ruksi siitä mitä haluat ja mitä puuttuu ja mitä ei. Sen vois sitte palauttaa joko nimettömänä tai nimellä varustettuna.”

”Tääl on niin hyvin kaikki, et on vaikea keksiä mitään sanomista. No sanotaan nyt vaikka sen verran, että näitä tällaisia niin sanottuja retkiä ulkomaailmaan, niitä vois ehkä vähän useammin olla. Sen voin sanoa. Liikuntavirastosta, tai jostain vois jonkunlaisen luettelon ni mitä vois ajatella, kun ei niitä tiedä kaikkea.”

”..tääl vois elokuvia katsoo vähän enemmän, kaikkennäköisiä. Mä en tykkää niitä suomalaisia katsoo, mut ei oo paljon valinnan varaa...panis kaks saraketta ja tyhjää siihen, niin sais kirjoitella mitä haluaa.”

”....täällä on ollut, mitä täällä nyt on ollut, tuolla on ollu bingo ja mä en niistä oikein välitä muutenkaan. En mä tuolla siviilissäkään ole käynyt missään bingosa...”

7 Johtopäätökset ja pohdinta

7.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää asukkaiden kokemuksia siitä, miten osallisuus ilmenee hoitotyön arjessa. Tavoitteena oli saada tietoa jota voidaan hyödyntää kehitettäessä hoidon laatua palvelukodissa.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta luokittelee ihmistieteisiin liittyvät eettiset periaatteet kolmeen osa-alueeseen: Tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen, vahingoittamisen välttämiseen, yksityisyyteen ja tietosuojaan. (Eettiset periaatteet 2012.) Tässä opinnäytetyössä on huomioitu edellä mainitut periaatteet. Lupa opinnäytetyön toteutukseen saatiin kaupungin pysyväisohjeen mukaisesti tutkimuslupa-asioita hoitavalta henkilöltä. Asukkailla oli vapaus itse päättää suostumisestaan opinnäytetyön toteuttamiseen. Asukkaille tuotiin esiin, ettei opinnäytetyöstä kieltäytyminen tule vaikuttamaan millään lailla heidän saamaansa hoidon laatuun. Ennen tutkimukseen osallistumista asukkaille selvitettiin suullisesti ja kirjallisesti, mikä on tutkimuksen tarkoitus ja miten tutkimus toteutetaan. Asukkailla oli myös mahdollisuus esittää tutkimukseen liittyviä kysymyksiä. Lisäksi asukkaille selvitettiin saadun tiedon luottamuksellisuus, ettei heitä voi tunnistaa tutkimusraportista ja että aineistoa käsittelee ainoastaan opinnäytetyön tekijä. Tutkimusaineistoon valittiin ainoastaan niitä asukkaita, jotka halusivat osallistua tutkimukseen ja jotka kykenivät hyvin ilmaisemaan itseään. Tutkimukseen valikoitiin 10 asukasta, joista 9 suostui osallistumaan tutkimukseen.

Teemahaastattelu vastaa hyvin kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtia: kysymyksiä asetetaan ja tulkitaan ihmisen kulloinkin valitsemastaan näkökulmasta ja sillä ymmärryksellä, joka heillä on. Teema-alueet johdattelvat aihealuetta, mutta kysymyksissä ei ole tarkkaa muotoa eikä järjestystä. (Hirsijärvi – Remes - Sajavaara 2013:160, 208.) Teemahaastattelun avulla saadaan esiin haastateltavien näkökohdat tutkittavasta ilmiöstä. Puolistrukturoitujen kysymysten avulla haastattelu auttaa haastateltavia kuvaamaan tutkittavan ilmiön merkityksiä. Haastattelussa huomioidaan haastateltavien jokapäiväiset kokemukset korostaen heidän elämismaailmaa ja heidän määritelmiään tilanteesta. (Hirsijärvi - Hurme 1991: 36.) Teemahaastattelun myötä saatu aineisto on yleensä runsas ja sen avulla on tarkoituksena päästä syvälle monipuoliseen todellisuuteen (Hirsijärvi - Hurme 1991: 108).

Tässä tutkimuksessa haastatteluteemoina hyödynnettiin Kasevan (2011) tutkimuksen tuloksena muodostettuja osallisuuden rooleja ja muotoja, joihin on laadittu tarkentavia apukysymyksiä. Sitä, mikä merkitys haastattelijan persoonalla ja työskentelyllä palvelukodissa, jossa asukkaat olivat, ei tule esiin. Haastattelutilanteet olivat kuitenkin pääasiassa avoimia ja rentoja. Tosin jotkut asukkaat olivat pidättyväisempiä ja vähäsanaisempia vastauksia antaessaan. Keskustelutilanteet pyrittiin luomaan mahdollisimman luottamukselliseksi, kuunnellen keskeyttämättä sitä, mitä asukas halusi kertoa.

Tutkimuksen tulokset ovat haastateltavien esiin tuomia kokemuksia, jotka analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä. Suoria lainauksia on tarkoituksella melko paljon, ajatuksena pyrkiä mahdollisimman yksityiskohtaiseen ja luotettavaan raportointiin tehdystä sisällönanalyysistä. Vastauksien antaminen olisi saattanut olla erilaista, joko avoimempaa tai pidättyväisempää, jos haastattelijana olisi ollut joku muu, esim. talon ulkopuolinen henkilö. Haastattelijan kokemattomuus tuli esiin haastatteluja tehtäessä. Haastattelua ohjasi ajoittain teema-alueiden yhteyteen mietityt apukysymykset varsinkin silloin, jos haastateltava oli hyvin vähäsanainen. Tällöin ei keskustelua voinut pitää kovin luontevana. Jälkeenpäin tutkimusprosessia pohdittaessa olisi ollut helpompaa, jos tutkimus ei olisi kohdistunut kaikkiin osallisuuden rooleihin. Tutkimustuloksissa olisi saatettu päästä syvällisemmälle ja laajemmalle tasolle.

Tutkimusaineisto analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Aineistosta etsittiin Kasevan (2011) osallisuuden rooleihin liittyviä teemoja ja niiden muotoja kuvaavia näkemyksiä, jotka sopivat strukturoituun analyysirunkoon (Tuomi – Sarajärvi 2013). Analy-

sin lopputuloksina saatiin vastaus tutkimuskysymyksiin. Luokittelua helpotti Kasevan (2011) runko.

Laadullisen tutkimuksen raportoinnin luotettavuus perustuu raportin arvioitavuuteen ja toistettavuuteen. Tässä opinnäytetyössä on tutkimustulosten raportointia ohjannut teorialähtöisyys (Tuomi - Sarajärvi 2013: 98). Raportti on kirjoitettu mukaillen Kasevan (2011) kolmea osallisuuden roolia. Tulokset on pyritty kirjoittamaan niin, että lukijan on mahdollisuus seurata päättelyä ja arvioida sitä. Lisäksi on pyritty huomioimaan, että tulokset on kirjoitettu siten, että se saa lukijan vakuuttumaan tehtyjen ratkaisujen oikeutuksesta, aikaisemmin muodostettujen luokkien sisällön perusteluista ja tutkimuksen kulun luotettavuudesta. (Paunonen - Julkunen-Vehviläinen 1997: 220.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineistosta ei tehdä päätelmiä yleistettävyyttä ajatellen (Hirsijärvi ym. 2013). Tämänkään tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä, vaan ne muodostuvat tietyn palvelukodin asukkaiden kokemuksista osallisuudesta hoitotyön arjessa. Jos tutkimus olisi toteutettu jossain toisessa palvelukodissa, saattaisivat asukkaiden kokemukset olla hyvinkin erilaisia.

7.2 Johtopäätökset

Asukas palvelun kohteena

Tässä tutkimuksessa asukkaiden osallisuus arjessa liittyi päivittäisiin toimintoihin liittyviin arkirutiineihin, joissa oli yhtenä osana päihteettömyys. Glasdamin ym. (2013) mukaan yksi osallisuuden neljästä pääkategoriasta on asiakkaan osallisuus kodissa, jonka voidaan tässä opinnäytetyössä katsoa toteutuvan mm. asukkaiden osallisuutena päivittäisiin toimintoihin liittyvissä arkirutiineissa palvelukodissa.

Tässä tutkimuksessa osallisuuteen arjessa sisältyi myös yhteydenpito ulkomaailmaan ja vuorovaikutus muiden asukkaiden kanssa. Samankaltaisia asioita pidettiin tärkeänä myös Thomaksen ym. (2013) tutkimuksessa, jossa yhteyden pitämisen ulkomaailmaan katsottiin poistavan ikävystymistä ja sosiaalista eristäytymistä. Sosiaalinen eristäytyneisyys tuli tässä tutkimuksessa esiin liittyen omaisiin. Omaisten vähäisen yhteydenpidon katsottiin johtuvan palvelukodissa asumisesta. Tosin monella olivat suhteet omaisiin menneet poikki jo ennen palveluasumiseen joutumista. Moni asukas oli hyvin vähäsanainen silloin, kun haastatteluissa keskusteltiin omaisista. Tällöin ei keskustelua

viety syvällisemmälle tasolle, ellei asukas tuonut oma-aloitteisesti omaisiin liittyviä asioita esiin. Voidaan vain todeta, että yhteydenpidot omaisiin ovat vähäisiä, tai niitä ei ole lainkaan.

Suurin osa asukkaista koki tässä tutkimuksessa tekevänsä päätöksiä itseään koskevis- sa asioissa. Jotkut asukkaat kuitenkin kokivat, etteivät olleet päätösvaltaisia. Saman- suuntaisia tutkimustuloksia oli myös Tyrrelin ym. (2009) tutkimuksessa, jossa monet potilaat kokivat, että heillä oli rajoitettu oikeus päätöksiä tekoon. Laitila ym. (2011) toteavat, että asiakkaiden valmiudet osallisuuden suhteen voivat olla hyvin erilaisia, mutta tavoitteena tulisi kuitenkin olla asiakkaan mahdollisimman vahva osallisuus. Tähän liittyen huomiota tulisi kiinnittää myös osallisuuden vahvistamiseen päätöksiä teossa (esim. Kuosmanen ym. 2011). Fisherin ym. (2008) mukaan lääkäreiden väärinkäyttäjien osallisuutta päätöksiä teossa tulisi joiltakin osin rajoittaa. Keskeistä osal- lisuudessa on kuitenkin kuulluksi tuleminen (esim. Jämsen – Pyykkönen 2014, Rotko 2013, Harding ym. 2010), johon kaikilla yksilöillä tulisi olla mahdollisuus taustasta, tai nykytilanteesta riippumatta. Eri asia on, voidaanko esimerkiksi kaikkia asiakkaan toivei- ta toteuttaa, mutta mahdollisuus niiden esiin tuomiseen pitää olla. Toiveiden ja haavei- den toteuttaminen on ympärivuorokautisessa hoidossa joskus haasteellista (esim. Glasdamin ym. 2013).

Tässä tutkimuksessa asukkaat toivat esiin myös erilaisia edellytyksiä ja esteitä osalli- suudelle arjessa. Heidän mielestään osallisuus edellytti fyysistä ja sosiaalista toiminta- kykyä, oma-aloitteisuutta ja osallistumisen mahdollistamista. Huono terveys katsottiin myös Thomaksen ym. (2013) mukaan osallisuutta rajoittavaksi tekijäksi. Osallisuutta tuki heidän mukaansa ystävyys-suhteiden ylläpitäminen muiden asukkaiden kanssa. Tässä tutkimuksessa esteenä osallisuudelle mainittiin sopivan keskusteluseuran vähäi- syys, tekemisen puute ja oma saamattomuus. Mielekkään tekemisen puute altisti myös alkoholin käyttöön.

Asukas palautteen antajana

Asukkaiden asiantuntijuus ja tiedon hallinta liittyi tässä tutkimuksessa asukkaiden tie- tämykseen sairauksiensa lääkähoidosta. Osallisuutta sairauksien muissa hoitomu- doissa ei tullut esiin. Larjovuori ym. (2012) toteavatkin, että asiakkaat eivät ole tottu- neet olemaan aktiivisia oman hyvinvointinsa ohjaajina ja kehittäjinä, vaan perinteisesti on luotettu siihen, että hoitaja tietää asukkaan puolesta. Asukkaille tulisi kuitenkin an-

taa mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa omaan hoitoonsa (Kaseva ym. 2011) mikä edellyttää, että asukas saa riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa (Laitila ym. 2011).

Monella asukkaalla on käytössä oma viikkolääkedosetti, johon hoitajat jakavat lääkkeet. Asukkaiden osallisuus lääkehoidossa on huolehtia siitä, että lääkkeet tulevat otetuksi ja että ajankohta on oikea. Lääkehoidon voidaan katsoa tukevan asukkaiden vastuullisuutta omasta hoidostaan (Pietilä ym. 2013). Tältä osin voidaan todeta myös asiakaslähtöisyyden toteutuvan (esim. Koikkalainen – Rauhala 2013). Kaikki asukkaat eivät tosin olleet kiinnostuneita siitä, mitä lääkkeitä heillä oli käytössä. Aineiston perusteella voidaan todeta, että asukkaat luottivat hoitoon osallistuvien työntekijöiden arvioon lääkkeiden tarpeellisuudesta, tosin esiin tuli myös yksittäisten lääkkeiden kyseenalaistamista. Hoitohenkilökunnan arviointikyky asukkaiden osallisuudesta lääkehoidossa luo pohjan asukkaiden osallisuuden onnistumiselle (Norheim – Guttormsen Vinsnes 2012).

Sosiaalisessa tuessa oli tarkastelun kohteena palvelukodissa asuminen ja hyvän vastuuhoidajan ominaisuudet. Pääasiassa asukkaat olivat tyytyväisiä palvelukodissa asumiseen. Asuminen koettiin asianmukaisena, turvallisena ja hyvänä paikkana olla ja elää. Asukkaiden voimaantumisen kokemuksen voidaan tässä tutkimuksessa katsoa syntyvän asukkaiden samankaltaisten elämän taustojen myötä vertaistuen ja ymmärryksen kautta. Vertaistuen saaminen on myös Laitilan ym. (2011) mukaan toiminnan sisällössä yksi merkityksellinen osallisuuden ulottuvuus. Asukkaiden kokemus syrjäytymisestä liittyi vähäisiin yhteydenpitoihin omaisten kanssa. Tältä osin osallisuus oli vähäistä osattomuuden myötä (Raivio 2013).

Hoitosuhteessa koettiin tärkeänä kuulluksi tuleminen ja välittämisen tunne. Tässä tutkimuksessa nousee esiin vahvasti sosiaalisen vuorovaikutuksen tärkeys. Hyvän vastuuhoidajan ominaisuuksina korostettiin aitoa, välittävää ja keskustelevaa vuorovaikutusta, johon liittyivät hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet ja arvoperusta. Gustafsonin ym. (2008) tutkimuksessa on todettavissa vastaavia tuloksia, joiden katsotaan myös edistävän yksilöllistä hoitoa potilaslähtöisesti. Potilaskeskeisyyttä on tarkasteltu hoitotyössä myös osallisuuteen liittyvänä arvona (Pietilä ym. 2013). Laitilan ym. (2011) mukaan potilaat arvostivat hoitosuhteessa aitoa vuorovaikutusta, työntekijöiden sitoutumista ja inhimillistä toimintaa. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että vuorovaikutussuhteet asukkaan ja vastuuhoidajan välillä eivät aina vastanneet asukkaiden toiveiden mukaisia näkemyksiä. Luottamuksellisen, korkeatasoisen vuorovaiku-

tukseen perustuvan hoitosuhteen saavuttaminen vaatii hoitajalta arvosidonnaista toimintaa, motivaatiota ja sitoutumista.

Vaikka tässä tutkimuksessa moni asukkaista koki tekevänsä itsenäisiä päätöksiä, oli itsemääräämisoikeus joillekin vieras käsitteenä. Tällöin jäi epäselväksi itsemääräämisoikeuden toteutuminen. Itsemääräämisoikeus toteutui sekä hyvin että huonosti, vaikka asukkaiden mielipiteitä ja toiveita huomioitiin. Aikaisempiin tutkimuksiin viitaten, ovat potilaiden mahdollisuudet osallistua ja vaikuttaa puutteellisia (esim. Laitila ym. 2011 ja Tyrrel ym. 2009), mikä tulee esiin myös osittain tässä tutkimuksessa. Hoitotyöntekijöiden tulisi tukea asukkaita päätöksien teossa ja antaa tietoa asukkaiden oikeuksista, mahdollisuuksista ja vaihtoehtoista, vaikka Laitilan ym. (2011) mukaan asiakkaan omat voimavarat, vastuu ja motivaatio ovat kuitenkin ratkaisevassa asemassa. Tässä tutkimuksessa tuli esiin sosiaalista arkuutta ja omien toiveiden vähättelyä. Hoitohenkilökunnan voidaan katsoa olevan avainasemassa tuettaessa asukkaiden osallisuutta. Asukkaiden osallisuutta voitaisiin tukea antamalla apua itsensä ilmaisemiseen, antamalla tietoa yksilöllisistä vaihtoehtoista ja auttamalla asukkaita tekemään yksilöllisiä päätöksiä (esim. Piper 2014 ja Kettunen – Kivinen 2012).

Asukkaiden osallisuus hoitosuunnitelmien laatimisessa oli vähäistä, tai sitä ei tiedostettu. Hoitosuunnitelma tai hoitoneuvottelu itsessään vaikutti joistakin vieraalta käsitteeltä. Tämä saattaa liittyä siihen, että jotkut kokivat, etteivät mitään hoitoa saanetkaan. Toisaalta taas voi olla, että käytetyt termit, hoitosuunnitelma ja hoitoneuvottelu, kuulostavat asukkaista liiaksi ammattikieleltä, jota ei mielletä suunnitelmana asukkaan hyvinvoinnin ylläpitämiseksi tai parantamiseksi. Ehkäpä kuvaavampi termi tähän asuinympäristöön liittyen olisikin esimerkiksi hyvinvointisuunnitelma, tai perinteisempi palvelusuunnitelma. Tällöin ei tulisi niin korostetusti esiin hoitamisen käsite, joka voidaan tulkita eri tavoin, kuten tässäkin opinnäytetyössä tuli esiin. Ammattikielen käyttö voi tuntua asukkaista myös turhauttavalta (esim. Harding ym. 2010) ja Hitchen ym 2011). Larjavuoren ym. (2012) mukaan avoimempi vuoropuhelu asiakkaiden kanssa voi viedä ammattilaisen pois omalta mukavuusalueeltaan ja voi siksi tuntua haastavalta ottaa asukas mukaan hoitosuunnitelman laatimiseen. Toisaalta myöskään asiakkaat eivät ole tottuneet olemaan aktiivisia oman hyvinvointinsa ohjaajia ja kehittäjiä ja saattavat myös kokea itsensä alempiarvoisiksi hoitotyön ammattilaisten seurassa (Harding ym. 2010). Osallisuuden vahvistamisen näkökulmasta katsottuna tulisi ensisijaisesti lähteä liikkeelle siitä, että asukkaat olisivat mukana oman hoitonsa suunnittelussa. Tavoitteena tulisi olla, että palvelujärjestelmä vastaisi paremmin asukkaiden tarpeisiin, tukisi asukkaiden

oikeuksien toteutumista ja lisäksi asukkaiden hallinnan tunnetta suhteessa omaan terveyteen (Kuosmanen ym. 2011). Hoitajan tehtävänä on tuoda oma ammatillinen osaamisensa asukkaan hyvinvoinnin ja terveyden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi.

Osallisuus asukaskeskeisyydessä tuli tässä tutkimuksessa esiin vuorovaikutussuhteiden ylläpitämisenä muiden asukkaiden kanssa. Sosiaalisten suhteiden ylläpitämisen ja vuorovaikutuksen voidaan katsoa olevan myös osa aktiivisen arjen osallisuutta (esim. Thomas ym. 2013). Vaikka vuorovaikutussuhteita pidettiin yllä tiettyjen asukkaiden kanssa, osallisuuteen liittyi asuinympäristöön ja ihmissuhteisiin liittyviä epäkohtia. Osallisuutta vaikeutti omaa ikäluokkaa ja toimintakykyä vastaavan seuran puute ja harrasteet sekä liian aikainen hiljaisuus iltaisin. Vaikka terveydenhuoltoon liittyvät suositukset (esim. Exell ym. 2013) velvoittavat suunnittelemaan palveluja normaalia elämää tukeviksi yhä yksilöllisemmin ja yhteisöllisyyttä korostaen, ei ikärajojen poistuminen palvelurakenteesta aina tue kaikkien palveluja tarvitsevien tarpeita. Palvelukodin asukkaiden ikärakenne ja toimintakyky ovat hyvin vaihtelevia. Rakenteelliset, ympäristöön liittyvät puitteet luokittelevat asukkaat toimintakyvyn mukaisiin asumisyksiköihin, jossa ikärakenteella ei ole merkitystä, vaikka nuorempien ja vanhempien asukkaiden sosiaalinen kanssakäyminen voi olla hyvinkin erilaista. Näin ollen korostuu hoitajan rooli osallisuuden mahdollistajana. Keinoja osallisuuden mahdollistamiseen tulisi työyhteistyössä yhdessä pohtia.

Asukaskeskeisyys vastuuhoidajuuden näkökulmasta katsottuna jää tässä tutkimuksessa epäselväksi. Osa asukkaista tiesi vastuuhoidajansa, osa ei. Vastuuhoidajuus oli melko uusi asia niin asukkaille kuin hoitajillekin. Vastuuhoidajamalli tuli käyttöön vuonna 2012 ja saattaa olla, ettei sitä ja siihen liittyviä periaatteita ole vielä ehditty sisäistämään kokonaisuudessaan niin, että se näkyisi yksilövastuisena hoitotyönä arjessa. Vastuuhoidajuuden toimiminen on kuitenkin yksi edellytys asukkaiden osallisuudelle, esimerkiksi luottamuksen näkökulmasta katsottuna (esim. Jämsen – Pyykkönen 2014). On myös todettu, että osallisuus muodostuu tunneperäisesti, tuen ja arvostuksen kokemuksista (Kettunen – Kivinen 2012).

Asukas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä

Asukkaiden mieltymykset ja toimenpide-ehdotukset kohdistuivat pääasiassa aktiivisen arjen tukemiseen. Myös Laitilan ym. (2011) mukaan asiakaslähtöisen toiminnan sisällössä merkityksellistä on mielekäs tekeminen. Mielekäästä tekemistä asukkaille mietittäessä heidät tulisi ottaa mukaan suunnittelemaan erilaisia harrastemahdollisuuksia ja retkiä, jota tämänkin tutkimuksen tulokset puoltavat. Asukkaat toivat myös esiin, että osallisuutta tukisi tieto vaihtoehtoista ja mahdollisuus tehdä valintoja. Tietoisuuden lisääminen esim. tarjolla olevista aktiviteeteistä, olisi myös osallisuutta edistävä tekijä (esim. Norheim ym. 2012).

Mahdollisuudesta olla osallisena palvelukodin hoidon ja palveluiden laadun kehittämiseen oltiin kahta eri mieltä. Esiin tuli myös, että mahdollisuutta osallisuuteen olisi, jos mielenkiintoa riittäisi. Asukkaiden osallisuutta palveluiden ja hoidon kehittämisessä tukisi esimerkiksi Exell ym. (2013) esiin tuoma asiakasraati, joka keskustelisi säännöllisesti henkilökunnan kanssa arvioiden palveluja ja osallistuen suunnitteluun ja kehittämistyöhön. Asukaskasraatiin voisi koota asukkaita eri ikäryhmistä, jotta kaikki ikäluokat tulisivat kuulluksi. Tämän kaltaisessa toiminnassa voitaisiin puhua asiakaslähtöisestä toiminnan kehittämisestä, minkä voidaan todeta olevan lähtökohtana myös osallisuuden kehittämistyössä. Yhteistyön sujuminen hoitajien ja potilaiden välillä on tärkeä tekijä osallisuutta tuettaessa (esim. Piper 2014).

Asukkaiden osallisuus kehittämistyössä on tämän tutkimuksen perusteella riippuvainen asukkaiden aktiivisuudesta, kuulluksi tulemisesta ja sen mahdollistamisesta. Tämän tutkimuksen voidaan katsoa olevan osaltaan osa palvelukodin hoidon ja palveluiden kehittämistyötä osallisuuden näkökulmasta katsottuna. Tutkimuksessa kuultiin asukkaita ja heidän kokemuksiaan osallisuuden eri rooleista. Kehittämistyön mukauttaminen asiakaslähtöisempään suuntaan, vaati hoitajilta kuten myös asukkailta uudenlaista ajattelutapaa. Hoitajan näkökulmasta katsottuna voisi ajatella korostuvan enemmän asukkaiden voimavaroja huomioiva toimintatapa, mikä perustuu yhteistoimintaan asukkaiden kanssa. Asukkaiden näkökulmasta katsottuna heidän vastuullisuutensa ja vaikutusmahdollisuutensa omaan hoitoprosessiinsa tulevat lisääntymään osallisuuden myötä.

7.3 Jatkokehittämiskohteet

Tutkimuksesta nousi esiin selkeitä kehittämiskohteita. Kehittämiskohteina palvelukodin asukkaiden osallisuuden vahvistamiseen liittyen, voidaan katsoa olevan:

1. Asukkaiden mukaan ottaminen oman hoitonsa suunnitteluun ja palveluiden kehittämistyöhön.
2. Aktiivisen arjen monipuolistaminen ja lisääminen asukkaiden toiveiden ja mieltymysten mukaisesti.
3. Hoitotyöhön liittyvien arvojen ja periaatteiden sisäistäminen vastuuhoitajuudessa

Ensimmäinen askel asukkaiden osallisuuden vahvistamiseen näyttäisi olevan kuulluksi tuleminen. Jotta hoitotyö olisi mahdollisimman asukaslähtöistä, se vaatii asukkaiden mukaan ottamisen oman hoitonsa suunnitteluun, joka toteutuisi asukkaan mukanaolona hoitosuunnitelman laatimisessa. Hoitoneuvottelun myötä asukas saisi myös samalla tietoa itseään koskevista asioista. Näin toteutuisi myös asukkaiden mahdollisuus vaikuttaa omaan hyvinvointiinsa. Kun osallisuus hoitosuunnitelmien laatimisessa toteutuu itsestään selvyytensä, voitaisiin siirtyä kohti seuraavaa askelta eli ottaa asukkaat mukaan myös hoitotyön ja palvelujen kehittämistyöhön. Toki kehittämistyötä voitaisiin tehdä aikaisemminkin, mutta viitaten Laitilan ym. (2011) tutkimuksen tuloksiin osallisuus kehittämistyössä toteutuu parhaiten sen jälkeen, kun osallisuus hoitotyön suunnittelussa toteutuu. Tässä tutkimuksessa tuli esiin myös osallisuuteen liittyvää sosiaalista arkuutta. Tärkeänä, voimaannuttavana tekijänä, voitaisiin katsoa olevan asukkaiden itsetunnon vahvistaminen asukasta arvostavan ja huomioivan vuorovaikutuksen myötä, joka voisi todentua juuri asukkaiden mukana olona hoitosuunnitelmien laatimisessa.

Osallisuus hoidon ja palveluiden kehittämistyössä voisi toteutua asukasraadien myötä, jossa huomioitaisiin asukkaiden erilainen toimintakyky ja ikäluokka. Toinen vaihtoehto olisi koota esimerkiksi kaksi erilaista asukasraatia, jossa olisi huomioitu ikärakenne. Asukasraati, johon kuuluisi 8-10 asukasta, voisi kokoontua säännöllisesti ja arvioida sekä miettiä kehitettäviä hoidon osa-alueita ja palveluita. Asukkaiden osallisuutta asukasraadissa voisi tukea tuomalla jo etukäteen esiin asioita, joista keskusteltaisiin kokoonnuttaessa. Tietoa voitaisiin antaa esim. kirjallisena kokouskutsuna selkokielisine asialistoineen. Asukasraadien myötä voitaisiin myös löytää asukkaista uudenlaisia voimavaroja.

Tässä tutkimuksessa tuli esiin, etteivät asukkaat välttämättä tiedä minkälaisia mahdollisuuksia liittyy aktiiviseen arkeen. Aktiivisen arjen monipuolistamista lisäisi tieto mahdollisuuksista ja niihin liittyvistä valinnoista. Asukkaiden osallisuutta tukisi valmiiksi selvitettyt ja esiin tuodut tiedot mahdollisuuksista, joista asukas voisi valita mieleisensä vaihtoehdon. Mahdollisuuksia esiin tuotaessa, olisi tärkeää huomioida myös asukkaiden omat toiveet ja mieltymykset. Asukkaiden toiveiden ja mieltymysten esiin saamiseksi tuotiin tässä tutkimuksessa esiin vastuuhoidajan mielenkiinnon osoittaminen mahdollisuuksien esiin tuojana. Lisäksi, tutkimuksen tuloksiin viitaten, aktiivisen arjen monipuolistamista voitaisiin tukea kyselylomakkeella, jossa olisi selkeät tiedot vaihtoehdoista sekä mahdollisuus esittää myös omien mieltymyksien mukaista toimintaa. Aktiivisen arjen lisäämistä tukisi suunnitelmallisuus, jossa olisi valmiiksi selvitetty ja suunniteltu asukkaiden mieltymyksiä ja toiveita sisältävä viikko- tai kuukausiohjelma sekä ohjelmien toteuttajat.

Tehtäväkeskeisestä hoitotyöstä siirtyminen yksilövastuiseen hoitotyön periaatteiden mukaiseen toimintaan hoitotyön arjessa vaatii aikaa. Ei riitä, että siirrytään vastuuhoidajuuteen, jos hoitotyötä ajatellaan vain työnjakomallina. Jotta yksilövastuu toteutuu, se vaatii myös siihen liittyvän hoitofilosofian sisäistämistä. Lisäksi edellytetään sitoutumista asukaslähtöiseen toimintaan, jossa asukas ja hoitotyöntekijä tekevät yhteistyötä. Yhteistyössä tulee huomioida arvosidonnainen toiminta, asukkaan autonomia, hoidon jatkuvuus, vastuullisuus ja koordinointi. Näiden asioiden sisäistämistä voisi tukea lisäkoulutus käytännön esimerkkeineen.

Lopuksi

Tämä tutkimusprosessi on auttanut ymmärtämään osallisuuden moniulotteisuutta. Osallisuus voi toteutua monin tavoin ja tarkoittaa eri asioita. Yhteinen piirre osallisuudelle on kuitenkin asukaslähtöisyys, jonka voidaan todeta olevan kaiken ydin. Jotta asukaslähtöisyys toteutuu, on asukkaita kuultava, arvostettava heidän mielipiteitään ja otettava heidät mukaan myös kehittämistyöhön.

Tätä opinnäytetyönä toteutettua tutkimusta ovat ohjanneet TtT Iira Lankinen ja TtM Leena Pohjola, joille esitän suurkiitokset.

Lähteet

Armstrong, Natalie – Herbert, Georgia – Aveling, Emma-Louise – Dixon-Woods, Mary – Martin, Graham (2012). Optimizing patient involvement in quality improvement. *Health Expectations* 16, 2013: e36-e47.

Cook, Glenda – Klein, Barbara 2005. Involvement of older people in care, service and policy planning. *Journal of Clinical Nursing* 14, 3a, 2005. 43-47.

Eettiset periaatteet 2012. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/periaatteet>>. Luettu 25.1.2014.

Exell, Pirkko - Junttila, Antti - Ranta, Jouko - Tyyskä, Ulla 2013. Asiakkaan osallisuuden vahvistaminen sosiaali- ja terveystieteiden palveluissa. Helsingin kaupunki, Sosiaali- ja terveystieteiden johtoryhmä 13.6.2013.

Fisher, Jan – Neale, Joanne (2008). Involving drug users in treatment decisions: An exploration of potential problems. Verkkodokumentti. <<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09687630701391604>> Luettu 3.4.2015.

Fudge, Nina – Wolfe, Charles – McKeivitt, Christopher 2008. Assessing the promise of user involvement in health service development: ethnographic study. *BMJ (Clinical research ed.)* 2008; 336(7639);313-317.

Glasdam, Stinne – Henriksen, Nina – Kjaer, Lone – Praestegaard, Jeanette 2013. Client involvement in home care practice: a relational sociological perspective. *Nursing Inquiry* 20 (4), 2013. 329-340.

Gustafsson, Marja-Liisa – Leino-Kilpi, Helena – Suhonen, Riitta (2008). Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät – hoitohenkilöstön näkökulma. *Tutkiva Hoitotyö* 7(4), 2009. 4-10.

Haake, Niina – Nikula, Tuulia (2011). Osallisuus, luottamus ja elinympäristö. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kansalaiskysely 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 1/2011: 38-42.

Harding, Emma – Brown, Dora – Hayward, Mark – Pettinari, Catherine 2010. Service user perceptions of involvement in developing NICE mental health guides: A grounded theory study. *Journal of Mental Health*, 19(3), 249-257.

Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden Strategiasuunnitelma vuosille 2014 – 2016. Verkkodokumentti. <http://www.hel.fi/static/sote/julkaisut/Sote_strategiasuunnitelma2014_2016.pdf>. Luettu 10.11.2013.

Hirsijärvi, Sirkka – Hurme, Helena 1991. Teemahaastattelu. 36, 108. Yliopistopaino. Helsinki.

Hirsijärvi, Sirkka - Remes, Pirkko - Sajavaara, Paula 2013. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Porvoo.

Hitchen, Sherrie - Watkins, Mary – Williamson, Graham – Ambury, Susan – Bemrose, Gillian – Cook, David – Taylor, Maureen (2011). Lone voices have an emotional con-

tent: focusing on mental health service user and carer involvement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24 (2), 164-177.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Verkkodokumentti. http://www.stm.fi/c/_library/get_file?foderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=lkaihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf. Luettu 31.3.2014.

Jämsen, Arja – Pyykkönen, Anne (toim.) 2014. Osallisuuden jäljillä. Verkkodokumentti. <http://www.jelli.fi/lataukset/2014/05/oSallisuuden-j%C3%A4ljill%C3%A4-verkkoversio-pakattuna-16052014.pdf>. Luettu 30.6.2014.

Kankkunen, Päivi, Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kaseva, Kaisa 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä – Integroitu kirjallisuuskatsaus. Verkkodokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-16805.pdf. Luettu 17.12.2013.

Kettunen, Tarja – Kivinen, Tuula 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. *Tutkiva Hoitotyö* 10 (4), 2012. 40-42.

Koikkalainen, Päivi – Rauhala, Liisa 2013. Potilaslähtöisyys – uhka vai mahdollisuus? *Tutkiva Hoitotyö* 11 (2) 2013. 44-46.

Kuosmanen, Lauri - Kurki, Marho – Lepistö, Päivi 2011. Mielen avain – mielenterveyttä ja päihdeettömyyttä Etelä-Suomeen. *Pro Terveys* 2/2011. 51-53.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol. 11, no 1/-99. 3-12.

Laitila, Minna – Pietilä, Anna-Maija 2012. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. *Tutkiva hoitotyö* 10 (1), 2012. 22-27.

Laitila, Minna - Pietilä, Anna-Maija - Nikkonen, Merja 2011. Miten asiakkaiden osallisuus toteutuu mielenterveys- ja päihdetyössä. *Pro terveys*. Terveystieteiden akateemiset johtajat ja asiantuntijat ry:n lehti nro 2/2011. 20-23.

Larjovuori, Riitta-Liisa – Nuutinen, Sanna – Heikkilä-Tammi, Kirsi – Manka, Marja-Liisa 2012. Asiakkaat kuntapalveluiden kehittäjiksi. Opas tehokkaan osallistumisen työkaluihin. Tampereen yliopiston johtamiskorkeakoulu. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos. Verkkodokumentti. <http://www.uta.fi/jkk/synergos/tyohyvinvointi/oppaat/Asiakkaat%20kuntapalvelujen%20kehitt%C3%A4jiksi%202012.pdf>. Luettu 29.5.2014.

Munnukka, Terttu – Aalto, Pirjo (toim.) 2002. Minun hoitajani - Näkökulmia omahoitajuuteen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Norheim, Anne – Guttormsen Vinsnes, Anne 2012. Factors that influence patient involvement in nursing homes: staff experiences. *Vård i Norden* 3/2012. N. 105. Vol. 32. 42-46.

Nummela Tuija (2011). Asiakkaan asema ja oikeuksien toteutuminen aikuissosiaalityössä. Väitöskirjatutkimus. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Yhteiskuntatieteiden laitos. Sosiaalityö. Verkkodokumentti. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0365-5/urn_isbn_978-952-61-0365-5.pdf. Luettu 29.5.2014.

Närhi, Kati – Kokkonen, Tuomo 2013. Osallisuuden esteet ja mahdollisuudet palvelujärjestelmässä. Sosiaalihuoltolaki muuttuu – lisääntyykö osallisuus? – seminaari 12.4.2013. Helsinki. Verkkodokumentti. < <http://www.slideshare.net/THLfi/osallisuuden-esteit-ja-mahdollisuuksia-palvelujrjestelmss?related=1>> Luettu 27.1.2014.

Palvelukodin toimintafilosofia 2014.

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997: 215-221. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva 1998.

Pietilä, Anna-Maija – Halkoaho, Arja – Matveinen, Mari – Länsimies-Antikainen, Helena – Häggman-Laitila, Arja – Kangasniemi, Mari 2013 Terveystasa-arvo ohjaavana periaatteena: arvotyöskentelystä toimintojen suuntaamiseen terveyden edistämiseksi. Tutkiva Hoitotyö 11 (1), 2013. 35-43.

Piper S. 2014. How to empower patients, and involve the public. Nursing Standard. 29.4. 2014. 37-41.

Pukuri, Tarja 2002. Teoksessa Minun hoitajani, näkökulmia omahoitajuuteen. 56-72. Munnukka, Terttu - Aalto, Pirjo. (toim.). Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Päivärinta, Eeva 2012:16. Mitä me tarjoamme ja tarvitsemme – mihin me olemme menossa? Toiveena iloilla ryyditetty ikääntyminen, itsemäärääminen ja ihmisarvoinen elämä. Pro terveys 3 (2012). 16-17.

Raivio, Helka 2013. Työelämäosallisuuden hyvät käytännöt Euroopassa – hanke. Osallisuus syrjäytymisen vastaparina. Sosiaalihuoltolaki muuttuu – lisääntyykö osallisuus? –seminaari 12.4.2013. Helsinki. Verkkodokumentti. <<http://www.slideshare.net/THLfi/osallisuus-syrjytymisen-vastaparina-helka-raivio>>. Luettu 27.1.2014.

By Rise, Marit – Solbjør, Marit – Lara, Mariela – Westerlund, Heidi – Grimstad, Hilde – Steinsbekk, Aslak 2011. Same description, different values. How service users and providers define patient and public involvement in health care. Health Expectations, 16, 2011. 266-276.

Rotko, Tuulia 2013. Osallisuuden kokeminen osatekijänä terveyden tasa-arvossa. Kansalaisvaikuttaminen ja osallisuus-seminaari 10.6.2013. Verkkodokumentti. <http://www.slideshare.net/trof/soste-10-62013-rotko?related=2>. Luettu 27.1.2014.

Thomas, Jessica – O'Connell, Beverly - Gaskin, Caderyn 2013. Residents' perceptions and experiences of social interaction and participation in leisure activities in residential aged care. Contemporary Nurse 45 (2), 2013. 244-254.

Toikkanen, Tuulikki 1994. Vanheneminen ja vanhuus. Lahtelaisten, 75-79-vuotiaiden kokemuksia vanhenemisestä, hyvästä vanhuudesta, elämän tarkoituksesta ja kuolemasta. Lisensiaatintyö. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Hansaprint Oy. Vantaa 2013.

Tyrrel, Jeanne – Genin, Nathalie – Myslinski, Michele 2006. Freedom of choice and decisionmaking in health and social care: Views of older patients with early-stage dementia and their carers. Verkkodokumentti. <<http://www.lip.univ-savoie.fr/uploads/PDF/1139.pdf>. >Luettu 23.2.2014.

Vantaan kaupunki. Vantaan ikääntymispoliittinen ohjelma. Verkkodokumentti. <http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/95667_Viksun_verkosto_ja_toiminta_2010-2015_10.1.2014.pdf>. Luettu 25.1.2014.

Teemahaastattelu

Haastattelun teemat perustuvat Kasevan ym. (2011) kirjallisuuskatsaukseen osallisuuden eri asteista. Osallisuuden asteet ovat: 1) Asiakas palvelujen kohteena, 2) Asiakas palautteen antajana, 3) Asiakas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä, 4) Asiakas aktiivisena sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kehittäjänä. Tässä teemahaastattelurungossa osallisuuden aste 4 on sisällytetty teema-alueeseen 3. Suluissa on esimerkkejä teemojen apukysymyksistä.

1 Asukas palvelun kohteena

- Asukkaiden osallisuus arjessa (Minkälainen on tavallinen päivä, mitä ei voi tehdä vaikka haluaisi, missä asioissa tekee itsenäisiä päätöksiä, miten hoitaa itse itseään)
- Sosioekonomisten tekijöiden vaikutus osallisuuteen (Asukkaiden tasapuolinen/oikeudenmukainen kohtelu)

2 Asukas palautteen antajana

- Asiantuntijuus ja tiedon hallinta (tiedon saanti omista sairauksista, lääkityksestä, vaihtoehtoisista hoitomuodoista ja itsehoidosta)
- Sosiaalinen tuki ja voimaantuminen (mitä asioita arvostaa/mitkä asiat ovat tärkeitä hoidossa, vastuuhoidajuudessa ja palvelussa yleensä, miten kokee asukkaana olemisen/palveluympäristön, mitä mieltä on palvelukodin turvallisuudesta)
- Itsemäärääminen (Miten toteutuu palvelukodissa, kuulluksi tuleminen, osallistuminen oman hoidon ja kuntoutuksen suunnitteluun, miten toiveet ja mielipiteet huomioidaan)
- Käsitukset asukaskeskeisyydestä (minkälainen on suhde vastuuhoitajaan/ muihin hoitajiin ja asukkaisiin, miten kokee nykyisen hoidon/palvelun laadun)

3 Asukas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä

- Asukkaiden mieltymykset ja toimenpide-ehdotukset (minkälaiset asiat piristävät arkea, miten pystyy vaikuttamaan palvelukodin palvelujen ja hoidon kehittämiseen, tiedonsaanti talon ulkopuolisista palveluista/mahdollisista tukiverkostoista, mitä palvelukodista puuttuu, mitä mieltä on viriketoiminnasta/yleishyödyllisistä työtehtävistä, minkälainen on hyvä vastuuhoitaja)