



AMMATTI-IHMISET VANHUSTEN ASIALLA

Gerontologinen erityisosaaja kehittäjänä

Jouppila-Kupiainen Elina, Kammonen Sirpa, Kirvesniemi Tiina,
Kuru Tiina, Mikkonen Helena, Piirainen Anu, Rautasalo Eija,
Reunanen Merja ja Utriainen Seija (toim.)



MAMK

University of Applied Sciences

AMMATTI-IHMISET VANHUSTEN ASIALLA

Gerontologinen erityisosaaja kehittäjänä

Jouppila-Kupiainen Elina, Kammonen Sirpa, Kirvesniemi Tiina,
Kuru Tiina, Mikkonen Helena, Piirainen Anu, Rautasalo Eija,
Reunanen Merja ja Utriainen Seija (toim.)



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU
MIKKELI 2014

D: VAPAAMUOTOISIA JULKAISUJA – FREE-FORM PUBLICATIONS 42

© Tekijä(t) ja Mikkelin ammattikorkeakoulu

Kannen kuva: Manu Eloaho

Kannen ulkoasu: Tammerprint Oy

Taitto- ja paino: Tammerprint Oy

ISBN: 978-951-588-473-2 (nid.)

ISBN: 978-951-588-474-9 (PDF)

ISSN: 1458-7629

julkaisut@xamk.fi

LUKIJALLE

Vuonna 2014 toteutettiin Gerontologinen erityisosaaminen, korkea-asteen oppisopimustyyppinen koulutus kolmannen kerran. Mukana olivat Diakonia-ammattikorkeakoulu, Kajaanin ammattikorkeakoulu, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ja Mikkelin ammattikorkeakoulu. Koulutukseen osallistuivat vanhustyössä toimivat, korkeakoulututkinnon suorittaneet henkilöt sosiaali-, terveys- ja liikunta-aloilta.

Gerontologisen erityisosaamisen toisessa koulutuksessa tehtiin julkaisu 'Voisimmeko yhdessä olla enemmän?', jossa painotettiin yhdessä tekemistä. Tässä julkaisussa 'Ammatti-ihmiset vanhusten asialla – Gerontologinen erityisosaaja kehittäjänä' korostuu yhdessä tekemisen lisäksi ns. vanhuspalvelulain (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista, 980/2012) toimeenpanoon liittyvät haasteet ja työtavat. Yhdessä tekeminen on edelleen ollut koulutuksen tärkeä voimavara, jossa opiskelijoiden ja työyhteisöjen sitoutuminen on tuottanut konkreettisia tuloksia vanhustyön uusiksi toiminnoiksi. Uusi vanhuspalvelulaki antaa raamit rohkealle vanhustyön uudistamiselle. Tämä julkaisu luo näkymiä kehittämisen mahdollisuuksille.

Julkaisun artikkeleissa Gerontologinen erityisosaaminen -koulutuksen opiskelijat esittelevät kehittämistöitään, joita he toteuttivat työyhteisössään. Kehittämistyö ja siitä kirjoitettu artikkeli oli osa opiskelijan oppimisprosessia. Julkaisussa artikkelit on koottu seuraavien teemojen mukaisesti: vanhusten voimavarojen näkyväksi saaminen, kodin ja kodinomaisuuden korostaminen, elämisen laadun turvaaminen arjen aktiviteeteilla, vanhuspalvelulain toimeenpano ja ammatillisen vanhustyön kehittäminen.

Mikkelissä 3.10.2014

Toimituskunta

Jouppila-Kupiainen Elina, Kammonen Sirpa, Kirvesniemi Tiina, Kuru Tiina, Mikkonen Helena, Piirainen Anu, Rautasalo Eija, Reunanen Merja ja Utrainen Seija

FOR THE READER

Gerontological specialist, higher continuing professional apprenticeship education was implemented for the third time in 2014. There were students from Diaconia University of Applied Sciences, Kajaani University of Applied Sciences, Kymenlaakso University of Applied Sciences and Mikkeli University of Applied Sciences. The participants of this education were professionals with higher education working in elderly care in the fields of social services, health and sport.

During the second implementation of this Gerontological specialist education a publication 'Could we spend more time together? – A gerontological Specialist as a participant in everyday life of elderly people' was created, the focus of which was in working together. In this new publication 'Professionals on elderly people's side – A Gerontological specialist as a developer' the emphasis is apart from working together on the challenges and working methods related to the implementation of the new Act on elderly people's services ('Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Services for Older Persons'). During the third education working together has had an important role in which the commitment of both the students as well as the working communities has produced concrete results as new working methods in elderly care. The new Act on elderly people's services gives the framework to reform elderly people's care. This publication creates new perspectives for the development.

In the articles of this publication the students of the Gerontological specialist education present their development work that were carried out in their work communities. Development work and the article about the same theme are included in the studying process. In the publication the articles have been compiled according to the following themes: perceiving the resources of elderly people, emphasizing home and homely atmosphere, securing the quality of life, implementing the Act on elderly people's services and developing professional elderly care.

Mikkeli, 3 October 2014

Editors

Jouppila-Kupiainen Elina, Kammonen Sirpa, Kirvesniemi Tiina, Kuru Tiina, Mikkonen Helena, Piirainen Anu, Rautasalo Eija, Reunanen Merja ja Utriainen Seija

SISÄLTÖ

LUKIJALLE FOR THE READER

JOHDANTO

*Jouppila-Kupiainen Elina, Kammonen Sirpa, Kirvesniemi Tiina,
Kuru Tiina, Mikkonen Helena, Piirainen Anu, Rautasalo Eija,
Reunanen Merja ja Utriainen Seija*

I. VANHUSTEN VOIMAVARAT NÄKYVÄKSI

Voimavaralähtöisen kuntouttavan kotihoidon mallintaminen <i>Jouha Mervi ja Kröger Sirpa</i>	11
Kuntouttavan työotteen kehittäminen Savonlinnan keskussairaalan sisätautiosastolla <i>Myllymäki Anne</i>	23
Kuntouttava työote osaksi arkea Juvan kotihoidossa <i>Roiha Marika ja Takkinen Marja</i>	35

2. KOTIIN IHMISEN MIELI

Kotiuttamisen tarkistuslistan kehittäminen potilaan kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitopaikkaan kirurgiselta osastolta <i>Kasper-Immonen Marjo ja Kosonen Mia</i>	42
Sosiaalityön rooli potilaan kotiuttamisessa vuodeosastolla 6 <i>Huttunen Marketta</i>	52
Tavallisesta palveluasumisesta tehostettuun palveluasumiseen - Puruveden palvelutalon muutosprosessi <i>Kastikainen Anu ja Marjava Tiina</i>	63

Ikääntyneen potilaan kotiutuminen osastolta
- ohjausmallin kehittäminen fysioterapeuteille 74
Kaskinen Pirjo ja Lajunen Tiina

Laitoshoidosta palveluasumiseen 88
Huotari Heidi ja Huotari Niina

3. ARJEN AKTIVITEETEILLA ELÄMISEN LAATUA

Läsnäolosta elämisen laatua arkeen 98
Hakamäki Eija

Ikäihmisten yhteisöllisyyden edistäminen korttelikerhon pilotointina 108
Väisänen Marjatta

Viriketoiminnan käynnistäminen Honkaharjun sairaalan osastolla 2 120
Andronoff Susanna

Virikettä viikkoon, pilkettä silmiin Punkaharjun vuodeosastolla 131
Loikkanen Kirsi

Kulttuurituokio vai palvelutuokio?
Asiakaslähtöinen kulttuuritoiminta palvelutalossa asuessa 138
Liikkanen Satu

4. VANHUSPALVELULAKI TOIMINNALLA TODEKSI

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen
vastuutyöntekijämalli hoitotyössä 151
Yli-Karro Ulla

Moniammatillinen henkilöstörakenne 157
Kainulainen Satu

Pieksämäen kaupungin kotihoidon omavalvontasuunnitelma 166
Kosonen Heli, Lempinen Laura ja Talotie Sirkka-Liisa

Ikäihmisen ääni 176
Partti Anne

Valvonta Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen vanhushuoneissa 185
Jokinen Rii-Liisa

Vastuuhoitajan rooli kotihoidon asiakkaan kuntouttavan
arviointijakson aikana 193
Linden Outi

Haminan vanhustyön kotihoidon palveluohjaus 203
Ahonen Teija

5. AMMATTI-IHMISET VANHUSTEN ASIALLA

Muutos voimavaraksi – Hoitajien matka
hoivakulttuurista hyvinvointikulttuuriin 210
Viljakainen Tiina

Muistikoordinaattori kotona asuvan muistisairaana tukena 221
Anttonen Arja

Suuntana yhtenäisemmät ja ergonomisemmat avustustavat
Pappilanpuiston palvelutalossa 229
Jantunen-Määttä Marjo

Ammatillisen täydennyskoulutuksen arviointilomakkeen
käyttöönotto Itä-Savon sairaanhoitopiirin itäisessä kotihoidossa 239
Laakkonen Niina

Nuoret hoitajat vanhustyöhön 246
Pasi Anne

Iäkkäiden lääkitysturvallisuuden edistäminen hoivaosastolla 256
Kovaleva Galina

Saattohoidon järjestäminen ja toteutus hoivakoti Kolmisoinnussa 268
Laukkarinen Hanna ja Tulkki Tanja

Validaatio tutuksi laajennetulle työyhteisölle
palvelukoti Willa Wanhassa 279
Tolonen Tarja

Psykogeriatrinen potilas akuuttiosastolla 288
Saari Helena

JOHDANTO

lääkkäille järjestettävien palvelujen ja gerontologisen erityisosaamisen tarve lisääntyy lähitulevaisuudessa jatkuvasti. Vanhustyön haasteena tulee olemaan ikääntyneen väestön moninaisuus, laitoshoidossa olevasta vanhuksesta maailmanympärimatkoja tekevään aktiiviseen senioriin. Vanhusten määrä lisääntyy ja elinikä pitenee, mutta samanaikaisesti palvelut pitää tuottaa niukkenevilla resursseilla. Vanhuspalveluiden painopisteen siirtyminen kotiin sekä lisääntyvä monikulttuurisuus tuovat uusien toimintatapojen (esim. Elinkaarimalli) osaamisen haasteita vanhustyön toimijoille.

Gerontologinen erityisosaaminen -koulutuksessa painottui vanhusten hyvinvoinnin ja toimintakykyisyyden tukeminen voimavaraistavien ja ennaltaehkäisevien työmenetelmien sekä teknologiavälitteisten palveluiden avulla. Sisällön periaatteina olivat vanhusten osallisuuden ja voimavaralähtöisen asiakkuuden sekä elämänlaadun vahvistaminen. Vanhustyön osaaminen perustuu gerontologisen tietoperustan ja vanhustyön menetelmien tehokkaaseen ja vaikuttavaan soveltamiseen sekä kehittämiseen laadukkaiden palvelujen tuottamiseksi.

Asiakaslähtöisten palveluiden ja niiden tuottamisen prosessien kehittäminen tukevat ikääntyvien arkea. Palvelurakenne kehittyy kohti yksiportaista järjestelmää, mikä osaltaan vaatii myös osaamista ja laajaa näkökulmaa vanhuspalveluiden kehittämisessä. Valtakunnallinen sote-uudistus (sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus) muuttaa henkilöstön sijoittumista, siinä muutoksessa tarvitaan vahvaa osaamista ja työmotivaatiota sekä työssä jaksamisen tukemista.

Voimavaralähtöisyys edellyttää vanhuksen olemassa olevien voimavarojen tunnistamista, käyttöönottoa ja edistämistä. Fyysiset, kognitiiviset, sosiaaliset ja psyykkiset voimavarat muodostavat toimintakyvyn kokonaisuuden. Toimintakyky toteutuu yksilön ja elinympäristön vuorovaikutuksessa.

Vanhustyössä oleellista on arvioida toimijuutta arjen tilanteissa ja kuunnella ihmisen toiveita ja tarpeita. On muistettava, että arvioinnissa käytettyjen mittareiden tuottaman tiedon lisäksi on aina kuunneltava asiakasta ja huomioitava hänet yksilöllisesti elämäntilanteessaan.

Ikäkkäiden sairastavuus on muuta väestöä suurempaa ja näin ollen ikääntynyt saattaa viettää eri syistä eripituisia jaksoja sairaalassa tai laitoksessa. Laitoshoitomutoista asumista pyritään vähentämään ja kotona asumista tuetaan mahdollisimman pitkään, sillä elämänlaadun kannalta koti on usein paras paikka. Koti merkitsee ikääntyneelle itsemääräämisoikeutta, siellä on mielekästä tekemistä ja ikääntynyt pystyy osallistumaan omaan elämäänsä parhaiten omassa kodissaan. Onnistunut kotiutuminen laitos- tai sairaalajaksolta on erittäin tärkeää. Ikääntynyt saattaa pelätä kotiutumista ja pohtia, miten jatkossa selviytyy kotonaan. Kotiutumisen onnistumiseen tarvitaan monialaista yhteistyötä ja osaamista ja siinä saatetaan tarvita erilaisia tarkistuslistoja, jotta kaikki asiat tulevat huomioitua. Sosiaalityön rooli on tärkeä siirtymävaiheessa ja korostuu erityisesti silloin, jos vanhuksen paras asumismuoto ja kotiutumipaikka onkin jokin muu kuin oma koti.

Viime vuosina on kiinnitetty yhä enemmän huomiota ikäihmisen mahdollisuuksiin osallistua itseään kiinnostavaan toimintaan. Ikäihmisen osallisuutta ja yhteisöllisyyttä tuetaan erilaisten arjen aktiviteettien avulla, jotka voivat tarkoittaa pieniä hoitajan tai ohjaajan suunnitteleimia tilanteita ulkoilusta erilaisiin kulttuurisiin ja luoviin toimintoihin. Toisaalta arjen aktiviteettien kehittäminen voi olla osa työyksikön laajempaa kehittämistyötä. Asiakkaan kokonaisvaltaisen toimintakyvyn kannalta pienetkin arjen aktiviteetit voivat olla merkittäviä. Aktiviteettien kehittämistä tarvitaan niin pitkäaikaishoidossa, palvelukodeissa kuin vanhusten omissakin kodeissa. Arjen aktiviteettien tulisi olla kaikkien saavutettavissa.

Muistisairauksien yleistyessä tarvitaan yhä lisääntyvää panostusta muistisairaalan elämän laadun parantamiseen. Kaikkien ikäihmisten kohdalla taide ja kulttuuri hoito- ja hoivatyössä ovat tehokkaita ja hyödyllisiä lievittämään yksinäisyyttä, lisäämään osallisuutta ja ehkäisemään syrjäytymistä. Onnistuneet aktiviteetit vahvistavat toimintaan osallistuneiden toimijuuden tunnetta, autonomiaa ja arvokkuuden kokemusta. Arjen aktiviteettien näkeminen osana hyvää ja laadukasta vanhuspalveluja on tärkeä viesti kaikille vanhustyön toimijoille.

Vanhuspalvelulaissa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista, 980/2012) korostetaan gerontologisen hoito- ja sosiaalityön sekä geriatrian alan erityisosaamista. Laissa edellytetään myös vanhuspalveluiden omavalvontaa, joka vaatii osaamista ja kehittämistä. Teknologiavälitteisten palveluiden radikaali monipuolistuminen sekä niiden tarpeen ja käytön lisääntyminen haastavat vanhustyön toimijat kehittämään osaamistaan. Lisäksi useisiin valtakunnallisiin ja alueellisiin hankkeisiin on integroitu ikäosaamista, joka yhdistää vanhuksat, työelämän toimijat (julkinen, yksityinen ja kolmas sektori) opiskelijat, kehittäjät ja opettajat.

Vanhustyö profiloituu hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja terveyden edistämiseen. Oleellista on kehittää näyttöön perustuvaa työtä ja hyödyntää hyvinvointiteknologiaa kotihoidossa. Lähtökohtana on ikäihmisen voimavarojen tunnistaminen ja vahvistaminen. Vanhustyön päätavoitteena on tukea oma-toimista ja itsenäistä selviytymistä. Myös vanhuspalvelulain yhtenä tavoitteena on tukea mahdollisimman pitkää kotona asumista. Vanhusten ja muistisairaiden kotona selviytymistä tukee kuntouttava ja voimavaralähtöinen vanhustyö. Siihen yhdistyy ympäristön esteettömyyden arviointi ja kehittäminen sekä teknologisten ratkaisujen hyödyntäminen.

Vanhustyö toimintaympäristönä on jatkuvasti uudistuva ja muuttuva. Ala kaipaa toisaalta uusia, innovatiivisia työntekijöitä, jotka näkevät alan mahdollisuudet. Uudistuminen lisää vanhustyön arvostusta ja siihen sitoutumista. Muutospaineita tulee sekä asiakkaiden että työntekijöiden suunnalta samalla kun hyvinvointiyhteiskunnan palvelut niukkenevat. Vanhustyön palvelujen tarjoajilla on oltava riittävästi monipuolista ja innovatiivista asiantuntemusta, niin että palvelut tukevat ikääntyneiden muuttuvia tarpeita ja vastaavat vanhustyön toimintaympäristön haasteisiin. Korkea-asteen oppisopimustyyppinen koulutus lisää vanhustyön toimijoiden koulutusmahdollisuuksia, työn arvostusta ja työssä jaksamista.

Koulutuksen aikana tehdyt kehittämistyöt ja niistä kirjoitetut artikkelit monipuolistavat työhön orientoitumista hoivatyöstä laaja-alaiseen hyvinvointikulttuuriin. Kehittämistyöt ja artikkelit ovat lähtöisin jokaisen opiskelijan ja hänen työyhteisönsä kehittämistarpeista. Artikkelit ovat teemoiteltu seuraavasti:

Vanhusten voimavarat näkyväksi
Kotiin ihmisen mieli
Arjen aktiviteeteilla elämisen laatua
Vanhuspalvelulaki toiminnalla todeksi
Ammatti-ihmiset vanhusten asialla.

Hyviä ja kehittäviä lukuhetkiä!

I. VANHUSTEN VOIMAVARAT NÄKYVÄKSI

VOIMAVARALÄHTÖISEN KUNTOUTTAVAN KOTIHOIDON MALLINTAMINEN

Jouha Mervi ja Kröger Sirpa

TIIVISTELMÄ

Artikkeli käsittelee kuntouttavan lyhytaikaishoidon kehittämistä yksityisessä terveydenhuollossa. Tavoitteena on kehittää palvelumalli kuntouttavalle voimavaralähtöiselle kotiutushoidolle. Kehitystyötä varten on kartoitettu sosiaali- ja terveysalan toimintaympäristön erityispiirteitä ja palveluntuottajia Keski-Suomen alueella. Osana palvelujen mallintamisessa sovelletaan Miset Oy:n Muotoillut palvelut -hankkeen palvelumuotoilua. Palvelumuotoilu perustuu käyttäjälähtöiseen suunnitteluun, kuinka asiakkaat kokevat palvelun ja käyttävät sitä. Kehitystyöllä haetaan tutkittuun tietoon ja hyvin käytäntöihin perustuvaa toimintamallia erikoissairaanhoidosta kotiutumisen taitekohtaan, jolloin asiakas siirtyy laitoshoidosta itsenäisempään asumiseen tai kuntoutukseen.

Johdanto

Tietoperusta voimavaralähtöisen kuntouttavan kotihoidon mallintamiseen on haettu luomalla katsaus tutkimuksiin ja käytäntöihin, kuinka kunnat ja yksityiset palveluntuottajat toimivat kotiutustilanteissa. Keski-Suomessa kuntouttavaa kotiutushoitoa ikääntyneille tarjoavat lähinnä kaupungit ja kunnat. Pieksämäellä kaupungin palveluja ovat kotihoidon kotisairaaloiminta ja kotiutusyksikkö sekä lyhytaikaishoitoa tarjoava Kerttulan palvelukeskus. Yksityisiä palveluntuottajia Pieksämäellä ovat muun muassa Kirkkopalvelut ry:n Koivurannan palvelukeskus ja Attendo Puistokartanon Hoivakoti. Pieksämäen kaupunki rakennuttaa Hiekanpähän Hiekkis-elämänkaarikeskusta palvelutaloinen. Tarve kodinomaisesta kuntouttavasta kotiutushoidosta on lähtöisin yksityisen kotisairaanhoidon asiakkaiden tarpeista. Kuilu laitoshoidosta kotiin siirtymiseen on vielä suuri, kotiin vietävillä palveluilla voidaan

osittain tukea asiakkaan kuntoutumista omatoimiseen selviytymiseen omassa kodissa. Haastavaa julkisen terveydenhuollon palvelujen piiristä siirtymisessä on tiedonkulku: epikriisien viivästyminen, kuntoutussuunnitelman tekeminen sekä palvelukartoitus- ja oikea-aikainen ohjaus. Kokonaisvaltainen kuntouttava työote on siirtynyt käytäntöön melko hitaasti (Olkoniemi 2007, Tarhonen 2013). Artikkelin kirjoittajilla on tavoitteena mallintaa olemassa olevien tutkimustulosten pohjalta kuntoutumista tukeva malli kotiutumisen taitekohtaan.

Palveluprosessien sisällön ja laadun muokkaaminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukenttää jakaa palvelutuotannossa tarvittava osaaminen. Palvelutuotantoja yhdistävä tekijä on kuitenkin se, ettei palveluja ole olemassa ilman niiden käyttäjiä, joiden tarpeita palvelu on luotu vastaamaan. Yksityisen kuntouttavan kotihoidon kehittämisen keskiössä on asiakkaan tarpeisiin vastaaminen palveluntuottajan toiminta-ajatuksen ja resurssien puitteissa.

Asiakkaan omia voimavaroja tukevan kuntoutuksen lähtökohtana on vastaaminen asiakkaan yksilölliseen tarpeeseen sekä kokemus saaduista palveluista. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuutta ohjaa lainsäädäntö ja asiakkaan oikeudet; laadukkaat palvelut kuuluvat kansalaisten perusoikeuksiin. Asiakkuusajattelun kehittyminen on myös siirtänyt vastuuta käyttäjille itselleen: asiakas on palvelujen aktiivinen käyttäjä. Yksityisen sektorin kasvu palvelujen tuottajina on vahvistanut palvelujen käyttäjien asemaa kuluttajina.

Asiakkuus koskee monia rajapintoja, joista palveluntuottajan on oltava selvillä: asiakkaan juridinen asema, asiakkaan asema kuluttajana sekä asiakkaan asema palvelukäyttäjänä.

Voimaantuminen osana kuntoutusprosessia

Asiakkaan aktivointi palveluprosessiin ja omasta hyvinvoinnista huolehtimiseen on osa asiakaslähtöisyyteen liittyviä lähestymistapoja, joihin kiinteästi liittyy asiakkaan voimaannuttaminen. Ikääntynyt on aikuinen yksilö omine kokemuksineen. Työntekijä toimii tasavertaisena kuntoutuskumppanina, jolloin mahdollistuu avoin vuorovaikutus, jossa annetaan suoraa palautetta toisen osapuolen autonomisuutta ja yksilöllisyyttä kunnioittaen. Luottamuksellinen vuorovaikutus työntekijän ja ikääntyneen välillä on osa voimaantumista.

”Onnistuneimmat kuntoutumiskokemukset näyttäisivät syntyvän juuri tämän kohtaamisen ja hyväksymisen kautta. Nähdyksi ja kuulluksi tullessaan kuntoutuja ottaa myös kuntoutuksen menetelmät omakseen ja löytää niistä hyödyt omaan elämäänsä – omaan tahtiinsa.” (Pikkarainen 2013, 14.)

Voimavaralähtöinen lähestymistapa korostaa yksilö- ja yhteisötasolla käyttämättömien voimavarojen etsimistä ja löytämistä. Terveyden edistäjä ei toimi tiedon jakajana, vaan asiakkaan reflektoinnin tukijana. (Kotisalo & Rättyä 2014.)

Tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa

Sanna Järnströmin tutkimuksen (2011) mukaan vanhuksille tärkeitä osastohoidon aikana ovat muun muassa omien jatkohoitotoiveiden toteutuminen, voinnin koheneminen, omaisilta saatu tuki, oma koti, avun saaminen, hengelliset asiat ja huumori. Vanhukset olivat osastolla osittain tyytyväisiä hoitohenkilöstöön, sosiaaliseen kanssakäymiseen, ulkoiluun, palveluihin, papin käynteihin ja kuntoutukseen. Asiakaslähtöisyys geriatrisilla osastoilla on kuitenkin lähinnä ideologisella tasolla. Itsemääräämisoikeus ei aina toteudu: vanhuksen toiveita ei kysytä, avun saaminen voi kestää pitkään, eikä jatkohoitosuunnitelmiin ole mahdollisuutta itse vaikuttaa. Myös osallisuudessa ja tasavertaisessa vuorovaikutuksessa on parannettavaa: hoidon tavoitteista ei kysytä vanhuksesta, osallistumiseen ei ole mahdollisuuksia, kuntouttavaa työtettä ei toteuteta ja hoitohenkilöstön kanssa on vaikea keskustella. Tiedonsaannissakin oli ongelmia: osa vanhuksista ei esimerkiksi tiennyt jatkohoitosuunnitelmastaan.

Saarikan malli

Sote-uudistuksen myötä myös Saarikassa eli Saarijärven, Karstulan, Kivijärven, Kyyjärven ja Kannonkosken kunnissa on keskitetty sairaanhoitoa ja kuntoutusta: akuuttisairaanhoito ja päivystys Saarijärvelle ja ammatillinen kuntoutustoiminta Karstulaan. Uudenlaisen kuntoutusosaston toiminta käynnistyy Saarikan Karstulan terveystalossa lokakuun 2014 alusta. Visioita ja käytännön kokemuksia on haettu Raahen terveysaseman kuntoutustoiminnasta. (Matilainen 2014.)

Arviolta 60 % asiakkaista tulee kuntoutusyksikköön keskussairaalan kirurgiselta tai neurologiselta osastolta. Kirurgisia kuntoutusasiakkaita ovat esimerkiksi lonkka- ja polvileikkauksen jälkeiseen kuntoutukseen tulevat. Neurologiselta osastolta tulevat puolestaan aivohalvauksesta tai aivoverenvuodosta kuntoutuvat potilaat.

Palveluohjauksen kautta arvioidaan tulevan noin 20 % asiakkaista, jolloin puhutaan pyörövi-ilmioistä. Ilmiöllä tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että asiakkaalla on useita hoitajaksoja osastolla. Tällöin geriatrinen asiakas otetaan arviointi- ja tutkimusjaksolle. Tutkimusjaksolla perehdytään hänen tilanteeseensa ja sairauksien hoitoon sekä laaditaan moniammatillinen kuntoutussuunnitelma.

Noin 20 % hoidoista koostuu lyhytaikaisista akuuteista osastohoidoista, kuten lyhyehköistä suonensisäisistä antibiootihoidoista virtsatie- ja hengitystieinfektioihin. Myös dialyysipotilaat hoidetaan ammattitaitoisesti Karstulassa. Omaishoitajan sairastuessa äkillisesti intervallihoitoon pääsee myös omaishoitajan hoidettava. Kuntoutettavia asiakkaita voivat olla myös kehitysvammaiset, jotka tarvitsevat lonkkaoperaation jälkeistä kuntoutusta.

Psykiatrisista kuntoutusasiakkaista kuntoutusosaston hoitoa tarvitsevat esimerkiksi lääkityksen seurannassa olevat, uni-valverytmin korjausta tarvitsevat sekä suisidaaliset asiakkaat. Heillä on hoitosuhde Karstulan mielenterveystoimistoon. Hoitajaksojen on arvioitu kestävän noin viikon. Aivohalvauspotilaat tarvitsevat sen sijaan pidemmän kuntoutusjakson. Kotiuttaminen käynnistyy saattamalla, jolloin koti valmistellaan asiakkaan tarpeita varten.

Käytännössä hoitotyö painottuu kuntouttavan otteen juurruttamiseksi koko henkilökuntaan. Ateriat syödään päiväsalissa katetun pöydän ääressä, ja annosjakelusta luovutaan. Päiväsalissa seurustellaan, ja käytettävissä on kuntosali, päiväkeskustoiminnan virikkeet ja sauna. Ulkoilua tehostetaan, ja vaatetus on kuntoutumista ajatellen sopiva.

Henkilökunnan muodostaa moniammatillinen tiimi: kaksi fysioterapeuttia, toimintaterapeutti, seitsemän sairaanhoitajaa, kuusi lähihoitajaa ja lääkäri. Kuntoutusasiakkaita on 24. Henkilökunta omaksuu koulutuksessa tehostetun kuntouttavan hoitotyön periaatteita, jolloin asiakkaan voimavaroja, kuntoutumista ja itsenäistä selviytymistä tuetaan tavoitteellisesti. Tärkeää on niin ikään tarvittavien apuvälineiden hankinta ja niiden käyttöön ottaminen tehokkaasti myös kotona.

Uudenlaisen kuntoutusyksikön toiminnassa on myös haasteita muun muassa tiedottamisessa, kuntouttavan työotteen juurruttamisessa ja kroonisten sairauksien arvioinnissa ja asiantuntemuksessa. Uuden kuntoutusyksikön toiminnasta on tiedotettava julkisesti alueen väestölle ja terveydenhuollon yksiköiden työntekijöille. Kuntoutusyksikön henkilökunnan tulisi kyetä omaksumaan hienovarainen ja eettisesti korkeatasoinen kuntouttava työote, jolloin asiakkaan kuntoutuminen toteutuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Arvioitaessa kroonisia sairauksia korostuu asiantunteva asiakkaan ohjaus. Hoitajilla on käytössään motivoivan haastattelun menetelmä sekä rohkeutta käyttää ammattitaitoaan niin, että asiakas saa kaiken parhaan mahdollisen tiedon ja ohjeet sairautensa hoitoon. Toiveena on, että tilaa ja välineitä parannetaan kuntoutusta edistävämmäksi ympäristöksi, sekä henkilökunnan määrä mahdollistaisi kuntouttavan työotteen toteuttamisen käytännössä. (Matilainen 2014.)

Lähtökohdat

Vanhuspalvelulaki ja laatusuositus määrittelevät ikääntyneeksi väestöksi yli 63-vuotiaat. Lähtökohdana on turvata vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville. Valtakunnallisena tavoitteena on, että 91–92 % 75 vuotta täyttäneistä asuu kotona vuonna 2017. Mahdollisuus asua iäkkäänä kotona edellyttää kuntoutuspalveluiden huomattavaa lisäämistä ja monipuolisuutta. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi nostaa myös ennaltaehkäisevät palvelut oman asumisen ennakoinnin tueksi. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2013.)

”Hyvälaatuinen palvelu on vaikuttavaa ja turvallista, asiakaslähtöistä ja asiakkaan tarpeisiin vastaavaa ja hyvin koordinoitua.” (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2013, 39.)

Kuntoutuksen tarvetta aiheuttavat runsas sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen käyttö sekä erilaiset siirtymävaiheet, kuten sairaalasta kotiutuminen, puolison tai elämäntoverin menettäminen sekä mielenterveyden häiriöt, esimerkiksi masennus ja yksinäisyys. Myös omaishoitajuus ja pitkään kestäneen omaishoitosuhteen päättymisen voivat olla riski itsenäiselle selviytymiselle. Riskiryhmiin kuuluvilla ikääntyneillä varhaiset tukitoimet ovat tärkeitä terveyserojen kaivamisessa.

Asiakkaaksitulo

Yhteydenotto ikääntyneen palvelutarpeesta tulee asuinkunnan kotiutushoitajalta, omaiselta tai ikääntyneeltä itseltään. Verkostopalaveriin osallistuu ikääntynyt, kotiuttavan yksikön edustaja, palveluntuottaja ja mahdollisuuksien mukaan ikääntyneen omainen tai muu läheinen.

Palvelutarpeen arviointi sisältää neljä toimintakyvyn ulottuvuutta: fyysinen, psyykinen, kognitiivinen ja sosiaalinen. Lisäksi arvioidaan kyseisiin ulottuvuuksiin liittyvät riskitekijät. Arvioinnin kohteena ovat myös iäkkään henkilön voimavarat, taloudellinen vakaus, asumisympäristön puutteet, vaarateki- jät, mahdollisuudet ja vahvuudet. Kuva yksilöllisestä palvelutarpeesta suoritetaan mittarein, keskustellen ja havainnoiden.

Uutena vanhustalouksissa on vuoden 2015 alussa ikäihmisille määriteltävä vastuutyöntekijä, mikäli iäkäs henkilö tarvitsee apua palvelujen toteuttamiseen. Nimetty vastuutyöntekijä seuraa palvelusuunnitelman toteutumista ja tarvittavia muutoksia. Ikääntyneille sopivia mittareita on selvitetty tarkemmin suosituksessa Ikääntyneiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä (Finne- Soveri, Leinonen, Autio, Heimonen, Jyrkämä, Muurinen, Räsänen & Voutilainen 2011).

Suunnittelu

Kuntouttavan hoidon työtapojen ja ympäristön tulee tukea iäkkäiden oma-toimisuutta ja toimintakykyä. Suunnittelu alkaa, kun mahdollisten palvelujen tarpeita ilmenee. Palvelusuunnitelmaa tehtäessä on selvitettävä kuntoutumisen mahdollisuudet. Arviointi toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä ammattilaisten ja ikääntyneen asiakkaan kanssa hänen näkemyksiään kunnioittaen. Arviointitilanteessa huomio on kiinnitettävä sekä nykyisiin että ennakoitaviin tarpeisiin, joita ovat kuntoutumisen mahdollisuudet, mahdollisuus ylläpitää sosiaalisia verkostoja, vaaratapahtumien tunnistaminen, turvallinen lääkehoito, ravitsemus, suun terveys sekä huolenpitoon osallistuvien läheisten tarpeet ja voimavarat. Myös lääketieteellinen arviointi on saatava viivytystä. Lääkehoidonsuunnitelman tulee olla osana palvelusuunnitelmaa. Asunnon muutostyöt ja tarvittavat apuvälineet on selvitetty ja saatettu vireille hoitoyksiköstä kotiutumisasiheessa.

Ikääntynyt asiakas on kuntoutuspalveluiden keskiössä. Ikääntyneelle annetaan mahdollisuuksia omiin valintoihin ja päätöksentekoon suunnitelman tekovaiheessa ja toteutuksessa. Näin mahdollistetaan osallisuus ja autonomian kokemus, samalla tuetaan ikääntyneen vastuunottamista omasta kuntoutumisesta kuntoutuspalvelujen saajana ja käyttäjänä.

Kotiutus osastohoidoista

Sairaalasta kotiutumisen prosesseista on tehty tutkimuksia paljon. Tutkimuksissa kriittiseksi kohdaksi on todettu yhteistyö ja tiedonkulku. Kotona selviytymisen tutkimuksissa on todettu sosiaalisten suhteiden ja niiden toimivuuden sekä aktiivisen harrastus- ja kulttuuritoiminnan edistävän kotona selviytymistä. Tutkimustulosten pohjalta on rakennettu kehittämishankkeita julkisen terveydenhuollon tarpeisiin, kuten Vanhuspalveluprojekti Vapro ja Kainuun KYTKE-hankkeen osahanke.

Vapro-hanke

Vapro-hanke sai alkunsa tarpeesta kehittää Helsingin kaupungin laitoshoidon suunnitelmaa ja kotihoitoa vuonna 2000. Viisivuotisen projektin loppuraportissa linjattiin kehittämistoimia muun muassa niin, että kaikkien vanhuspalvelujen sisällön tulee suuntautua asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseen ja kuntouttamiseen. Linjausten mukaan kotihoidon ja kotisairaanhoidon yhdistäminen on onnistuneen hoitotyön kannalta välttämätöntä. Niin ikään kotihoidon osaamisen kehittämistyön tuloksia tulee hyödyntää, kun muiden palvelujen henkilöstön osaamista kehitetään.

Loppuraportissa painotettiin myös akuuttihoidon tehtävää huolehtia hyvästä geriatrisesta hoidosta ja kuntoutuksesta. Pitkäaikaispaikkojen määrää oli edelleen syytä supistaa ja kohdentaa asiakkaita palveluasumisen piiriin. Lisäksi ikäihmisten neuvolatoiminnan todettiin olevan vaihtoehto ennaltaehkäisevään toimintaan. Jo kehitetyt toimintamallit oli tärkeää siirtää vanhustyön eri ammattiryhmien työhön (Sahi 2005, 12).

KYTKE-hanke

Kytke-hankkeen Kainuun osa-hankkeen Kotoa kotiin -prosessissa (Komulainen & Vääräniemi 2012) kehitettiin kotona asumisen suunnitelma, joka pohjautuu olemassa olevien voimavarojen hyödyntämiseen sekä elinympäristön ja tukiverkoston kartoittamiseen. Suunnitelma tehdään jo ennen toimintakyvyn heikkenemistä, ja se aktivoidaan tarvittaessa. Kotona asumisen suunnitelmaa kehitettiin pilotoinnista saadun palautteen pohjalta, jolloin suunnitelmaan lisättiin muun muassa hoitotestamentti ja yhteystiedot terveydentilan heikentymiseen ja kotona pärjäämiseen liittyen.

Hankkeessa kehitystyön tuloksia on myös kotiuttamisen toimintamalli, jossa kotiutussuunnitelma aloitetaan jo hoitoyksikköön tulopäivänä yhteistyössä asiakkaan ja omaisen kanssa. Eri hoitoyksiköiden työotteet ja käytännöt yhtenäistetään tavoitteena ylläpitää ja parantaa asiakkaan toimintakykyä. Hankkeen aikana tiedonkulku eri yksiköiden välillä tehostui, ja kotiutushoitajan valmistellun kotiutusten ansiosta voitiin erikoissairaanhoidosta kotiutua suoraan kotiin. Nopeasta kotiutuksesta oli kustannussäästöjen lisäksi hyötyä toimintakyvyn paranemisen, infektioiden ehkäisyn ja asiakastytyväisyyden osalta.

Hoivayritykset kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukena -tutkimus

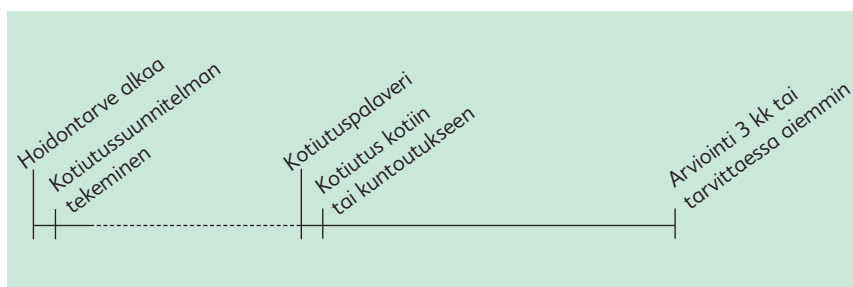
Moniammatillinen yhteistyö on todettu tärkeäksi työmuodoksi terveyden edistämässä. Yhteistyö on väline, jolla pyritään tukemaan asiakkaan osallisuutta ja kehittämään toimintaa asiakaslähtöiseen suuntaan. Moniammatillisessa yhteistyössä eri alojen ammattilaiset toimivat yhdessä tavoitteellisesti ja vastaavat oman alansa erityisosaamisesta. Yhteistyön haasteena on kuitenkin tiedon jakaminen sellaisten kanssa, jotka ovat toisten erityisalojen asiantuntijoita. Monitoimijainen yhteistyö on moniammatillista yhteistyötä laajempi käsite. Siihen kuuluu järjestöjen, vapaaehtoistyön, seurakuntien, yksityissektorin ja julkisen sektorin välinen yhteistyö. Erilaista asiantuntemusta yhdistetään ja kehitetään yhdessä, rajoja ylittävänä toimintana. (Hiironen 2007.)

Heinolan terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla alettiin vuonna 2008 siirtyä passiivisesta työtavasta kuntouttavaan työotteeseen. Potilaiden jatkohoitoon ohjaus käynnistyi hoitoneuvottelussa, johon osallistui potilas, omainen, lääkäri, hoitaja, fysioterapeutti, kotihoidon hoitaja tai palveluohjaaja, toimintaterapeutti ja tarvittaessa sosiaalityöntekijä. Ennen kotiutusta fysioterapeutti voi tehdä ennakoivan kotikäynnin kodin muutostöiden ja apuvälineiden tarpeesta. Akuuttiosastojen hoitoajat lyhenivät ja pitkäaikaisosastojen potilasmäärät vähenivät. Vuonna 2011 pitkäaikaisosasto suljettiin ja entisen Reumasairaalan tiloihin remontoituihin palveluasuntoihin siirtyi noin 40 pitkäaikaisosastohoidossa ollutta asukasta. Vuodepaikkojen vähentyminen viidessä vuodessa 137 paikasta 47 paikkaan oli merkittävä. Aktiivinen kuntouttava hoitotyö ja kokonaisvaltainen, moniammatillinen yhteistyö ja arviointi sekä toimivat hoitoketjut kotihoidon ja asumispalvelujen kanssa ovat olleet tärkeitä onnistumiselle. (Timonen, West & Riusala 2014, 1163–1164.)

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri palkitsi Mikkelin kotihoitotiimin toiminnastaan maaliskuussa 2012. Kotihoidon tiimin työntekijä voi tarvittaessa saattaa asiakkaan sairaalasta kotiin tai olla häntä kotiutumistilanteessa vastassa. Kotiutuspäivänä selvitetään asiakkaan palvelutarve ja huolehditaan tarpeen mukaan esimerkiksi kaikesta siitä, mikä mahdollistaa asiakkaan turvallisen kotiutuksen. Käyntimäärä suunnitellaan asiakkaan tarpeiden mukaisesti. Tiimi hoitaa asiakasta enintään kahden viikon ajan, jolloin kartoitetaan asiakkaan jatkohoidon tarve ja avustetaan sen järjestämisessä. Asiakaslähtöinen työskentely mahdollistaa voimavaroilähtöisen kuntoutumisen. Asiakkaan toiveet huomioidaan ja kerrotaan, millaisia vaihtoehtoja hänellä on saada tukea oma-toimiseen kotona pärjäämisen. (Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi i.a.)

Palvelumuotoilu

Palvelumuotoilun keskiössä on ymmärrys palvelujen käyttäjästä tarpeineen. Palvelutarpeet kerätään käyttäjien näkökulmasta havainnoiden, ideoiden ja haastattelemalla. Palvelupolku kuvaa, kuinka asiakas kulkee ja kokee palvelun aika-akselilla kokonaisvaltaisena saumattomana palveluna eri palveluntuottajien välillä. Toisin sanoen palvelupolku muodostaa kokonaisuuden. Tässä kehittämistehtävässä palvelutarpeet on kartoitettu tutkimusten tuloksista sekä haastattelemalla palvelun tuottajan edustajaa. Miset Oy:n palvelujen muotoilun (Miset i.a.) mukaisesti kotiutuspalveluiden palvelupolku voidaan kuvata aikajanalla kuvion 1 mukaan.



KUVIO 1. Kotiutuspalvelujen palvelupolku

Palvelupolku jaetaan osiin palvelutuokioiksi, jolloin asiakkaalla on kontakti palveluntarjoajaan. Palvelutuokiot sisältävät palvelun kontaktipisteitä, joita ovat muun muassa ympäristö, ihmiset ja toimintatavat.

Katri Oksanen viittaa tutkimuksessaan Bitner, Ostrom & Morganin (2008) palvelujen mallinnuksen apuna käytettävään visuaaliseen kuvaukseen, joka helpottaa palveluprosessiin osallistuvien henkilöiden ymmärrystä palvelujen mallinnuksesta (Oksanen 2010, 28). Kuviossa 2 on kuvattu hoitopolku kotoa kotiin tai kuntoutukseen, asiakkaan näkökulmasta Oksasta mukaillen.

Elementit	Osaston tilat	Osaston henkilöstö	Toimintatavat	
Asiakkaan Toiminnot	Saapuminen	Taustatietojen antaminen	Tarpeiden ja toiveiden ilmaiseminen	Kotiutuminen
<i>Vuorovaikutuksen raja</i>				
Asiakkaalle näkyvät Toiminnot	Vastaanottaminen osastolle	Sisään kirjaaminen, hoitotyö	Kotiutussuunnitelman tekeminen	Muutostöiden toteutus
<i>Näkyvyyden raja</i>				
Asiakkaalle näkymättömät Toiminnot	Paikan järjestäminen; potilaspaikka, ateriat, lääkitys	Tutkimustulosten arviointi, hoitolinjauksen suunnittelu	Verkoston koole kutsuminen	Moniammatillinen yhteistyö
<i>Sisäisen vuorovaikutuksen raja</i>				
Tukitoiminnot	Tilojen ja laitteiden kunnossapito	Epikriisin kirjaaminen ja toimittaminen	Kotiutuspalaveri ja ennakkoiva kotikäynti	Seuranta ja arviointi

KUVIO 2. Hoitopolku kotoa tai kuntoutukseen asiakkaan näkökulmasta (Oksasta mukaillen)

Palvelukarttaa voidaan käyttää myös tietyn osa-alueen palvelumuotoiluun, kuten kotona asumisen suunnitelman muotoiluun ennakoiviin terveyttä ylläpitäviin palveluihin. Tällöin vastataan asiakkaan näkökulmasta kysymyksiin mitä, missä, milloin ja miten ennaltaehkäistään riskitekijöitä ikääntyneen arjessa sekä tehdään toimintasuunnitelma voinnin heikentymisen varalle

Pohdinta

Tavoitteenamme oli sairaanhoitajina ja yrittäjänä toimineina saada selvyyttä kuntoutuksen todellisesta tilanteesta, käytännöistä ja tavoitteista ikääntyneiden terveydenhuollossa, erityisesti kotihoidossa. Tiesimme, että gerontologisen voimavaraistavan kuntoutuksen alueella on vanhustenhuollossa paljon tehtävää, kouluttautumisesta ja uudenlaisen ajatusmallin siirtämisestä hauraankin vanhuksen yksilöllisesti laadittuun asiakkaan kokonaisvaltaiseen kuntoutukseen. Asiakas itse hyötyy kuntoutumisestaan vanhuudessa viisaampana, virkeämpänä, henkisesti tasapainoisempana sekä arvokkaana vanhuksena.

IKKU-hankkeen mukaan kuntoutuminen on aina jonkinlainen muutosprosessi. Kuntoutumisen tavoitteena on ikääntyneen asiakkaan yksilöllisen elämäntilanteen ja sairauden ymmärtäminen sekä asiakkaan elämäntarinan kuulemisen kautta elämönhallinnan tunteen lisääminen sekä pelkojen käsittely. Tavoitteena on saada arjen konkreettisiin tilanteisiin apua/helppotusta sekä osoittaa asiakkaille huolenpitoa ja asiakkaan asioiden hoitamista parhaalla mahdollisella tavalla. (Pikkarainen, Vaara & Salmelainen 2013.)

Pikkaraisen (2013) mukaan ikääntyneiden kuntoutusohjaus tulisi olla verrattavissa muihin kuntoutusasiakkaisiin, jolloin kansalaisten yhdenvertaisuus voisi toteutua. Moniammatillisuus ikääntyneiden kuntoutuksessa keskittyy lääketieteellisistä lähtökohdista toimintakyvyn paranemiseen.

IKKU-hankkeen mukaan ikääntyneen asiakkaan kuntoutumispalvelun rakentuminen asiakaslähtöisesti perustuu aitoon, luottamukselliseen vuorovaikutukseen, jossa yhteistyö ja kumppanuus mahdollistuvat. Aidossa asiakaslähtöisessä suhteessa asiakasta kuunnellaan ja ollaan kiinnostuneita asiakkaan elämäntarinasta, jolloin hän uskaltaa kertoa todelliset ja perimmäiset tarpeensa. Tällöin voidaan yhdessä sopia yksilöllisiä ja tarkoituksenmukaisia tavoitteita. Tärkeää on, että iäkäs asiakas hauraanakin ja raihnaisena voimaantuu sekä henkisesti että fyysisesti ja saa toimia omaehtoisesti ja aktiivisesti oman elämänsä asiantuntijana ja hallitsijana. (Pikkarainen, Vaara & Salmelainen 2013.)

Tavoitteena perinteisillä kotikäynneillä on selvittää kodin esteettömyys, turvallisuus ja toimivuus. Kuinka hyvin monisairas ja toimintakyvyltään rajoittunut ikääntynyt asiakas tulee toimeen, jotta hän voisi asua kotona mahdollisimman pitkään ja tyytyväisenä. Asiakslähtöisen ja voimaannuttavan kotikäynnin tulisi perustua ikääntyneen asiakkaan oman itsenäisen asumisen tukemiseen. Hyvinvointia edistävä kotikäynti mahdollistaa ikäihmiselle oman vanhuuden ja siihen liittyvän asumisen suunnittelun ja päätöksenteon yhdessä sosiaali- ja terveydenhuoltohenkilöstön kanssa.

IKKU-hankkeessa vanhustyöhön erikoistuneiden sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien kotikäyntien ensisijaisena tavoitteena oli se, että jokaisella ikääntyneellä ihmisellä on aina mahdollisuus keskustella ja osallistua kotona asumisen suunnitteluun mieluiten yhdessä omaisen kanssa. Ikääntynyttä vanhusta kuunneltiin ja tuettiin oman vanhuuden ja oman elämäkokemuksen ymmärtämisessä. Tällöin vanhukselle annettiin mahdollisuus pysähtyä miettimään omaa tilannettaan sekä asioita, jotka toimivat hänelle voimavaroina, ilonaiheina tai toisaalta pelon ja huolenaiheina. Toiveikkuuden ja valintojen pohtiminen yhdessä ikääntyneen ja omaisten kanssa auttaa iäkästä asiakasta omien valintojen tekemisessä ja lisää itsemääräämisoikeutta ja uskoa tulevaisuuteen. Asiantuntijahoitajan ja moniammatillisen tiimin arvioinnit ja toimenpiteet ovat tärkeitä ja tarvittaessa käynnistävät ulkopuolisen avun ja palvelun käytön. (Pikkarainen, Vaara & Salmelainen 2013.)

Mielenkiintomme kohdistuu jatkossa kehittämistehtävässä opitun palvelujen mallintamisen hyödyntämiseen, sekä terveydenhuollossa usein vajaaksi jääneen vanhusten hengellisten tarpeiden hoitamiseen. Innostusta hoitaa myös vanhuksen sielua on saatu Kotisaloon ja Rättyän (2014) tutkimus- ja kehittämishankkeen raportista.

LÄHTEET

Finne- Soveri, H., Leinonen, R., Autio, T., Heimonen, S., Jyrkämä, J., Muurinen, S., Räsänen, R., & Voutilainen, P. 2011. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn mittaaminen palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa. [viitattu 20.9.2014].

Hiironen, M-L. 2007. Hoivayritykset kotona asuvien ikääntyvien toimintakyvyn tukena – ikääntyvien, kuntapäätäjien ja hoivayrittäjien näkökulma. Jyväskylän yliopisto. *Jyväskylä studies in business and economics* 58. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Järnström, S. 2011 ”En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”. Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakslähtöisyydestä geriatriassa sairaalassa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityö. Väitöskirja. Saatavissa. [viitattu 9.10.2014].

Komulainen, N. & Vääräniemi, T. 2012. Asiakkaan ja kodin kytkeminen sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomaan hoito- ja palveluketjuun (KYTKKE) Kainuun osahanke. Loppuraportti. Kajaani: Kainuun maakunta -kuntayhtymä.

Kotisalo, H. & Rättyä, L. 2014. Terve sielu terveessä ruumiissa – diakonissat terveyden edistämisen toimijoina. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja, B Raportteja 58. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavissa: www.diak.fi/tyoelama/Julkaisut/Documents/B_58_9789524932196.pdf [viitattu 9.10. 2014].

Matilainen, E. 2014. Karstulan terveystieteiden kuntoutusyksikön osastonhoitaja. Haastattelu 11.8.2014.

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi i.a. Kotiin annettavat palvelut. Saatavissa: <http://www.mikkelinseutusote.fi/vanhuspalvelut/kotiin-annettavat-palvelut> [viitattu 9.10.2014].

Miset i.a. Muotoillut palvelut. Saatavissa: http://miset.fi/muotoillut_palvelut (viitattu 20.9.2014).

Oksanen, K. 2010. Palvelun mallinnus apuna ikääntyneiden palveluiden hankinnassa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Pro gradu -työ.

Olonkiemi, M. 2007. Tekee itse niin paljo ku pystyy. Kuntouttava työote hoitohenkilökunnan kokemana. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Osa 1. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 159. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Pikkarainen, A., Vaara M. & Salmelainen, U. (toim.) 2013. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/42029> [viitattu 20.9.2014].

Sahi, I. 2005. Terveiset 1. Helsingin kaupungin terveystieteiden henkilöstölehti, 12.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf [viitattu 9.10.2014].

Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto. Preventiivinen hoitotiede. Pro gradu -työ.

Timonen, K., West R. & Riusala, A. 2014. Kuntouttava hoitotyö vähensi vuodepaikat kolmannekseen. Suomen Lääkärilehti 15/2014, s. 1163–1164.

KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN KEHITTÄMINEN SAVONLINNAN KESKUSSAIRAALAN SISÄTAUTIOSASTOLLA

Myllymäki Anne

TIIVISTELMÄ

Tämän kehittämistyön aiheena on kuntouttava työote sisätautiosastolla. Tarkastelen kuntouttavan työotteen tilaa hoitajille tekemäni kyselyn avulla. Työn lähtökohdiana on Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän eli Sosterin portaattomaan hoitomalliin siirtyminen. Vanhuuspalvelulain mukaan iäkkään hoito- ja huolenpito on toteutettava ensisijaisesti hänen yksityiskotiinsa tai muuhun kodinomaiseen asuinpakkaan järjestettävillä sosiaali- ja terveyspalveluilla. Tavoitteena on, että asiakkaan koti on sama hänen loppuelämänsä ajan. Portaattoman hoitomallin myötä kuntouttavan hoitotyön osuus ja potilaiden toimintakyvyn tukeminen korostuvat.

Toteutin kyselyn keväällä 2014 kuntouttavan työotteen tilasta ja kehittämisestä osastolla työskenteleville hoitajille. Hain avoimilla kysymyksillä vastauksia kuntouttavan työotteen merkityksestä ja kehittämisestä 20 hoitajalta.

Vastausten mukaan hoitajat ja potilaat hyötyvät kuntouttavan työotteen käytämisestä. Kuntouttava työote on koettu edesauttavan työssä jaksamista, keventävän ja helpottavan työtä. Kuntouttavan työotteen käyttämisen myötä potilaan toipuminen, paraneminen ja kotiutuminen on mahdollistunut ja nopeutunut. Hoitajien mielestä kuntouttava työote vie paljon aikaa ja resursseja alkuvaiheessa, mutta hyöty siitä näkyy myöhemmin. Vastausten mukaan riittävien resurssien avulla kuntouttavaa työtettä voitaisiin toteuttaa osastolla paremmin. Vastaajien mielestä lisäkoulutuksen avulla hoitajien sitoutuminen lisääntyisi kuntouttavan työotteen toteuttamiseen.

Johdanto

Kuntouttava työote on voimavaralähtöistä työskentelyä, jossa unohdetaan *tee puolesta* tekeminen. Kuntouttavasta työotteesta voidaan käyttää nimitystä kuntoutumista edistävä työote tai toimintakykyä edistävä työ. Kuntouttava työote merkitsee hoitajille asiakkaan fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn ylläpitämistä ja tukemista. Hoitaja hyötyy huomattavasti kuntouttavan työotteen käyttämisestä, koska se edesauttaa työssä jaksamista sekä helpottaa ja keventää työtä. (Tuukkanen 2013, 19.) Kuntoutustieto lisääntyy koko ajan, hoitotyöntekijöiden on pidettävä yllä omaa osaamistaan. Vanhuspalvelut tule-

vat aina tarvitsemaan osaavaa ja monipuolista henkilöstöä, jota ei innovatiivisellakaan teknologialla voida korvata. (Pikkarainen 2013,135.)

Kuntoutumista edistävän osaston tunnuspiirteitä ovat: toimiva työyhteisö, toimintaympäristö ja kuntoutumista edistävä hoitotyö. Toimivan työyhteisön kivijalkana toimii kuntoutumista edistävä toimintafilosofia, joka on osana koko organisaation yhteistä linjausta. Hoitajan asiantuntijuus näkyy terveyslähtöisenä, tavoitteellisenä ja moniammatillisena toimintana. Tähän sisältyy sitoutuminen kuntoutumista edistävään toimintafilosofiaan. (Vähäkangas 2010, 94–96.)

Tuukkasen (2013, 16) mukaan on tärkeää, että hoitajat ovat omaksuneet ergonomiset työskentelytavat, kuntouttavan työotteen periaatteet sekä osaavat käyttää apuvälineitä oikein. Hoitajille jää entistä enemmän aikaa keskittyä toimintakyvyn tukemiseen, kun työn kuormittavuus pienenee, hoitohenkilökunta on ammattitaitoista ja heitä on tarpeeksi.

Toimintakyvyn määrittäminen pelkästään laitos- tai sairaalaympäristössä voi antaa väärän kuvan iäkkään henkilön kotona selviytymisestä, ellei tunneta ja tiedetä hänen elin- ja asuinympäristönsä vaatimuksia ja mahdollisuuksia eikä oteta huomioon läheisten ja omaisten näkemyksiä. Riittävän aikainen ja tehokas kuntoutus parantaa vanhuksen omatoimisen ja itsenäisen elämän mahdollisuuksia. Kuntoutuminen onnistuu vain, mikäli kuntoutuja itse ponnistelee aktiivisesti kuntoutuakseen ja sitoutuu tavoitteisiinsa. (Tilvis ym. 2010, 438–445.)

Akuuttien sairauksien hoidon ohella yksiköiden tehtävänä on aloittaa vanhuspotilaiden kuntoutus ja selvittää jatkohoitomahdollisuudet. Yksiköissä korostuu tiimityö, jossa toimintakyvyn monitahoisella selvittämisellä on keskeinen merkitys. Sairauksien aiheuttamien toiminnanrajoitteiden ilmaantuessa ihmiset kompensoivat eli korvaavat rajoitteitaan eri keinoin. Itsenäistä selviytymistä edistettäessä tulee palvelujärjestelmän sekä myös läheisten henkilöiden vahvistaa iäkkään ihmisen myönteistä käsitystä jäljellä olevista voimavaroista sekä uskoa mahdollisuuksiin itsenäisestä selviytymisestä. Luottamus palvelujen tuottamaan apuun edistää myös kotona selviytymistä. (Heikkinen ym. 2013, 328, 437.)

Ikäihmisiä tullaan jatkossa hoitamaan entistä enemmän kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa palvelutaloissa. Ensisijaisena tavoitteena on, että potilas kotiutuu sairaalasta omaan kotiinsa. Kuntouttavan työotteen käyttämisen tärkeys korostuu nyt vielä enemmän potilastyössä. Sosterin siirtyminen portaattomaan hoitomalliin asettaa uudenlaisia vaatimuksia henkilökunnan osaamiselle.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin eli Sosterin hoito- ja hoivatyön toimintaohjelman kehittämiskohteiksi on vuosiksi 2012– 2014 kirjattu sekä portaattoman hoitomallin valmistelu että kuntouttavan työotteen laajamittainen käyttöönotto ja sen osaamisen vahvistaminen. Sosterissa oli vuonna 2013 perustettu näyttöön perustuvan kuntouttavan hoitotyön kehittämistyöryhmä. Työryhmän nimi muutettiin vuonna 2014 toimintakykyä edistävä työ/arjessa pärjäämisen tuki -työryhmäksi kuvaamaan paremmin jokaisen työntekijän ja työyksikön vastuuta Sosterin strategisena linjauksena olevien tavoitteiden saavuttamista. Hoitotyön kehittämispäiviä pidetään suunnitellusti kaksi kertaa vuodessa. Kuntouttavan työotteen kehittämistehtäviä on tehty lähes jokaisessa Sosterin hoivatyön toimintayksikössä. (Kempainen 2014.)

Osana Kaste-ohjelmaa sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto ovat uudistaneet laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Väestöennusteen mukaan työikäinen väestö vähenee ja vanhuusväestön määrä kasvaa. Sosterin väestö on vanhempaa kuin muissa sairaanhoitopiireissä.

Sosterissa on käytössä portaaton hoito- ja palvelumalli. Vanhuspalvelulain 14. §:n (980/2012) mukaan iäkkään hoito ja huolenpito on toteutettava ensisijaisesti hänen yksityiskotiinsa tai muuhun kodinomaiseen asuinpaikkaansa järjestettävillä sosiaali- ja terveysterveystoimilla. Tavoitteena on, että asiakkaan koti on sama hänen loppuelämänsä ajan. Kodeissa kasvaa apuvälineiden ja kodin muutostöiden tarve. Laitoshoidon tulee kyseeseen vain, jos siihen on lääketieteelliset perusteet tai se on muuten perusteltua. Vanhuspalvelulain seurauksena laitosasumisen määrä vähenee ja kotona hoidettavien asiakkaiden määrä kasvaa. Sosterin portaaton hoitomalli tarkoittaa kotihoidon ja kuntouttavien osastojen toiminnan korostumista sekä terveyskeskusten vuodeosastojen sulkeutumista. Portaattomaan hoitomalliin siirtyminen on kirjattu Sosterin strategiaan 2014–2016. Lakiesityksen mukaan nykyiset sairaanhoitopiirit tulee muuttaa 1.1.2017 mennessä Sote-alueiksi, joilla on vastuu palvelujen järjestämisestä. (Sosteri 2014.)

Keväällä 2013 on tullut voimaan vuosia odotettu vanhus-, vanhuspalvelu- tai ikälaki, viralliselta nimeltään laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveysterveystoimista (980/2012). Laki nostaa ikääntyneiden ihmisten kuntoutuksen uudella tavalla osaksi kokonaisvaltaisia sosiaali- ja terveysterveystoimintoja. Laissa korostetaan henkilöstön monipuolisuutta, riittävyyttä ja monialaista koulutusta sekä eri toimijatahojen yhteistyötä. (Pikkariainen 2013, 13.)

Kehittämistehtäväni idean sain osastonhoitajaltani. Tämän kehittämistyön tavoitteena on kehittää edelleen kuntouttavan työotteen käyttöä potilastyössä niin, että potilaiden kotiutuminen mahdollistuu portaattoman hoitomallin tavoitteiden mukaisesti. Kyselyn tuloksia pyritään jatkossa hyödyntämään osaston toimintaa kehitettäessä.

Kuntouttava työote sisätautiosasto 4 A:lla

Savonlinnan keskussairaalan sisätautiosasto 4 A on 22 paikkainen erikoissairaanhoidon sisätautien vuodeosasto, jossa hoidetaan diabetes-, maksa-, gastroenterologisia- ja munuaispotilaita sekä erilaisia veritauteja ja infektioita sairastavia potilaita. Edellä mainittujen sairauksien diagnosointia vaativia tutkimuksia on paljon. Tyypillisimmät infektiot ovat virtsatieinfektiot, ruusuinfektiot sekä gastroenteriitit. Potilaiden hoitoisuusaste on korkea. Työ on ajoittain kovin kuormittavaa ja vaativaa, koska edellä kuvatut sairaudet vaativat erikoishoitoja ja suurin osa potilaista on paljon perushoitoa ja kuntoutusta vaativia vanhuksia. Työskentelen osastolla sairaanhoitajana.

KYS:ssa järjestettiin helmikuussa 2013 alueellinen koulutus, kuntouttava työote -seminaari, johon Sosterin henkilökuntaa osallistui. Tämän koulutuksen pohjalta otettiin Sosterissa käyttöön kuntouttavan työotteen kehittämisprojekti ja järjestettiin koulutuspäiviä henkilökunnalle. Jokaisen työyksikön tavoitteena oli tehdä kehittämistehtäviä kuntouttavaan työotteeseen liittyen. Ensimmäisen kehittämistehtävän tavoitteena oli, että jokainen työyksikkö kehittää kolme kuntouttavan työotteen konkreettista toimintatapaa tavoitteineen. Toisen kehittämistehtävän tavoitteena oli mm., että työyksiköt tekevät arvion kolmen kuntouttavan työotteen uusien toimintamallien onnistumisesta ja tekevät jatkosuunnitelmia.

Henkilökunnan mielestä työyhteisössämme on aina toteutettu kuntouttavaa työotetta, mutta ilman suunniteltuja tavoitteita. Kuntouttavan työotteen tilaa alettiin selvittämään osastolla huhtikuussa 2013 edellä mainitun kehittämisprojektin myötä. Osastolle nimettiin työryhmä, jonka tehtävänä oli selvittää kuntouttavan hoitotyön tilanne osastolla. Nimetty työryhmä laati osastolle kuntouttavan työotteen toimintamallin, jossa oli kolme kehittämisideaa tavoitteineen. Syyskuussa työryhmä arvioi henkilökunnan kanssa yhdessä, oliko tavoitteisiin päästy.

Osastolla käytössä olevan kuntouttavan hoitotyön toimintamallin kolme osaluuetta ovat:

- Aktivoidaan potilas heti liikkeelle, ellei siihen ole lääketieteellistä estettä.
- Potilaan taustatietojen selvitys 24 tunnin aikana osastolle saapumisesta.
- Huolehditään kuntoutumista tukevasta hyvästä ravitsemuksesta.
- Ravitsemusasiaa käsittelemme työssämme tarkemmin kuin muita osa-alueita.

Osaston kuntouttavan hoitotyön tilaa oli arvioitu huhtikuussa 2013 seuraavasti: Henkilöstöresurssiin nähden potilaiden hoitoisuus ja kuntouttaminen on haasteellista. Pyrimme olemaan aktiivisia potilaiden kuntouttamisen ja liikkumisen avustamisen suhteen. Yhteistyötä tehdään aktiivisesti osaston fysioterapeutin kanssa. Kuntouttava työote ajatuksena on hoitohenkilökunnalla hyvin jo tiedossa, mutta hoitajan ajan riittämättömyys johtaa usein potilaan puolesta tekemiseen. Osastolla käytössä olevan kuntouttavan työotteen toimintamalli on otettu vahvasti osaksi perehdytysohjelmaa uusille työntekijöille sekä opiskelijoille.

Kuntouttava työotteen käyttöönotto on jokaiselta hoitotyöntekijältä vaatinut omien toimintatapojen kriittistä pohdintaa ja toimintatavan merkityksen ymmärrystä. Tavoitteena on ollut, että hoitohenkilökunta sitoutuisi toimimaan sovittujen periaatteiden mukaisesti. Samalla työyhteisössä on käyty yhteisiä keskusteluja asiasta.

Kuntoutumista tukeva hyvä ravitsemus

Ravitsemushoito edistää terveyttä ja on monien sairauksien keskeinen hoitomuoto. Hyvä ravitsemustila on hyvinvoinnin ja terveyden edellytys. Riittävä ravinnonsaanti turvataan sopivilla ruokavalion täydennysravintovalmisteilla, letkuravitsemuksella tai suonensisäisellä ravitsemuksella. Ravitsemushoitoon kuuluvat ravitsemushoidon toteutus, ravitsemusohjaus ja seuranta sekä vaikuttavuuden että laadun arviointi. Sairaalassa ravitsemushoito on oleellinen osa potilaan hoitoa. Euroopan neuvoston julkilausuman (2002) mukaan kaikilla potilailla on oikeus laadukkaaseen ravitsemushoitoon. Sen tavoitteena on, että potilas saa energiaa ja ravintoaineita tarvettaan vastaavasti ja ruokailu tuottaa myös mielihyvää. Oikea-aikainen ja yksilöllinen ravitsemushoito ylläpitää tai kohentaa potilaan ravitsemustilaa ja elämänlaatua sekä nopeuttaa toipumista. Toimiva ravitsemushoito edellyttää vastuiden määrittelyä ja sujuvaa yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Tuloksellisen ravitsemushoidon perustana on henkilöstön riittävä ravitsemustieto ja kyky soveltaa sitä käytäntöön. (Ravitsemushoitosuositus 2010.)

Kun ihminen ikääntyy, hänen energiantarpeensa pienenee, mutta ravintoaineiden tarve pysyy vähintäänkin samana kuin nuorempana. (Heikkinen ym. 2013, 492). Ikääntyvän ihmisen hyvä ravitsemustila ehkäisee sairauksia ja niiden komplikaatioita sekä ylläpitää toimintakykyä. Ikääntyvän ihmisen ruokailu ja ravinnonsaanti ovat kiinteästi yhteydessä toimintakykyyn ja terveydentilaan. Ravitsemustilan heikkenemisen myötä immuniteetti heikkenee, lihaskato kiihtyy, alkaa infektiokierre ja sairastuvuus sekä terveyspalveluiden käyttö lisääntyy. Lääkitys ja krooniset sairaudet voivat aiheuttaa lisääntynyttä ravintoaineiden tarvetta, koska ne vaikuttavat ruoansulatukseen, metaboliaan ja ravintoaineiden imeytymiseen. Liian vähäinen proteiinin saanti lyhytaikaisestikin, esimerkiksi sairastumisen vuoksi, vaikuttaa epäedullisesti iäkkäiden

ihmisten immuunipuolustukseen ja kiihdyttää lihaskatoa. Ikääntyneiden ihmisten tahaton painon lasku ja virheravitsemus ovat terveyshaitta ja tähän tulisi puuttua nopeasti. Huono ravitsemustila ja ravitsemustilan heikkeneminen lisäävät laitoshoidon tarvetta sekä sairaalassaolopäiviä. (Tilvis ym. 2010, 350- 353.)

Lihavuus on usein yhtenä taustatekijänä diabeteksessa, lipidihäiriössä ja se rasittaa tuki- ja liikuntaelimiä. Lihavuuden hoitoon ikäihmisillä pitää ensisijaisesti perustua liikunnan lisäämiseen, oikeaan ravintoon ja elintapamuutoksiin. Lihaskatoa ja ravinnon yksipuolistamista on vältettävä. Aliravitsemus on yllättävän tavallista erityisesti monisairailla vanhuksilla, koska aliravitsemus on selkeä terveysriski vanhuksilla. Se mm. hidastaa paranemista, johtaa helposti sairauksien syöksykierteeseen ja heikentää immunitteettia. Lisäksi se kiihdyttää lihaskatoa ja toiminnan vajauksia. Aliravitsemusta hoidetaan tarvittaessa runsasenergisellä ruokavaliolla sekä lisäravintein. (Tilvis ym. 2010, 428.)

Kyselyn toteuttaminen

Kyselyn suuntasin osastolla työskenteleville 20 hoitajalle, joista 19 oli sairaanhoitajia ja yksi perushoitaja. Osastolla on käytössä kuntouttavan työotteen toimintamalli, jossa on kolme osa-aluetta tavoitteineen. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää kuntouttavan työotteen tilaa osastolla. Kyselyn avulla halusin saada selville, miten kuntouttava työote on hoitajien mielestä osastolla toteutunut. Mikä käytössä olevan toimintamallin osa-alueesta on toteutunut osastolla parhaiten ja mikä huonoiten. Lisäksi halusin saada hoitajilta kehittämisehdotuksia siitä, miten kuntouttava työotetta voitaisiin edelleen kehittää osastolla. Kysymykset laadin helmikuussa 2014. Kyselykaavakkeita annoin maaliskuussa 20 ja vastauksia palautui 16. Kyselyn laajuus ja siihen käytettävä aika oli ilmeisesti osasyynä siihen, etteivät kaikki palauttaneet kyselyäni. Kyselyssä oli 5 avointa kysymystä ja se toteutettiin paperilomakkeella. Kyselyyn vastaamisaikaa oli kaksi viikkoa.

Kyselyn tulokset

Vastausten mukaan kuntouttavalla työotteella on hoitajille monenlaista merkitystä. Vastaajien mielestä kuntouttava työote merkitsee kokonaisvaltaista toimintatapaa ja hoitoa potilaan parhaaksi. Kuntouttavaa työotetta pidetään tärkeänä, luonnollisena ja monille se on itsestään selvä asia. Kuntouttava työote on potilaan kannustamista, ohjaamista ja motivoimista omatoimisuuteen potilaan omien voimavarojen ja kunnan mukaan.

Kuntouttavalla työotteella tuetaan potilaan toimintakykyä pienillä asioilla, askel kerrallaan. Työotteen avulla toimintakykyä ylläpidetään ja mahdollisuuksien mukaan parannetaan sellaiseksi, ettei potilas jää vuodepotilaaksi. Kuntouttavan työotteen ansiosta potilaan toipuminen, paraneminen ja kotiutuminen mahdollistuu ja nopeutuu.

Hoitajien mielestä kuntouttavan työotteen toteuttaminen on myös haasteellista. Joidenkin potilaiden mielestä he ovat tulleet osastolle hoidettaviksi ja lepäämään, eivät itse toimimaan. Vastauksissa ilmeni myös, että joskus valitettavasti potilas ja omainen ovat mieltäneet kuntouttavan työotteen hoitajan ”laiskuutena”, ettei hoitaja viitsi auttaa potilasta.

Kuntouttava työote vie paljon aikaa ja resursseja alkuvaiheessa. Vastauksien mukaan resurssit ovat tällä hetkellä osastollamme riittämättömät. Potilaan toipuessa hoitajan työ kevenee ja hoitajilla on enemmän aikaa apua tarvitseville potilaille. Vastauksien mukaan potilaan kuntoutuminen tuo hyvän mielen, onnistumisen iloa, työhyvinvointia ja tyytyväisyyttä kun potilas saadaan ylös vuoteesta liikkeelle ja kun hoitaja näkee potilaan edistyvän.

Kuntouttavan hoitotyön toimintamallin kolme osa-aluetta, joihin osastolla on keskitytty, olivat kaikkien vastaajien tiedossa. Osastolla parhaiten näistä osa-alueista oli toteutunut potilaan liikkumisen testaaminen heti osastolle tulon jälkeen. Tällöin potilaan paino pyritään mittaamaan, samalla nähdään, pystyykö potilas tukeutumaan jaloilleen ja siirtymään. Potilas kävelytetään vuoteelta huoneeseen ja autetaan aina tuoliin istumaan ruokailujen ajaksi, jos vointi sen sallii. Apuvälineiden tarve kartoitetaan ja ne otetaan tarpeen mukaan käyttöön.

Vastausten mukaan portaattomaan hoitomalliin siirtymisen myötä lääkäri on tehnyt fysioterapiapyyntöjä aiempaa herkemmin ja enemmän, jolloin fysioterapeutit arvioivat ja kartoittavat potilaan toiminta- ja liikuntakykyä sekä apuvälineiden tarvetta ja tekevät kuntoutussuunnitelman.

Osastolla heikoiten näistä osa-alueista oli vastaajien mielestä toteutunut potilaan taustatietojen selvittely. Oli todettu, että taustatietojen selvitys ei aina onnistu suunnitellusti 24 tunnin aikana, joten oli ehdotettu että aikana 2–3 vrk olisi parempi.

Taustatietojen selvittelyllä hoitaja selvittää potilaan kotona pärjäämisen yhdessä potilaan, omaisen, kotihoidon, mahd. hoitopaikan tms. kanssa. Selvitetään mm., miten potilas on liikkunut kotona, onko apuvälineitä käytössä, käytössä oleva lääkitys sekä ulkopuolinen apu. Potilaan toimintakyky kirjataan käytössä olevaan potilastietojärjestelmään HOKE:lle, jolloin se on kaikkien tiedossa.

Taustatietoja on usein hankala ja hidasta selvittää. Potilaat ovat nykyisin entistä huonokuntoisempia, joten heiltä ei välttämättä saada tietoja. Potilailta ei aina ole omaisia eikä omaisiin tai hoitopaikkoihin aina saada yhteyttä. Hoitajien vaihtuvuus, henkilöstöresurssien- ja ajanpuute sekä kirjauksien puutteellisuus hankaloittavat taustatietojen selvittelyä.

Potilaan kuntoutumista tukeva hyvä ravitsemus oli vastaajien mielestä toteutunut osastolla vain osittain. Osaston henkilökuntamäärän vähäisyys, työn kuormittavuus sekä töiden päällekkäisyys olivat haittaavia tekijöitä.

Kehittämisehdotuksia kuntouttavan työotteen toteuttamiselle

Vastauksien perusteella osastotyön kuormittavuuden ja minimimiehityksen vuoksi osastolle tarvitaan lisää henkilökuntaa. Työparityöskentelyllä voitaisiin tukea kuntouttavan hoitotyön otetta. Tavoitteena on, että hoitajilla olisi entistä enemmän aikaa kuntouttaa potilaita ja tukea heidän omatoimisuuttaan.

Osastolla pitäisi toteuttaa enemmän kuntoutusta ja vähemmän perushoitoa, koska raskaat pesut ja hoidot uuvuttavat potilaita. Lisäksi vastauksista ilmeni, että työn sisältöä tulisi tarkistaa potilaan hoidon tarpeeseen nähden. Potilaan toimintakyvyn kehittymistä sekä arviointia tulisi tehdä aiempaa enemmän. Potilaille tulisi asettaa tavoitteita sekä selvittää toimintakykyä estäviä asioita. Yhteisiä palavereja tulisi pitää omaisten, potilaan ja hoitohenkilökunnan kesken. Jos potilaan vointi sallii, autetaan potilaat aina istumaan tuoliin ruokailujen ajaksi. Potilaat käytetään wc:ssä, ellei siihen ole ehdotonta estettä. Osastotunteja tulisi pitää aiempaa enemmän, jolloin esim. sovitaan kuntouttavan työotteen yhteisistä periaatteista. Osastolla on vain yksi fysioterapeutti. Vastauksien mukaan hoitajat toivovat osastolle lisää apuvälineitä sekä fysioterapeutteja, enemmän yhteistyötä heidän kanssaan sekä tehostetumpaa apua heiltä. Hoitohenkilökunnalta on toivottu pois ”oheistehtäviä” esim. potilaskuljetuksia ja varastotilauksia, jotta potilastyölle jäisi enemmän aikaa.

Vastaajien mielestä suurin osa heistä hallitsee kuntouttavan työotteen. Vastauksissa ilmeni, että hoitaja tekee herkästi potilaan puolesta asioita nopeuttaakseen omaa työtänsä. Hoitaja haluaisi tehdä enemmän kuin on mahdollista. Fysioterapiaa hyödynnetään omassa työskentelyssä. On koettu, että fysioterapeutin kanssa työskennellessä oppii uusia asioita.

Kuntouttavasta työotteesta hoitajat toivoivat saavansa lisäkoulutusta. Vastausten mukaan lisäkoulutuksen myötä henkilökunta pystyisi sitoutumaan kuntouttavaan hoitotyöhön nykyistä paremmin. Lisäksi koulutuksen avulla saataisiin uutta näkökulmaa asioihin.

Tulosten pohdinta

Portaattoman hoitomalliin siirtymisen myötä on hoitotyöhön tullut enemmän haasteita ja se asettaa myös uudenlaisia vaatimuksia hoitohenkilökunnan osaamiselle. Ympäri vuorokautisesta laitoshoidosta siirrytään portaattoman hoitomallin mukaisesti kohti kotihoitopainotteisia ja itsenäistä toimintakykyä tukevia ratkaisuja.

Kuntouttavan työotteen toteuttaminen on myös haasteellista, koska on myös potilaita, jotka mieltävät tullessa osastolle hoidettavaksi ja lepäämään, ei niinkään itse toimimaan. Tämän vuoksi onkin tärkeää, että potilas on tietoinen osastolla käytössä olevasta kuntouttavasta työotteesta.

Kuntoutumisen lähtökohtana ovat potilaan omat jäljellä olevat voimavarat. Sairauksien hoidon rinnalla tuetaan potilaan toimintakykyä akuuttivaiheesta alkaen. Potilaita ei hoideta vuoteeseen, ellei kliininen tila sitä vaadi. Tekemällä potilaan puolesta sen, mihin potilas pystyisi itse, hoitajat lisäävät potilaan riippuvuutta toisista. Riippuvuus toisten avusta masentaa potilasta ja heikentää itsetuntoa. Potilaan rohkaisu ja motivointi omatoimisuuteen edistää hänen kuntoutumistaan.

Ikäihmisiä tulisi rohkaista liikuntakyvyn varmistamiseksi apuvälineiden käyttöön. Liikkumisen apuvälineillä pyritään helpottamaan ja mahdollistamaan toimintarojoitteisen vanhuksen kävelyä ja liikkeellelähtöä. (Tilvis ym. 2010, 460.)

Hoitajat ovat toivoneet lisäkoulutusta kuntouttavasta hoitotyöstä. Tärkeää on, että lisäkouluttautumismahdollisuus toteutuisi kaikille sitä haluaville. Koulutuksen avulla hoitajat pystyvät kehittämään itseään, ylläpitämään omaa ammattitaitoaan ja osaamistaan. Täydennyskoulutusvelvollisuutta ylläpidetään laatujärjestelmän ohjeistuksen mukaan. Ammattitaitomme ylläpitäminen ja kehittäminen on meidän jokaisen hoitajan velvollisuus.

Olen antanut palautteen kyselyn vastauksista hoitohenkilökunnalle. Henkilökunnan mielestä potilaan taustatietojen selvittäminen ei aina 24 tunnin aikana toteudu, joten sovittiin että 48 tuntia olisi aikarajana parempi.

Tilviksen ym. mukaan (2010, 354) ravitsemuskuntoutus tulee aloittaa riittävä ajoissa. Ravitsemuskuntoutus sisältää ravinnon saannin arvioinnin, ravitsemustilan arvioinnin ja tulosten perusteella tehtävän ravitsemushoidon suunnittelun. Sairaalahoittoa vaativissa tilanteissa ja akuuteissa sairauksissa tehostettuun ravitsemushoittoon tulisi kiinnittää erityisesti huomiota. Akuutista sairaudesta toipuessa joskus vanhus hyötyy nenä-maha- tai gastrostoomaletkusta. Ruokahaluun ja ruokailuun vaikuttavat vahvasti myös esteettiset, sosiaaliset, psyykkiset ja aistilliset tekijät.

Potilaan ravitsemukseen tulisi henkilökunnan mielestä kiinnittää kokonaisvaltaisemmin vielä entistäkin enemmän huomiota potilaan energiataso ja allergiat huomioon ottaen. Jokaisesta potilaasta tulee ottaa tulopaino ja kerran viikossa sovitusti kontrollipaino. Painoa pitää seurata yksilöllisesti, tarpeen mukaan. Jokaisen potilaan painoindeksi (BMI) tulee näkyä potilaan hoitokertomuksessa (kuumekurvalla).

Painon muutokset ovat tärkeämpiä kuin normaalipainon selvittäminen. Mitä suurempia ja nopeampia vaihtelut ovat olleet, sitä suurempi syy on ravitsemustilan heikkenemistä epäillä. Ikäihmisen suositeltava painoindeksialue on 25–30 uusimpien epidemiologisten tutkimuksien mukaan. Uusimpien tutkimusten mukaan sairastuvuus ja kuolleisuusriski lisääntyvät, jos painoindeksi on alle 25. Kuntoutukseen yhdistettyjen täydennysravintovalmisteiden on todettu vähentävän komplikaatioita ja sairaalapäiviä. Täydennysravintovalmisteet lisäävät lihasvoimaa ja lihasmassaa sekä parantavat kävelykykyä. (Tilvis 2010, 354–356.)

Tehostettua ruokavaliota ja lisäravinteita tulee käyttää potilaille, jotka niitä tarvitsevat. Ravitsemusongelmiin pitää kiinnittää huomioita ja tilanteen mukaan ratkaista ne. Ravitsemusterapeutteja tulee konsultoida ravitsemukseen liittyvissä ongelmissa. Potilaalle huolehditaan aina hyvä ruokailuasento ruokailujen ajaksi. Kuntouttavan työotteen mukaisesti tavoitteena on, että potilas ruokailee istuvassa asennossa joka aterialla, jos potilaan vointi sen sallii.

Tärkeää on, että kuntouttavaa työtä toteutetaan osastolla sen mukaisesti, mitkä osaston resurssit sillä hetkellä ovat. Mielestäni hoitohenkilökunta on tällä hetkellä motivoituneempi toteuttamaan kuntouttavaa hoitotyötä osastolla kuin aikaisemmin. Jotta toimintaa voidaan kehittää toivotulla tavalla, on siihen oltava riittävät resurssit ja koulutusta. Riittävällä henkilökuntamäärällä saavutettaisiin paremmin tavoite kuntouttaa potilaita ja tukea heidän omatoimisuuttaan. Lisäksi tarvitaan tietoa ja taitoa. Myös asenteen on oltava kohdallaan. Motivaatiolla ja hyvällä työilmapiirillä on myös suuri merkitys siihen miten hyvin hoitajat jaksavat tehdä työtään. Jotta potilastyölle jäisi hoitajilla enemmän aikaa kuin aiemmin, tulisi hoitohenkilökunnalta saada oheistehäviä pois, kuten potilaskuljetukset ja varastotilaukset. Mielestäni tämä olisi juuri sitä toiminnan kehittämistä entistä parempaan ja potilaslähtöisempään suuntaan.

Osastolle tarvitaan myös lisää fysioterapeutteja arvioimaan ja kartoittamaan potilaan toiminta- ja liikuntakykyä. Potilaan ja omaisten kanssa tulee aina keskustella tavoitteista ja päämääristä kuntoutumisen, kotiutumisen sekä jatkohoidon suhteen. Potilaasta on saatava mahdollisimman aktiivinen osallistuja. Mielenkiintoista olisi myös saada potilailta ja omaisilta palautetta esim. kyselyn avulla, miten kuntouttava työote on osastolla toteutunut heidän mielestään ja mitkä ovat olleet heidän odotuksensa asian suhteen.

Tärkeää on järjestelmällinen hoitotyön kirjaaminen niin, että sovitut asiat kirjataan sovitulla tavalla selkeästi potilastietojärjestelmään, josta ne ovat kaikkien yhteistyötoimijoiden saatavilla. Rakenteisen kirjaamisen avulla kirjaaminen on selkeytynyt. Hyvän kirjaamisen ohella kuntouttavan työotteiden käyttämistä helpottaa, kun tehdään kattava hoitosuunnitelma, jonka mukaan toimitaan. Tärkeää on myös arvioida hoidon tuloksia systemaattisesti.

Osastolla sovittujen asioiden toteuttamiseen tarvitaan koko henkilökunnan täydellistä sitoutumista, sopimuksista kiinni pitämistä ja asiakaslähtöisyyttä. Uusille työntekijöille ja opiskelijoille tulee perehdytyksen yhteydessä myös kertoa osastolla käytössä olevasta kuntouttavan työotteiden toimintamallista ja kannustaa heitä käyttämään sitä.

Mielestäni osastolla on tarpeellista pitää jatkossakin osaston koulutusiltapäiviä, joissa käsitellään myös kuntouttavaa työotetta ja pohditaan asioita yhdessä keskustellen. Koulutusiltapäivien tulisi olla myös moniammatillisia niin, että niihin tilaisuuksiin osallistuisivat myös osaston fysioterapeutti ja lääkäri. Näin kaikilla olisi tiedossa sovitut toimintatavat ja tavoitteet. Oikealla asenteella, tietoa lisäämällä ja moniammatillisella yhteistyöllä saavutamme paremmin asetetut tavoitteet. Tärkeää on, että osaston henkilökunta keskustelee yhdessä miten voimme parantaa ja kehittää työtämme.

LÄHTEET

Heikkinen, E., Jyrkämä, J., Rantanen, T. 2013. Gerontologia. Helsinki: Kustannus OY. Duodecim.

Kempainen, U. 2014. Haastattelu 16.7.2014. Perusterveydenhuollon ylihoitaja. Sosteri.

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja.

Ravitsemushoitosuositus. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_netti_2_painos.pdf. Luettu 1.9.2014.

Sosterin strategia 2014-2016. Sosteri.2013. Itä-Savon sairaanhoitopiirin KY. www.isshp.fi. Luettu 28.6.2014.

Sosteri 2014. Itä-Savon sairaanhoitopiirin KY. Portaaton hoito -ja palvelumalli Sosterissa, tilannekatsaus. Saatavana Sosterin Intranetistä. Luettu 26.8.2014.

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.). 2010. Geriatria. Helsinki: Kustannus OY Duodecim.

Tuukkanen, E. 2013. Kuntouttava työote hoitotyössä hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyö. Centria ammattikorkeakoulu. Pdf-tiedosto. Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/59831/tuukkanen_eija.pdf?sequence=1.

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pbf>. Luettu 28.6.2014.

KUNTOUTTAVA TYÖOTE OSAKSI ARKEA JUVAN KOTIHOIDOSSA

Roiha Marika ja Takkinen Marja

TIIVISTELMÄ

*Kehittämistyömme tarkoituksena oli vahvistaa kuntouttavaa työotetta Juvan koti-
hoidossa. Kehittämistyö toteutettiin suorittamalla asiakkaille kysely, perehtymällä
aineistoon sekä laatimalla kotihoidon henkilökunnalle ”virikejuliste”. Näiden li-
säksi Hilikka-mobiilijärjestelmään ohjelmoitiin asiakasaikaa kuntouttavalle työlle.*

*Kotihoidon henkilökunnan mielestä kuntouttava työote oli tärkeä asiakkaiden
toimintakyvyn ylläpitäjäksi, ja varsinkin ”virikejuliste” sai innostuneen vastaan-
oton. Kehittämistyön myötä kotihoidon käyttöön on hankittu mm. kaksi polku-
laitetta asiakkaiden käyttöön. Kotihoitoon on alustavasti suunniteltu oman fysio-
terapeutin/toimintaterapeutin palkkaamista.*

*Henkilökunta suhtautui positiivisesti kehittämistyöhöemme ja saimme kannustus-
ta myös vuodeosaston henkilökunnalta sekä terveyskeskuksen lääkäreiltä. Kun-
toutumista edistävä työote otettiin osaksi kotihoidon arkea. Mobiilijärjestelmään
suunniteltu aika auttoi työntekijää muuttamaan omaa toimintatapaansa, koska
hänelle oli varattu entistä enemmän aikaa asiakasta kohden. Tulevaisuudessa tu-
lisi vielä kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota kuntoutumista edistävän
työotteen suunnitelmallisuuteen ja huomioida se hoito- ja palvelusuunnitelmaa
laadittaessa.*

Johdanto

Työskentelemme sairaanhoitajina Juvan koti-
hoidossa. Kotihoito on jaettu neljään väestövastuualueeseen ja joka alueella on oma tiimi. Kotihoito luoki-
tellaan käyntimäärien mukaan joko säännölliseksi tai tilapäiseksi palveluksi.
Kotihoidon palvelujen tarkoitus on tukea asiakkaan selviytymistä omassa ko-
dissaan mahdollisimman pitkään. (Juva, kotihoito.)

Juvan koti-
hoidossa työskentelee neljä sairaanhoitajaa sekä reilu kaksikymmen-
tä lähihoitajaa. Lisäksi kotihoitoon kuuluvat palveluohjaaja, muistihoitaja sekä
tarvittaessa fysioterapeutti. Kotihoito tekee tiivistä yhteistyötä päiväkeskuksen
kanssa. Asiakkaita Juvan koti-
hoidossa on vajaa 200. Suurin osa asiakkaista on
säännöllisen koti-
hoidon piirissä ja heillä on kotikäyntejä vuorokaudessa usei-
ta. Rava-indeksi on useimmilla asiakkailla 2 tai yli. (Juva, kotihoito.)

Kuntouttavaan työotteeseen on viime vuosina kiinnitetty yhä enemmän huomiota. Juvan kotihoidossa henkilökunta on osallistunut VoiTas-koulutukseen ja on sitä kautta saanut tietoa ja käytännön ohjeita kuntouttavan työotteen toteuttamiseksi. Ymmärtämys kuntoutuksen merkityksestä on lisääntynyt henkilökunnan keskuudessa, mutta asioiden vieminen käytäntöön ei ole sujunut aina toivotulla tavalla. (Juva, kotihoito.)

Ennusteiden mukaan Juvan kunnan väkiluku hiljalleen vähenee ja ikääntyneiden määrä kasvaa. Vanhustenhuollon visio Juvalla on ”Hyväkuntoinen ja aktiivinen vanhus omassa kodissaan”. Vanhusten määrän lisääntyminen vaikuttaa myös siihen, että entistä enemmän on kiinnitettävä huomiota kotiin annettaviin palveluihin ja niiden kuntouttavaan ja kotona asumista tukeviin ominaisuuksiin. (Juva, kotihoito). Uusi Vanhuspalvelulaki edellyttää, että kunnan on järjestettävä iäkkäälle laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja. Nämä palvelut on järjestettävä siten, että ne tukevat iäkkään hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä, itsenäistä suoriutumista ja osallisuutta. Erityisesti on kiinnitettävä huomiota kuntoutumista edistäviin ja kotiin annettaviin palveluihin. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.)

Kaikki nämä tulevaisuuden visiot ja pitkäaikainen kokemuksemme käytännön työstä vaikuttivat siihen, että valitsimme kehittämistyömme kohteeksi kuntouttavan työotteen kotihoidossa. Kehittämistyömme tarkoituksena oli vahvistaa kuntouttavaa työotetta käytännön työssä kotihoidossa. Olemme työssämme huomanneet, että teemme helposti asiakkaan puolesta vedoten kiireeseen tai osaamattomuuteen.

Tutkimusten mukaan kuntoutumista edistävä hoitotyö tuo paljon hyötyjä. Asiakkaalle se näkyy toimintakyvyn paranemisena, työntekijä saa työhönsä sisältöä ja motivaatiota sekä työn kuormittavuus laskee. Työyhteisössä kuntoutumista edistävä työote parantaa ilmapiiriä ja työssä jaksetaan paremmin. Työntekijän haasteena on ymmärtää kuntouttava työote osaksi arjen hoitotyötä ja näin tukea asiakkaan kotona asumista.

Iäkäs ihminen kuntoutusasiakkaana

Ihmisarvon kunnioittaminen ja siihen sisältyen oikeus ikääntyä arvokkaasti on yksi perusarvoista ja sen turvaa Suomen perustuslaki. Arvokkaan ikääntymisen toteutuminen riippumatta tarvittavan hoidon määrästä tarkoittaa tiettyjen eettisten periaatteiden huomioimista. Yksilöllisyys, voimavaraletäisyys, osallisuus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja turvallisuus ovat ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan arvokkaan ikääntymisen turvaavia arvoja. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, STM 2008:3.)

Gerontologinen kuntoutus on oma käsitteensä. Gerontologisen kuntoutuksen perustan muodostavat iäkkään kuntoutujan mennyt elämä sekä nykyinen elämäntilanne. Monialainen gerontologinen kuntoutus auttaa mm. ikääntyntä kuntoutujaa hyväksymään menneen elämänsä erilaiset vaiheet, sopeutumaan kehossaan tapahtuviin muutoksiin sekä tukee hänen itsemääräämisoikeuttaan. (Pikkarainen, 2013.)

Kuntoutumista edistävä työote

Kuntoutus on tavoitteellista ihmisen toimintakyvyn huomioivaa toimintaa (Vähäkangas 2010). Tavoitteena on ihmisen selviytymisen tukeminen omassa asuin- ja elinympäristössään ylläpitämällä tai palauttamalla toimintakyky kuntoutuksen keinoin tai ehkäisemällä jo ennakkoon toimintakyvyn mahdollinen huononeminen (Routasalo ym. 2001). Pia Vähäkankaan (Oulu 2010) tekemässä väitöskirjassa todetaan, miten STM:n kansallisten laatusuosituksen mukaisesti toimintakyvyn edistäminen, ylläpitäminen, omatoimisuus ja itsemääräämisoikeus ohjaavat käytännön toimintaa tulevaisuudessa entistä enemmän. Niiden toteuttaminen on suuri haaste hoitotyössä toimintakykyä edistävälle toiminnalle.

Kuntoutumista edistävä työote on ihmisten ymmärtämistä, muistuttamista, sallimista, valvomista, palautteen antamista ja vastaanottamista, oivaltamista, mahdollisuuksien etsimistä ja viisautta kaikissa päivittäisen elämän tilanteissa. (Suvikas ym. 2010.) Tavoitteena kuntoutumista edistävässä hoitotyössä on tukea hoitotyön keinoin vanhuksen itsenäistä selviytymistä omassa asuin- ja elinympäristössään. Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä korostuvat tavoitteellisuus, moniammatillinen yhteistyö, terveyslähtöisyys ja kuntoutumista edistävä työote. Terveyslähtöisyydellä tarkoitetaan sitä, että vanhuksen toimintakyky määritellään hänen omien kokemusten ja jäljellä olevien voimavarojen perusteella. (Turja ym. 2006.)

Kuntoutumista edistävä työote sisältää hyvin monipuolisesti asioita. Fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen ja palauttamisen lisäksi kuntoutumista edistävään työotteeseen kuuluvat ravitsemuksesta ja lääkehoidosta huolehtiminen, elämän tyytyväisyyden lisääminen, psyykkisen hyvinvoinnin kohottaminen sekä sosiaalisten yhteyksien ja sosiaalisen aseman ylläpitäminen. (Jäntti 2013.)

Yhtenä suurimpana esteenä kuntoutumista edistävälle työotteelle koetaan resurssien niukkuus. Lisäksi tiedon ja pitkäjännitteisyyden puute sekä työn suunnittelemattomuus ovat työntekijälähtöisiä, kuntoutumista edistävää työotetta hankaloittavia tekijöitä. Myös asiakkaiden ja omaisten asenteet saattavat vaikeuttaa kuntouttavan työotteen toteutumista. Asiakkaan mielestä hänen pitäisi saada maksamansa palvelut tekemättä mitään itse. Omaisilla voi olla huoli, että läheiselle sattuu jotain, kun häntä ohjataan omatoimisuuteen.

Tällaisissa tapauksissa korostuu ammattihenkilöiden, kuntoutujan ja hänen läheistensä välinen yhteistyö sekä yhteisiin toimintaperiaatteisiin ja tavoitteisiin sitoutuminen. (Toimintakykyä ylläpitävä työote 2006.)

Asiakaslähtöisyys kuntoutusprosessissa

Kuntoutumista edistävässä työotteessa ihminen tulee nähdä aktiivisena toimijana. Kaiken perustana on kuntoutujan ja hänen lähiympäristönsä voimavarojen hyödyntäminen. Kuntoutumisen motivaatiota lisää ihmisen omien voimavarojen käyttö arjesta selviytymiseksi. Kotihoidossa toteutettava hoito perustuu asiakkaan ja omaisten kanssa yhdessä laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Asiakkaan tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset sekä hänelle merkittävät jokapäiväiset asiat ovat lähtökohtana hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa. Vanhustyön kaikissa vaiheissa on tärkeää tunnistaa asiakkaan omat voimavarat ja toimintakyky. Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöisyyttä ja kuntouttavaa työotetta. (Kuntoutumista edistävän työotavan kehittäminen Vantaan kotihoidossa 2007.)

Kehittämistyön toteutus

Kehittämistyömme aiheeksi valitsimme kuntouttavan työotteen. Aihe valikoitui sen perusteella, että se vastaisi työpaikkamme tarpeita ja toiveita. Kehittämistyömme tavoitteena oli juurruttaa kuntouttava työote osaksi Juvan kotihoidon arkea.

Tulevaisuuden suuntaus on, että asiakkaat pystyisivät asumaan mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Tätä tukee se, että asiakkaiden toimintakykyä ylläpidetään kuntouttavan työotteen keinoin. Valittuamme kehittämistyömme aiheen, pidimme työyhteisöpalaverissa asiasta infon.

Aloitimme kehittämistyömme tekemisen laatimalla asiakkaille kyselylomakkeen. Työntekijät täyttivät lomakkeet yhdessä asiakkaan kanssa. Kysymyksien tarkoitus oli selvittää asiakkaiden näkemystä siitä, mitä kuntouttaminen on, miksi sitä tarvitaan ja ovatko he saaneet sitä kotihoidolta. Lisäksi kyseltiin, millaista toimintaa asiakkaat kaipaavat kotihoidolta.

Vastauksista ilmeni asiakkaiden ymmärtävän, että omasta toimintakyvystä täytyy jollain tavalla pitää huolta tai muuten kotona pärjääminen ei olisi mahdollista. Asiakkaat vastasivat, että kotihoito on tuonut heille esim. jumpaohjeita. Lähes kaikkien vastaajien mielestä tämä ei riitä, vaan he kaipaavat yhdessä tekemistä. Asiakkaiden mielestä olisi mukava tehdä tavallisia arjen askareita, kuten ripustaa pyykkiä tai hakea posti hoitajan kanssa. Nämä vastaukset vahvistivat kehittämistyömme aiheen olevan tarpeellinen.

Seuraavaksi olimme yhteydessä fysioterapeuttiin ja häneltä saimme vinkkejä ja ohjeita kehittämistyöhömme ja siihen, kuinka juurruttaa kuntouttava työote käytäntöön. Pehdyimme aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen.

Henkilökunnan kiinnostuksen herättämiseksi askartelimme toimistomme seinälle ”virikejulistein”. Kokosimme julisteeseen hoitajille vinkkejä kuntouttavasta työotteesta. Vaihtoehtoja esiteltiin pyykinripustamisjumpasta aina valokuvamuisteluun. Vinkkejä vaihdeltiin säännöllisin väliajoin. Tavoitteena oli kannustaa henkilökuntaa muuttamaan toimintatapojaan kuntouttavan työotteen suuntaan ja samalla käyttämään omaa luovuuttaan arjen hoitotyössä. Kannustimeksi järjestimme aiheesta tiimien välisen kilpailun.

Juvan kotihoito siirtyi keväällä 2014 käyttämään Hilkka-toiminnanohjausjärjestelmää. Tässä mobiilihoivaksikin kutsutussa järjestelmässä asiakkaille suunnitellut käynnit jaetaan työntekijöille optimaalisesti. Järjestelmään on syötetty asiakkaille suunnitellut käynnit aikoineen sekä käynneillä tehtävät työt. Vahvistaaksemme kuntouttavan toiminnan toteutumista käytännössä, lisäsimme mobiilihoivaan asiakas aikaa. Tällä pyrimme varmistamaan sen, että työntekijällä on mahdollisuus muuttaa toimintatapojaan kuntouttavan työotteen suuntaan. Haastavimpien asiakkaiden kohdalla fysioterapeutti kävi ohjaamassa työntekijää ja ohjeet kirjattiin asiakkaiden hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Pohdintaa

Kuntoutumista edistävä työote on tärkeä osa-alue hoitotyössä. Vielä tarvitaan kuitenkin tarkennusta siihen, miten hoitohenkilökunta saadaan kokonaisvaltaisesti työskentelemään kuntoutumista edistävästi ja miten potilaat ymmärtävät kaiken hoitotyön tähtäävän heidän voimavarojensa parantamiseen. (Ryppö ym., 2008). Kuntoutumista edistävä työote on kaikkien ikääntyneiden parissa työtään tekevien yhteinen haaste. Se on tapa tehdä arjen työtä. Kuntouttavan työotteen perusta on ikäihmisen ja työntekijän yhdessä toimiminen arjessa. (Voutilainen ym.,2002.)

Oman työskentelytavan muuttaminen lähtee työntekijästä itsestään. Välillä on hyvä pysähtyä pohtimaan, miksi, miten ja ketä varten työtä tehdään. Tarkoituksena ei ole se, että hoitaja tekee tehokkaasti ja nopeasti asiakkaan puolesta, vaan että asiakasta kannustetaan ja motivoidaan tekemään itse. Kuntoutumista edistävä työote vaatii hoitajalta myös negatiivisen palautteen sietämistä, jatkuvaa asiakkaan motivointia sekä uusien mahdollisuuksien näkemistä. Myös aitoa innostusta asiaan tarvitaan. Kuntoutumista edistävä työote on yhteistyötä ja sovittujen pelisääntöjen noudattamista. Lähiesimiehen tuki on välttämätön. Juvan kotihoidossa esimies on ollut tiiviisti mukana suunnittelemassa ja organisoimassa kuntouttavan työotteen kehittämistä. Mielestämme tärkeää on, että esimiehemme on nähnyt kuntouttavan työotteen mahdollisuudet ja antanut palautetta ja arvostusta työntekijöiden toiminnasta.

Kehittämistyötä tehdessämme huomasimme, ettei kuntouttavan työotteen toteuttaminen ole aina helppoa. Vaikka työntekijällä olisi asiaan into ja motivaatio, asiakas voi kuitenkin kieltäytyä yhteistyöstä. Näissä tilanteissa työntekijältä vaaditaan melkoista mielikuvitusta ja joustavuutta. Myös omaisten on tärkeää ymmärtää kuntouttavan työotteen merkitys, vain yhdessä voimme onnistua.

Kuntouttavan työotteen suunnitelmallinen toteuttaminen on tärkeää. Tavoitteet, toteutus ja arviointi on syytä kirjata huolellisesti, jolloin asiat ovat kaikkien osapuolien tiedossa. Selkeä kirjaaminen helpottaa yhtenäisten toimintatapojen toteuttamista.

Kehittämistyön tekeminen on mielestämme ollut antoisaa ja opettavaista. Huomasimme, että liian helposti oletamme asioita, emmekä anna asiakkaalle edes mahdollisuutta yrittää itse. Antamalla aikaa, mahdollisuuden ja ripauksella luovuutta asiakkaista on löytynyt yllättäviä voimavaroja.

Kuntoutumista edistävä työote ei ole helppo, vaan se vaatii jatkuvaa kehittämistä. Olemme olleet ilahtuneita siitä, miten innokkaasti työyhteisömme sekä terveyskeskuksen väki on ottanut kehittämistyömme osaksi arkeaan. Jatkossa toivomme, että kehittämistyömme jatkaa kulkuaan ja sitä syvennetään ja laajennetaan edelleen. Kehittämistyö jatkuu haasteenamme arjessa.

LÄHTEET

- Juva, kotihoito. Saatavissa. (viitattu 4.7.2014)
- Jäntti, P. 2013. Kuntoutumista edistävän työotteen merkitys vanhusten elämänlaatuun ja vanhustyön vaikuttavuuteen. Saatavissa.
- Kuntoutumista edistävän työotteen kehittäminen Vantaan kotihoidossa. Saatavissa. (viitattu 3.7.2014)
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Saatavissa. (viitattu 30.9.2014)
- Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64864/JAMKJULKAISU-JA1592013_web.pdf?sequence=1 (viitattu 12.8.2014).
- Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia.
- Ryypö, E. & Salonen, A. 2008. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö:katsaus tutkimustietoon. Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.
- STM 2008:3. Ikäihmisten palvelujen laatuosuositus. Saatavissa. (viitattu 4.7.2014)
- Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki:Edita.
- Toimintakykyä ylläpitävä työote. Saatavissa: <http://verneri.net/yleis/toimintakyky-yllapitava-tyoote> (viitattu 4.7.2014)
- Turja, T., Routasalo, P. & Arve, S. 2006. Arviointi, kuinka iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyön toimintamalli vakiintui. Tutkiva hoitotyö -lehti nro.1.
- Voutilainen, P., Vaarama, M., Peiponen, A. 2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa: Backman, K., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, U., Paasivaara, L., Vaarama, M. & Voutilainen, P. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Helsinki: Stakes.
- Vähäkangas, P. 2010. Kuntouttamista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

2. KOTIIN IHMISEN MIELI

KOTIUTTAMISEN TARKISTUSLISTAN KEHITTÄMINEN POTILAAN KOTIUTUESSA TAI SIIRTYESSÄ JATKOHOITOPAIKKAAN KIRURGISELTA OSASTOLTA

Kasper-Immonen Marjo ja Kosonen Mia

TIIVISTELMÄ

Artikkelissa tarkastellaan kotiuttamisen tarkistuslistan kehittämistä potilaan kotiutuessa tai siirtyessä jatkohoitoon kirurgiselta osastolta. Hyvässä kotiuttamisessa korostuu hyvän suunnittelun merkitys sekä oikea-aikaisuus. Yhteistyö eri toimijoiden välillä on ensiarvoisen tärkeä kotiuttamistilanteissa. Kotiuttamisen tarkistuslistassa huomioidaan kirurgisen potilaan erityistarpeet. Tarkistuslista toimii henkilökunnan muistin tukena ja sen avulla varmistetaan, että mitään olennaista ei ole kotiuttamisessa unohdettu ja kotiuttaminen tapahtuu oikein. Yhtenäisten käytäntöjen oletetaan parantavan hoidon laatua, sujuvuutta ja potilasturvallisuutta.

Kirurgisella osastolla hoidetaan lonkka- ja polviproteesipotilaita, muuta kirurgista hoitoa vaativia päivystyspotilaita, sekä kipupotilaita. Suurin osa kirurgisesti hoidettavista potilaista on ikääntyneitä. Palvelurakenteen muutos on tuonut haasteita myös kotiuttamistilanteisiin. Yhä huonompikuntoiset potilaat kotiutuvat ja tämä luo painetta myös hoitohenkilökunnalle. Henkilökunta toivoi apuvälinettä kirurgisten potilaiden kotiuttamistilanteisiin, jota pidettiin haasteellisina. Ehdotusten pohjalta tärkeimmäksi nousi kehittää osastolle kotiuttamisen tarkistuslista.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin (Sosterin) laatimaa yleistä kotiuttamisen tarkistuslistaa käytettiin työn mallipohjana. Palveluasumisen laadun ja vaikuttavuuden kuvaaminen ja mittarin kehittäminen eteni Kitsonin (1989) laadunvarmistus-syklin mukaan. Kitsonin laadunvarmistuksen syklin eri vaiheita hyödynnettiin kehittämistyön etenemisen eri vaiheissa. Tarkistuslistan kehittämiseen osallistui myös henkilökunta.

Hyvän kotiuttamisen suunnittelu vaatii hoitajilta tiimityöskentelyä ja moniammatillisuutta. Osastolle kehitetty kotiuttamisen tarkistuslistan käyttö mahdollistaa yhtenäiset ja selkeät kotiuttamisen käytännöt. Tarkistuslista auttaa hoidon jatkuvuuden suunnittelussa ja lisää potilasturvallisuutta sekä hoidon laatua. Kotiuttamisen tarkistuslista voi toimia myös perehdyttämisen apuvälineenä uusille työntekijöille. Tarkistuslista lisätään perehdytyskansioon, näin uuden työntekijän on helpompi omaksua osaston yhteisesti sovitut kotiutuksen käytännöt.

Johdanto

Suomen väestö ikääntyy nopeasti. Ennusteet kertovat, että vuonna 2030 joka neljäs suomalainen on yli 65-vuotias, eli ikääntynyt ihminen. Ikääntyessä toimintakyky heikentyy ja avun tarve kasvaa. Iäkkään väestön kasvu vaikuttaa voimakkaasti palvelutarpeeseen. Sosiaali- ja terveysministeriön antaman laatusuosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Laatusuositus on tarkoitettu ikääntyneiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin välineeksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. Suositus sisältää strategisia linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi kolmella osa-alueella, joista yhtenä on palvelurakenteen kehittäminen. Palvelurakennetta pyritään muuttamaan lisäämällä kotona asumista tukevia palveluita ja vähentämällä laitoshoidon. Tämä hillitsee toteutuessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten kasvua. (STM 2008,9, STM 2013, 13.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä (Sosteri) tuottaa kuudelle jäsenkunnalle erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palvelut ja kolmelle jäsenkunnalle terveydenhuoltoon läheisesti liittyvät sosiaalitoimen palvelut. Perustehtävänä on edistää sairaanhoitopiirin alueen väestön terveyttä ja järjestää tarpeellinen terveyden- ja sairaanhoito sekä hoiva. Tavoitteena on saada myönteiset vaikutukset väestön terveydentilaan, sekä koko palveluketjun hallinta ja keskeisten palvelujen turvaaminen alueella. Lisäksi tavoitteena on osaavan henkilöstön toiminta ydintehtävissä sekä kustannusten hallinta väestön tarpeiden ja jäsenkuntien maksukyvyyn rajoissa. (Sosterin strategia 2011–2013.)

Sosteri on kehittänyt palvelurakennettaan siirtymällä portaattomaan hoitomalliin. Sosterin kuntayhtymähallitus on linjannut, että Sosterissa käytetään palvelurakenteen muutoksesta portaaton-nimikettä, koska samanaikaisesti kehitetään myös muita asiakasryhmiä kuin vanhusten palveluita. Portaattomaan hoitomalliin siirtymisen tarkoituksena on iäkkäiden laitoshoidon vähentäminen valtakunnallisten suositusten mukaisesti. Sairaalasta kotiutumista tukevien palvelujen, kuten kotiutustiimien laajempi käyttöönotto, on tarpeellista, jotta sairaalahoidossa oleville saadaan hyvät edellytykset kuntoutua takaisin kotiin. (STM 2011, 37.) Tavoitteena on, että jokainen osastolle saapuva potilas ensisijaisesti palaa sinne, missä oli ennen sairaalahoidon aloitusta. Potilaan kotiutta-

misella tarkoitetaan potilaan siirtymistä kotihoitoon. Yhä huonompikuntoiset potilaat siirtyvät sairaalasta suoraan kotihoitoon. Hyvin suunniteltu ja toteutettu kotiutus auttaa kotona selviytymistä sekä ennaltaehkäisee sairaalaan uudelleen joutumista. Hyvän kotiutumisen edellytys on hoito- ja palveluketjun saumaton yhteistyö. (Perälä & Hammer, 2003, 24.)

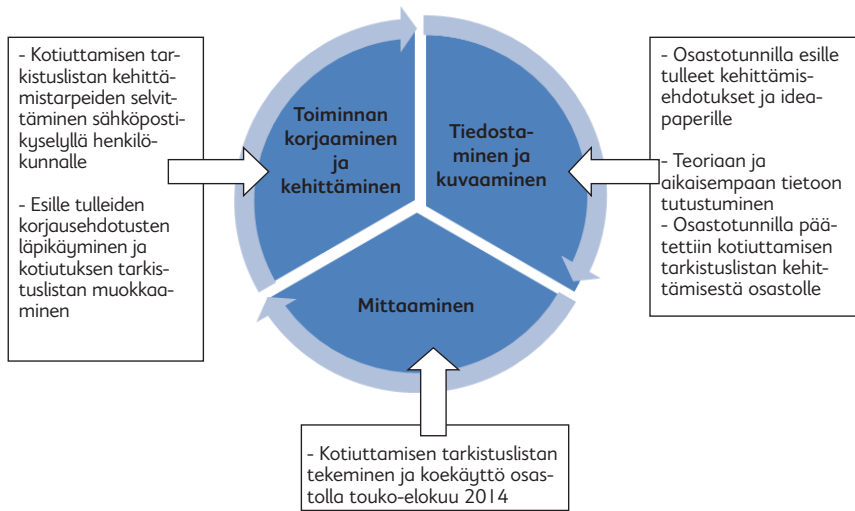
Ikääntyneen ihmisen hoitamisessa on otettava huomioon hänen voimavaroinsa. Ikäihmisen jäljellä olevat voimavarat perustuvat elettyyn elämään. Hoidon jatkuvuuden kannalta olisi tärkeää aloittaa keskustelu potilaan kanssa kotona pärjäämisestä ja siellä tehtävistä muutoksista hoidon varhaisessa vaiheessa. Väestön ikääntyminen näkyy hoitotyössä ja tekee potilaan kotiuttamisesta haasteellisen. Kotiutus on monivaiheinen prosessi, jossa sairaanhoitajan on luotava kokonaisvaltainen näkemys potilaan tarpeista hänen kotiutuessaan ja hoidon jatkumisesta saumattomasti kotihoidossa. Kirurgisen osaston hoitohenkilökunta on kokenut kotiuttamistilanteet yhä haasteellisemmiksi ja tästä nousi tarve lähteä kehittämään apuvälinettä kirurgisen potilaan kotiuttamisen selkeyttämiseksi. Potilaiden turvallisuuden parantamiseksi on kehitetty erilaisia menetelmiä. Yksi niistä on tarkistuslista, jota voidaan käyttää hoitotyön eri vaiheissa (Helovuo ym. 2011, 209.) Tarkistuslistaa voidaan käyttää kotiuttamisprosessin työvälineenä potilasta kotiuttaessa sairaalasta. Tarkoituksena on yhtenäistää tarkistuslistan avulla kotiuttamiskäytäntöjä, koska kaikille tapahtuu virheitä ja unohtuksia. Tarkistuslista toimii muistin apuna ja tukena. Sen avulla voidaan varmistaa, että kaikki yksityiskohdat, jotka kiireessä saattavat unohtua, käydään läpi (Aaltonen & Rosenberg, 2013, 284-285.)

Potilasturvallisuuden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi Sosteri on kehittänyt työryhmässään yleisohjeen 2.7.2013 kotiuttamisen tarkistuslistasta. Tarkistuslista on laadittu kotiuttamisen onnistumiseksi ja jatkohoidon turvaamiseksi. Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kehittää kotiuttamisen tarkistuslista, jossa huomioidaan kirurgisen potilaan erityistarpeet. Kehittämistyössämme olemme käyttäneet Sosterin kotiuttamisen tarkistuslistaa mallipohjana. Sosterin tarkistuslistasta olemme muokanneet osastollemme räätälöidyn kotiuttamisen tarkistuslistan.

Kotiuttamisen tarkistuslista toimii muistin apuna ja sen avulla voidaan vähentää virheitä, lisätä turvallisuutta, yhdenmukaistaa toimintaa ja parantaa hoidon laatua. Yhtenäisten käytäntöjen oletetaan parantavan hoidon laatua, sujuvuutta ja potilasturvallisuutta (Aaltonen & Rosenberg, 2013 16-17.) Kotiuttamisen yhdenmukaisuus koetaan tärkeänä myös hoidon jatkuvuuden kannalta, sekä saumattoman jatkohoidon järjestämiseksi. Tarkistuslistaa voidaan myös käyttää perehdytyksessä uuden työntekijän tukena, sillä se lisää potilasturvallisuutta ja perehdyttää hoitajan kotiuttamisprosessissa huomioitaviin asioihin. Kehittämistyön tavoitteena oli potilasturvallisuuden ja hoidon laadun parantaminen potilaan kotiuttamisessa sairaalan osastolta.

Kehittämistyön toteutus

Käytämme tarkistuslistan kehittämisessä kirurgian osastolle mukaillen Kitsonin laadunvarmistusyykliä (1986), jonka mukaan laatutyöskentely alkaa nykytilanteen tarkistelusta ja sen vertaamisesta toivottuun ja haluttuun tapaan toimia. Kitsonin (1989) laadunvarmistuksen päävaiheita ovat tiedottaminen ja kuvaaminen, mittaaminen sekä toiminnan korjaaminen ja kehittäminen. Laadun arvioiminen ja mittaaminen perustuu laadun varmistuksen eri vaiheisiin. (Pelkonen & Perälä 1993, 62, 84-85.) Kehitystyömme on lähestymistavaltaan kvalitatiivinen eli laadullinen. Kuvaamme työssämme kehittämisprosessin etenemistä, Kitsonin mallin mukaan (kuvio 1).



KUVIO 1: Kehittämistyömme eteneminen mukaillen Kitsonin laadunvarmistusyykliä

Tiedostaminen ja kuvaaminen

Kitsonin (1989) laadunvarmistusyyklin ensimmäinen päävaihe on tiedostaminen ja kuvaaminen. Tiedostamiseen ja kuvaamiseen alavaiheisiin kuuluvat: arviointikohteen valinta laadun parantamiseksi, asiakasryhmän nimeäminen, kriteerien laatiminen, laatuvaatimusten nimestä sopiminen ja kriteerien hienosäätö. (Pelkonen & Perälä 1992, 85.)

Kehittämistyön aiheemme valinta lähti liikkeelle henkilökunnan osastotunnista, joka pidettiin 22.1.2014. Osastotunnilla mietimme kehittämisasiideoita. Tärkeimpänä pidettiin kotiutukseen liittyviä asioita. Hoitohenkilökunta toivoi apuvälineitä kotiuttamistilanteisiin, jotka olivat haasteellisia. Toivottiin, että erityisesti iäkkäät ja muistisairaavat voisivat kotiutua turvallisesti osastolta ja pärjäisivät kotona annettujen kotihoito-ohjeiden turvin. Myös moniammatillista yhteistyötä esimerkiksi fysioterapeuttien ja kotihoivon henkilöstön välillä haluttiin lisättävän. Osastotunnin jälkeen laitoimme vielä kahvihuoneen pöydälle viestiä niille, jotka eivät olleet läsnä. Kaikkien esitettyjen ehdotusten pohjalta laadittiin ideapaperi, jonka pohjalta tärkeämpänä nousi kehittää osastolle kirurgisen potilaan kotiuttamisen tarkistuslista.

Laatukriteerit tulisi määrittää asiakkaan näkökulmasta ottamalla huomioon heidän kokemuksensa. Potilaat ja asiakkaat haluavat nykyisin näyttöä palveluiden tuottajien laadusta. Terveystieteiden työntekijöille on tärkeää saada palautetta työnsä laadusta ja he haluavat työnsä olevan laadukasta. Kriteerien avulla kuvataan yksityiskohtaisesti sitä, mitä pidetään hyvänä kotiutuksena valitun arviointikohteen osalta. Laadunvarmistuksen keskeisiä asioita on laatuvaatimus ja kriteerit. Näiden avulla ilmaistaan odotettu ja toivottu taso jonkin vaiheen osalta kotiuttamisen prosessissa. Laatuvaatimusta voidaan luonnehtia yhdessä sovituksi tavoitelauseeksi. Laadunvarmistuksen yhteydessä kriteeri voidaan määritellä tekijäksi, joka on valittu korkeatasoista hoitotyötä kuvaavaksi muuttujaksi; ne ovat mittareita, apuvälineitä, joiden avulla hoitotyön hyvyys päätellään. Kriteereillä voidaan kuvata toimintaa, olosuhteita ja kliinisiä tiloja. Yhteen laatuvaatimukseen voi liittyä useita kriteerejä. (Pelkonen & Perälä 1992, 69-70, 97.)

Terveystieteiden palvelujen laadun ja vaikuttavuuden perusedellytyksiä ovat henkilöstön hyvä ammattitaito, hyvinvointi ja työhön sitoutuminen. Tulevaisuudessa korostuu entistä enemmän erikoisosaaminen, koska asiakkaiden tarpeet ja ongelmat, työmenetelmät ja toimintaympäristöt edellyttävät sitä. Terveystieteiden toimintaa pitäisi kehittää jatkuvasti, mutta kehittämiselle voi olla esteitä, kuten työvoiman vähäisyys ja henkilöstön heikko motivoituminen työhön. Ammattitaitoinen ja motivoitunut henkilökunta on tärkein osatekijä iäkkäiden ihmisten hoidossa ja palvelussa. (Ristikko, 2001, 143-149.)

Kehittämistyömme aiheen selkiintyessä tutustuimme osastolla laadittuihin ja yhdessä sovittuihin kotiuttamiskriteereihin. Osastolle on koottu kotiuttamiseen liittyviä tärkeitä asioita erilaisiin kansioihin. Puhuttiin myös olemassa olevaan teoreettiseen tietoon, esimerkiksi mitä sisältää kirurgisen potilaan hyvä kotiuttaminen. Selvitimme, mitä tietoa tarkistuslistoista on olemassa, sekä minkälaisia tutkimuksia ja opinnäytetöitä on tehty kotiuttamisen tarkistuslistoista. Kehittämistyön tuotos, eli tarkistuslista kotiuttamistilanteisiin, laadittiin aikaisemman tutkimustiedon perusteella ja osastolle laadittujen kirurgisen potilaan hyvän kotiutuksen kriteerien pohjalta. Kotiuttamisen tar-

kistuslistan mallipohjana käytettiin pääasiassa Sosterin laatimaa yleisohjetta kotiuttamisen tarkistuslistasta.

Sana ”kotiuttaminen” sairaalasta kuvaa potilaan kotiuttamista sairaalasta henkilökunnan näkökulmasta, kun taas sana ”kotiutuminen” sairaalasta on potilaan näkökulma (Nurmi 2004, 412.) Hoitajalla tulee olla kyky hahmottaa potilaan tilannetta ja kykyä auttaa kotiutumisessa. Hoitajalla tulee olla empatiaa, kykyä samaistua ikääntyneen tilanteeseen. Empatia kotiutustilanteessa auttaa onnistumaan kotiutuksessa. (Lindqvist 1996, 89.)

Kotiutuksessa ikäihminen siirtyy palveluketjussa eteenpäin käyttäen peräkkäin tai yhtäjaksoisesti sosiaali- ja terveystalouksia, jotka hänen näkökulmastaan muodostuvat yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Palveluketjussa on tarkoituksenmukaista suunnitella ja koota yhteen eri palveluja ja palvelujen tuottajia. Palveluketjujen välillä tiedon tulee kulkea hyvin organisaatiosta toiseen, jotta hoito ja palvelut toimivat saumattomasti. Palveluketjussa ikäihminen on palvelujen keskipisteenä, jolloin on tarkoituksena huomioida ikäihmisen hyvinvointi, terveys sekä itsenäinen selviytyminen. (Laaksonen ym. 2005, 65-66.)

Potilaan turvallisuuden tunnetta lisää ajoissa suunniteltu kotiuttaminen. Kotiuttamistilanteessa sairaalan ja kotihoidon yhteistyö ja osaaminen joutuu tarkastelun kohteeksi päivittäin. Kansanterveyslain mukaan päätöksen potilaan ottamisesta sairaalaan ja sairaalasta pois pääsystä tekee lääkäri. Ikäihmisten hoidossa kotiuttamisen aikaistaminen, huonokuntoisten, sairaiden ja toimintakyvyltään heikentyneiden ikäihmisten hoito on lisännyt hoitamisen vaativuutta, ammatillista osaamista ja työvoiman tarvetta hoitohenkilöstölle. Vuodeosastojen henkilökunnan tulee vastata potilaiden kotikuntoisuudesta, millä voidaan turvata potilaan selviytyminen kotihoidossa. Ikäihmisten yhtenä perusoikeutena on käyttää itsemääräämisoikeutta päätöksenteossa. Itsemääräämisoikeutta tulee toteuttaa ikäihmisen kotiuttamisen yhteydessä, jos se ikäihmisen sairauksien ja toimintakyvyn puitteissa on mahdollista. Ikäihmisen määräämisoikeuden toteuttamista saattaa vaikeuttaa esim. muistin heikkeneminen. Muistin heikkeneminen saattaa johtaa myös tapaturmariskien lisääntymiseen. Omaiset voivat vastustaa ikääntyneen kotona asumista ja pakottaa ikäihmisen tyytymään omaisen toiveeseen. (Valtonen, 2000, 7-9.)

Mittaaminen

Kitsonin (1989) laadunvarmistusprosessin toinen päävaihe on mittaaminen. Mittaamisen alavaiheisiin kuuluvat mittavälineen valinta ja teko, tulosten kerääminen ja tulosten arvioiminen. Kvalitatiivisella eli laadullisella mittaamisella tarkoitetaan havaintojen tekoa ilman mittayksikköä. Kerätty tieto perustuu laadullisiin havaintoihin ja se ilmaistaan sanoilla. Usein mittaaminen rajoittuukin sanalliseen kuvaukseen. Kvalitatiivisessa tiedon keruussa painotetaan subjektiivisuutta. Kvalitatiivista tutkimusta puhtaimmillaan voidaan käyttää

äärimmäisen harvoin hoivatyön laadun varmistuksessa. Sen keskeinen merkitys on uuden tiedon tuottaminen. (Pelkonen & Perälä 1992, 85, 142-146.)

Teimme kirurgisen potilaan kotiuttamisen tarkistuslistan, joka otettiin koe-käyttöön 20.5.2014. Tarkistuslistan saatteeksi laitoimme kirjeen, jossa kerroimme laatimamme tarkistuslistan koekäytöstä ja pyysimme henkilökuntaa arvioimaan listan toimivuutta. Tulostimme joka työpisteeseen laatimamme koevedoksen saatekirjeineen, joka oli osastolla käytössä noin kolme kuukautta.

Korjaaminen ja kehittäminen

Kolmannessa vaiheessa eli toiminnan korjaamisessa ja kehittämisessä tunnistetaan ja valitaan parannusta vaativat toiminnot. Tarvittaessa toimintaa voidaan muuttaa ja kehittää, mikäli laatutaso ei vastannut odotuksia.

Pyysimme kotiuttamisen tarkistuslistasta palautetta sähköpostitse henkilökunnalta 15.8.2014. Kysyimme, mitä tarkistuslistassa pidettiin hyvänä, onko kehitettävää ja lisättävää sekä muita ideoita ja ehdotuksia. Tulleiden vastauksien perusteella muokkasimme tarkistuslistan lopulliseen muotoonsa. Kirjallisia vastauksia saimme neljä kappaletta, lisäksi saimme suullisia kommentteja. Pääasiassa henkilökunta piti kotiuttamisen tarkistuslistaa kattavana. Joidenkin mielestä listasta olisi hyötyä etenkin uusien hoitajien perehdytyksen tukena. Tarkistuslista on hyvänä apuna opiskelijoiden ohjauksessa. Joidenkin mielestä osa listassa olevista asioista kuuluisi lääkärielle, esimerkiksi lääkityksen tarkistaminen ja hoidon kulun selvittäminen potilaalle. Apuvälineistä huolehtiminen kuuluisi fysioterapeutille, tutkimusten vastausten ja soittoaikojen varaaminen kuuluisi sihteerille; tässä korostuisi tiimityöskentelyn tärkeys. Jotkut toivoivat, että kipulääkkeiden ottoa tulisi ohjata enemmän potilaalle, että hän tietäisi millä annoksella, milloin ja miten lääkitystä tulisi vähentää ym. Myös Klexane-ruiskujen hävittämisestä (viemällä ne apteekkiin) olisi muistutettava. Tärkeänä pidettiin myös muistuttaa potilaalle, että osastolle voi soittaa, jos jotakin kysyttävää ilmenee. Muistisairaiden kohdalla tulisi jatko-ohjeet kerrata myös lähiomaiselle. Listassa tulisi olla muistutus myös rannekkeen poistamisesta potilaan kädestä ennen kotiin lähtöä. Pyrimme huomioimaan kaikki annetut muutosehdotukset muokatessamme kotiutuslistaa.

Pohdinta

WHO:n kehittämä Surgical Safety Checklist, joka on kehitetty leikkaussali-henkilökunnalle, on saanut eniten kansainvälistä huomiota (Helovuo 2011, 209.) Tarkistuslistoja on ruvettu kehittämään terveydenhuollon muillekin osa-alueille etenkin nopeaa työtahtia, monien asioiden yhtäaikaista hallintaa ja suurta tarkkuutta vaativiin yksiköihin. palvelurakenteen muutos on tuonut paineita kotiuttamistilanteisiin. Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli

kehittää kirurgian osastolle kotiuttamisen tarkistuslista, jossa on huomioitu kirurgisen potilaan erikoistarpeet. Laitimamme tarkistuslistan tavoitteena on kotiuttamiskäytäntöjen yhtenäistäminen, joka osaltaan parantaa potilasturvallisuutta ja hoidon laatua.

Aiheen valinta oli helppo, koska suurin osa henkilökunnasta halusi nimenomaan kotiutustilanteisiin apuvälinettä. Portaattoman hoitomallin myötä siirrytään asteittain siihen, että kotoa tulevat potilaat palaavat sairaalahoidon jälkeen takaisin kotiin. Haasteeksi hoitohenkilökunnalle muodostuu, että yhä huonompikuntoiset potilaat siirtyvät sairaalasta suoraan kotihoitoon. Kotona selviytymisen turvaamiseksi tarvitaan moniammatillista yhteistyötä eri toimijoiden välillä. Kirurgisen osaston hoitohenkilökunta on keskeisessä asemassa suunnitelleessaan potilaan kotiutusta yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Hoitotyöntekijöiden toiminnassa on otettava huomioon iäkkään ihmisen uudelleen sairaalaan joutumisen riskitekijät. Kotiutumisen epäonnistumiseen liittyviä riskitekijöitä voivat olla hoitajien virheellinen käsitys potilaan ja omaisten elämäntilanteesta ja avuntarpeesta, potilaan ja omaisten osallistumattomuus hoitoon, puutteellinen kommunikointi, puutteellinen tiedonkulku kotihoidon ja sairaanhoidon välillä, epäselväksi jäänyt vastuunjako sekä huonosti suunniteltu iäkkään ihmisen hoito.

Tarkistuslistan koekäytön ajankohta oli kesälomien aikaan. Osastollamme oli tuolloin kesästä aiheutuvia muutoksia, jotka osaltaan vaikeutti listan koekäyttöä. Kesäajan osastolla hoidettiin muitakin erikoisalalan potilaita. Henkilökuntaa oli yhdistetty eri työyksiköistä ja kirurgista henkilökuntaa oli lomalla. Olosuhteista aiheutuvien muutosten vuoksi kotiuttamisen tarkistuslistaa ei käytetty ja moni ei tiennyt listan olemassaolosta. Koimme, ettei kotiutuksen tarkistuslistan käyttöön ollut riittävästi aikaa perehdyttää henkilökuntaa. Vaikka käytössä olisi hyvä työkalu, on siihen oltava riittävä perehdytys henkilökunnan sitouttamiseksi.

Pyysimme palautetta kotiuttamisen tarkistuslistasta sekä sähköpostitse että suullisesti. Palautteita olisimme toivoneet enemmänkin, mutta pääasiassa tarkistuslista koettiin tiedoiltaan kattavaksi. Toisaalta toivottiin, että lista olisi taskuun sopiva, jota voisi kuljettaa mukana. Koska kotiuttamisprosessi on monivaiheinen, on listasta hankalaa tehdä lyhyttä. Listan pääotsikoista voisi tehdä pienemmän ja suppeamman, taskuun sopivan muistilistan. Kattavampia A4-kokoisia kotiutuslistoja olisi saatavilla päätteiden vieressä, missä kotiuttamisen kirjaus ja tarkennus tapahtuisi. Taskuun sopivan listan toiselle puolelle laitettaisiin tärkeimmät kotiuttamiseen liittyvät puhelinnumerot ja lista laminoitaisiin. Olisi mielenkiintoista kysyä palautetta kotiuttamisen onnistumisesta myös kotiutuneilta potilailta tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen. Olisi tärkeää, että potilaat, joita asia koskee, voisivat lausua mielipiteensä tarkistuslistan toimivuudesta.

Kotiuttamisen tarkistuslista voisi toimia myös perehdyttämisen apuvälineenä uusille työntekijöille. Tarkistuslista tulisi liittää perehdytyskansioon; näin uuden työntekijän olisi nykyistä helpompi omaksua osaston yhteisesti sovitut kotiutuksen käytännöt. Hyvän kotiutuksen suunnittelu vaatii hoitajilta tiimityöskentelyä ja moniammatillisuutta. Yhtenäisten toimintakäytäntöjen ja selkeiden toimintaohjeiden oletetaan parantavan hoidon laatua, sujuvuutta ja samalla potilasturvallisuutta. Kotiuttamisen tarkistuslista olisi hyvä tiedottamisen apuväline.

Hyvin suunniteltu kotiutus auttaa potilasta selviytymään kotona annettujen kotihoito-ohjeiden turvin. Tulovaiheessa arvioidaan ne potilaan voimavarat ja resurssit, joiden avulla hän selviytyy jatkossa kotona. Potilaan kuuleminen ja hänen tahtonsa huomiointi kotiutusvaiheessa edesauttaa kotona selviytymistä. Myös potilaan läheiset tulee ottaa mukaan kotiutusta suunnitellessa. Tarkistuslistan käyttö koko potilaan hoitoprosessin ajan mahdollistaisi yhtenäiset ja selkeät kotiuttamisen käytännöt, vähentää päällekkäistä toimintaa sekä auttaa hoidon jatkuvuuden suunnittelussa ja lisää potilasturvallisuutta ja hoidon laatua.

Kotiutumisen tarkistuslista tulisi voida liittää potilaan sähköiseen hoitokertomukseen, koska kaikki potilaan hoitotiedot ovat sähköisessä muodossa. Sähköinen lomake helpottaa hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Tiedon kulku parantuu ja helpottuu, joka osaltaan lisää potilasturvallisuutta. Jatkossa tarkistuslistan toimivuutta voisi mitata kysymällä asiakkaalta esimerkiksi kyselylomakkeella, mitä mieltä hän on ollut osastolta kotiutumisesta.

Toisaalta joissakin sairaanhoitopiireissä on erikseen nimetty kotiutushoitaja. Kotiutushoitaja ottaa tarvittaessa yhteyttä yhteistyökumppaneihin, joita lääkärin ja hoitajan ohella ovat mm. fysioterapeutti, toimintaterapeutti sosiaalityöntekijä joko sairaalassa tai avoterveydenhuollon puolella ja kotihoito. Kotiutushoitaja koordinoi, konsultoi ja tekee yhteistyötä eri toimijoiden kanssa potilaan hyvän kotiutuksen onnistumiseksi ja ilmoittaa heille eri asiat ja kotiutumisaikataulun. Kotiutumisen jälkeisenä päivänä hän ottaa yhteyttä potilaaseen onnistumisen kotiutumisen varmistamiseksi. Tällöin on myös mahdollista tarkentaa saatuja apuja. Kotiutushoitaja helpottaisi osastolla tahtuvaa monivaiheista kotiutusta.

LÄHTEET

- Aaltonen, L-M. & Rosenberg, P. (toim.) 2013. Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim. Helsinki.
- Helovuori, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K. & Pennanen, P. 2011. Potilasturvallisuus. Fioca Oy. Helsinki
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Lindqvist, M. 1996. Eettisyys ja hoidon sisältö. Teoksessa Salo, S. & Tähtinen, H. Etiikan puutarhassa. eettisyys ja arki terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Pelkonen, M. & Perälä, M-L. (toim.) 1992. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Tampere: Tammer-paino Oy.
- Perälä, M-L. & Hammer, T. 2003. PALKO-malli. palvelujen yhteen sovittava kotiuttaminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes. Aiheita 29/2003. Stakesin monistamo. Helsinki.
- Ristikko. 2001. Hoitotyön tulevaisuus. Teoksessa Vuottilainen, P., Saranto, K., Peipponen, A. & Mikkola, T.(toim.). Hoitotyön vuosikirja 2002. Tampere: Tammer-Paino Oy, 143 – 149.
- Sosterin strategia 2011 - 2013.
- STM 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki. PDF - dokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf. Ei päivytystietoja. Luettu 1.6.2014
- STM 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Ikähoiva- työryhmän muistio. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28. PDF - dokumentti. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=2872962&name=DLFE-14929.pdf. Ei päivytystietoja. Luettu 25.6.2014
- STM 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Yliopistopaino, Helsinki 2008. PDF-dokumentti. http://www.stm.fi/c/dokument_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikäihmisten_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf. Ei päivytystietoja. Luettu 1.6.2014
- Valtonen, L. 2000. Vanhuspotilaan onnistunut kotiuttaminen. Vanhustyö 3, 7 – 10.

SOSIAALITYÖN ROOLI POTILAAN KOTIUTTAMISESSA VUODEOSASTOLLA 6

Huttunen Marketta

TIIVISTELMÄ

Tämä artikkeli on gerontologian erityisosaamisen koulutukseen liittyvä työn kehittämistehtävä. Kehittämistehtävän tavoitteena on ottaa mukaan sosiaalityö ikään-tyneen potilaan kotiuttamistilanteessa vuodeosastolla. Tarkoituksena on myös pitää osastotunti osaston henkilökunnalle.

Iäkkäälle ihmiselle sairaalaan joutuminen ja sieltä kotiutumisvaihe on riskitilanne. Kotiuttaminen on monimutkainen prosessi, jossa on mukana eri ammattiryhmien edustajia. Terveystieteiden sosiaalityön tehtävänä on selvittää iäkkään ihmisen elämäntilannetta. Sosiaalityö sijoittuu potilaan ja hänen ympäristön rajapintaan. Sosiaalialan työntekijä toimii välittäjänä arkielämän ja instituutioiden välillä ja arvioi iäkkäiden ihmisten sosiaalista toimintakykyä ja sosiaalisen tuen tarvetta arkielämälähtöisesti.

Kotiuttamisen tilannetta osastolla selvitettiin SWOT-analyysillä, jolla selvitettiin kotiuttamiseen liittyviä heikkouksia ja vahvuuksia. Analyysin tuloksena sosiaalityön rooli on osittain selkiintymätön kotiuttamistilanteissa, mutta sitä voidaan parantaa yhteistyötä kehittämällä. Tuotoksena syntyi Power Point -esitys ”Ikään-tyminen ja kotiuttaminen”. Jatkokehittämistehtävänä olisi gerontologisen sosiaalityön näkyminen myös erikoissairaanhoidossa.

Johdanto

Kehittämistehtäväni on tehty Kainuun keskussairaalan operatiivisella osastolla 6. Osastolla on 32 (27) vuodepaikkaa. Työskentelen operatiivisen vastualueen sosiaaliohjaajana, ja osasto on yksi alue toimialueestani. Olemme huomanneet sairaalan vuodeosastolla, että sosiaalityön roolin tunnistaminen potilaan kotiuttamisessa on jäänyt huomioimatta. Sosiaalityön mukaan ottamista tarvitaan potilaan kotiuttamisvaiheessa. Yhteistyön lisääminen vuodeosaston henkilökunnan ja sosiaaliohjaajan kesken sekä tiedon välittäminen ikäihmisen kotiuttamisesta on tärkeää.

Terveydenhuollon sosiaalityö poikkeaa huomattavasti sosiaalitoimistossa tehtävästä sosiaalityöstä: Terveydenhuollossa kohdataan eri-ikäisiä ja eri sairauksia sairastavia potilaita. Ihmisillä elämäntilanteet ovat hyvin moninaisia. Iäkkäillä ihmisillä sosiaalityön väliintuloon vaikuttavat sairastuminen, turvattomuus, liikkumisvaikeudet ja yksipuolinen ravinto, johon liittyy huonokuntoisuus.

Terveydenhuollon sosiaalityöntekijän ja sosiaaliohjaajan keskeisiin tehtäviin kuuluu antaa apua sekä ohjausta ja neuvontaa potilaille silloin, kun potilas tai omainen sitä tarvitsee. Potilaalle tai omaiselle annetaan tietoa esimerkiksi sairaalamaksuista, maksukatoista, Kelan etuuksista, kotipalveluista, omaishoidosta ja toimeentulotuesta. (Kananaja 2010, 249.)

Sosiaalityön lähtökohtana ovat ihmisoikeuksien, kansalaisten itsemääräämisoikeuden, sosiaalisen osallisuuden ja hyvinvoinnin sekä oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvoisuuden kunnioittaminen. Terveydenhuollon sosiaalityö sijoittuu potilaan ja hänen ympäristönsä rajapintaan. Sosiaalityöntekijä ja sosiaaliohjaaja toimivat välittäjinä ikääntyneen ihmisen kotiuttamisessa.

Riikka Lämsä (2013) on tehnyt potilaan kotiuttamisesta osastolta etnografisen tutkimuksen ”Potiluudesta sairaalaosaston käytännöissä”. Tutkimus tuo esille, että kotiuttaminen on sairaalassa monimutkainen prosessi. Osastolla tavoitellaan potilaan oikea-aikaista ja -paikkaista kotiuttamista. Käytännössä se ei kuitenkaan ole yksinkertaista, vaan siihen liittyy useita näkökulmia. Kotiuttaminen on moniammatillista työtä ja prosessissa on mukana eri tahojen tai ammattialojen edustajia, niin sairaalan sisällä kuin sen ulkopuolella.

Sosiaalityön rooli potilaan kotiuttamisessa on sosiaalisen toimintakyvyn ja sosiaalisen tuen arviointia. Sosiaalinen toimintakyky on määritelty omaisten, muun sosiaalisen verkoston, sosiaaliturvan ja sosiaalipalveluiden merkityksenä ikääntyvälle ihmiselle. (Kananaja 2011, 223.) Sille ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää; se perustuu työntekijän tekemiin havainnoiteihin potilaan kyvystä toimia ja olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa.

Sosiaalisen tuen käsite on myös moniulotteinen, ja se pitää sisällään koetun terveyden voimavarat sekä terveyttä edistävän ja sairautta ehkäisevän tekijän. Marjatta Seppänen ym. (2009) ovat tehneet Helsingin yliopistossa ikääntyneiden sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista kuvauksen sen kehittämisen ja arviointimallista.

Heikkisen (2008) mukaan terveydenhuollon sosiaalityössä gerontologinen sosiaalityö on vielä jäsentymätöntä ja sen tavoitteista ei vielä tiedetä riittävästi. Ikääntymisestä koskevaa tietoa ei myöskään riittävästi ole saatavilla. Hoitotyön medikalisaation yhteydessä ”sosiaalisen” osuus jää usein vähälle huomiolle ja siksi ikääntyvässä yhteiskunnassa pidetään tärkeänä yhdistää vanhenemis-

ta ja sosiaalityötä koskeva tietämys. Vanhenemisen kenttää on alettu nähdä työalueena, jossa toimii eri ammattien edustajia ja joka yhdistää eri ammattiryhmien tieto-taitoperustan lisäksi vanhenemiseen ja vanhuuteen liittyvää tietoa. (Heikkinen 2008, 439.)

Kehittämistyössäni käytin SWOT-analyysia selvittämään osasto 6 henkilökunnan tietoisuutta kotiuttamisesta. Analyysin avulla selvitetään osaston vahvuudet ja heikkoudet sekä tulevaisuuden mahdollisuudet ja uhat. Pyrkimys on myös arvioida osaston toimintaa ja parantaa sen nykytilaa. Selvitin myös, miten toimintaa voitaisiin kehittää tulevaisuudessa. Sen lisäksi tarkoituksena on pitää osastotunti osaston hoitohenkilökunnalle teemasta ”Ikääntyminen ja kotiuttaminen”.

Iäkkään kansalaisen kotiuttaminen

Osasto 6:lla hoidetaan eri-ikäisiä ja erilaista kirurgista hoitoa tarvitsevia potilaita. Suurin osa kotiutuksen selvittelyn tarpeessa olevista potilaista on iäkkäitä ihmisiä. He tulevat usein suoraan kotoa, eikä heillä ole ollut kodin ulkopuolista apua käytettävissä. He ovat selviytyneet omatoimisesti tai omaisten turvin. Sairaalaan joutuminen, hoitopaikasta toiseen siirtyminen ja kotiuttaminen saattavat olla riskitilanteita ikääntyneen elämässä. Nämä riskitilanteet voivat vähentää sosiaalisia taitoja, itsetuntoa ja minäkuva. Iäkkäillä kansalaisilla on oikeus hyvään hoitoon ja hyvään sosiaalipalveluun myös terveydenhuollossa.

Iäkkään ihmisen sisäinen vapaus on olla oma ainutlaatuinen oma itsensä, ominen ajatuksineen ja käsityksineen. Ulkopuolisella ei ole oikeutta puuttua tai horjuttaa yksilön kunniaa tai tasa-arvoa suhteessa muihin ihmisiin nähden. Sosiaalityön näkökulmasta kenenkään ei tulisi jäädä yksin silloin, kun hän ei itse pysty toimimaan omasta puolestaan. (Laitinen 2010, 117.)

Iäkäs ihminen tarvitsee selviytyäkseen monenlaisia taitoja. Sosiaaliset taidot kehittyvät ihmisen kasvun ja kehityksen myötä. Sosiaaliset taidot pitävät sisällään sosiaalisen toimintakyvyn, päivittäiset toiminnat ja tehtävät, elämisen taidot, käytännöntaidot sekä itsestä huolehtimisen taidot. Nämä taidot sisältävät merkitykseltään samankaltaisia asioita. Keskeistä on kuitenkin se, että jos ihminen tuntee menettäneensä näiden taitojen hallinnan, hän ei pysty toimimaan aktiivisesti, jolloin elämän taidot saattavat kaventua. Elämisen kaventumisesta saattaa seurata riippuvuus toisista ihmisistä ja heidän avustaan. Ihmisen ikääntyessä sosiaaliset taidot joutuvat koetukselle. Tärkeitä kuitenkin on, että kaikilla muillakin on tarpeita jotka liittyvät riippumattomuuteen, elämän mielekkyyteen, itseluottamukseen ja arvostukseen. Tyydyttääkseen nämä tarpeet iäkkäät tarvitsevat ihmisiä, jotka ovat ymmärtäviä ja huomaavaisia, kuuntelevat heitä ja osaavat ohjata yksilöllisesti sekä kunnioittavat ikääntyneen ihmisarvoa, oikeutta yksityisyyteen ja tarvetta itsemääräämisoikeuden säilyttämiseen. (Karvinen ym. 1996 44–45.)

On olemassa viitteitä siitä, että iäkkäät ihmiset elävät terveempinä kuin aiempien ikäluokkien vanhat. Elinikä pitenee ja sairaudet ilmaantuvat elinkaarren loppupäässä. Tämä on tulosta terveydentilan parantumisesta. Sosiaalisten yhteyksien vaaliminen sosiaalisessa verkostossa on osa terveydenhoitoa, jossa perheillä, sukulaisilla ja ystävillä on suuri merkitys. Iän karttuessa tarvitaan ympäristön tukea. Omaisten ja läheisten yhteydenpito sekä osallistuminen hoitoon ovat tärkeitä. Näin voimme tukea iäkkään ihmisen itsenäisyyttä ja kotona asumista. (Karvinen ym.1996, 64.)

Kotiuttaminen osastolta

Kotiutettava potilas on usein iäkäs, huonokuntoinen ja monisairas. Olennaiseksi seikaksi kotiuttamisessa nousevat potilaan heikentyneen terveydentilan vuoksi kotona selviytyminen, mahdollinen jatkopaikka, kotiuttamisen ajankohta ja tarvittava kotiapu. Kotiuttaminen on usein monimutkainen prosessi, joka saattaa sisältää useita vaiheita, monenlaisia järjestelyjä tai yhteistyötä sairaalan sisällä ja sen ulkopuolelle. Kotiuttamisprosessin haasteellisuus liittyy monesti lyhentyneisiin hoitojaksoihin osastolla sekä paineeseen kotiuttaa potilas mahdollisimman nopeasti tehokkuuden maksimoimiseksi. Onnistunut kotiuttaminen vie paljon työaikaa henkilökunnalta ja vaatii yhteistyötä eri tahojen kanssa, kuten potilaan ja omaisen, jatkohoitopaikan, kotisairaanhoidon ja terveyskeskuksen kanssa. (Lämsä 2013, 108–109.)

Potilaan kotiuttamisessa sairaalasta tavoitellaan potilaan oikea-aikaista ja -paikkaista kotiuttamista. Kotiuttaminen voi tapahtua eri perustein esimerkiksi lääketieteellisen, toimintakyvyn, elämäntilanteen tai hallinnollisin kriteerin mukaan. Sosiaalityössä potilaan elämäntilanne-peruste tulee esille käytännössä silloin, kun kotiuttaminen tai sairaalahoidon tarve arvioidaan potilaan sosiaalisen toimintakyvyn, sosiaalisen tukiverkon, elämäntavan tai käytännön asioiden ja ongelmien perusteella. (Lämsä 2014, 106,111.)

Tutkimukset ovat osoittaneet, että kotiuttaminen onnistuu todennäköisesti parhaiten silloin, kun kotiuttamisen suunnittelu aloitetaan jo potilaan tullessa sairaalaan. Kotiuttaminen onnistuu parhaiten, kun asiaa lähestytään monesta eri näkökulmasta ja mukana on useita eri ammattialojen edustajia. Tähän tarvitaan lisäksi henkilökunnan kotiuttamisprosessin hallintaa. Kotiuttaminen voi epäonnistua, jos oikeanlaista jatkohoitopaikkaa ei ole saatavilla tai potilas palaa kotoa takaisin sairaalaan (Lämsä 2014, 109.)

Terveydenhuollon sosiaalityössä yhtenä osana on selvittää ikäihmisten kotiuttamista ja etsiä niitä ratkaisuvaihtoehtoja, jotka olisivat juuri tälle potilaalle oikeat. Suurin osa ikäihmisistä asuu sairauksista huolimatta kotona, mutta tarvitsee sinne palveluja ja apuvälineitä. (Kananoja 2011, 296.)

Yleisellä tasolla sosiaalityö on työtä, jonka tarkoituksena on turvata kansalaisten hyvinvointia ja turvata sekä toteuttaa hänen oikeuksia. Itsemääräämisoikeus on ihmisten perusoikeuksia. Yksilötasolla sairaalahoidossa potilaalla on oikeus itse päättää siitä, hoidetaanko häntä. Sosiaalityön perusarvoina on ihmisen ainutkertaisuus, itsemääräämisen ja loukkaamattomuuden kunnioittaminen, ja ne pätevät myös vanhusten kanssa työskennellessä. (Laitinen 2010, 85.) Sairaalahoidossa kyseessä on kaikkein huonokuntoisimmat ja muista riippuvaiset vanhukset. Kuoleman läheisyys tuo esille omat eettiset kysymyksensä mm. saattohoitotilanteissa.

Sosiaalityön rooli kotiuttamisessa

Kainuun keskussairaalassa sosiaalityö on jaettuna eri vastuualueiden sisälle. Vastuualueilla työskentelevät sosiaalityöntekijä tai sosiaaliohjaaja. Sosiaalialan työntekijä yhdessä oman vastuualueensa työntekijöiden kanssa osallistuu potilaan kotiuttamiseen osastolta.

Terveystieteiden sosiaalityössä kohdataan hyvin monenlaisissa elämäntilanteissa olevia iäkkäitä ihmisiä. Usein sosiaalityön tarve havaitaan osastolla. Asiakkaaksi tulo voi tapahtua myös omaisen aloitteesta tai vanhus voi itse ottaa yhteyttä. Sosiaalityön päätehtävänä on tukea vaikeissa elämäntilanteissa ja varmistaa että talous, etuudet, palvelut ja asuminen ovat kunnossa. (Kananoja 2011, 232, 235.)

Sosiaalityön tarvetta saattaa aiheuttaa etupäässä ikääntymisen mukanaan tuoma huonokuntoisuus, ja se voi liittyä myös asumisen, sosiaalisten suhteiden, taloudellisten kysymysten tai palvelujärjestelmän ongelmiin. Asunnon huono kunto ja varustustason heikkous, hissittömyys, asunnon etäisyys palveluista ja ympäristön rauhattomuus ovat tavallisia asumiseen liittyviä ongelmia. Sosiaalityön tarvetta saattavat aiheuttaa myös vanhusten sosiaalisen verkoston kaventuminen ja yksinäisyys. Joidenkin vanhusten on vaikea saada tukea omalta verkostolta, jos omaisia tai muita sukulaisia ei ole. Monet sairauksiin tarvittavat lääkkeet, sairaalamaksut sekä kotihoidon maksut saattavat nousta niin suuriksi, ettei eläke riitä. Tällöin vanhus joutuu kääntymään toimeentulotuen puoleen. (Heikkinen 2008, 444.)

Sairaus voi rajoittaa iäkkäällä ihmisellä tuntuvasti toimintakykyä, ja silloin tarvitaan ohjausta, neuvontaa jokapäiväisen elämän helpottamiseksi mm. kotipalveluita hyödyntäen. Iäkkäiden ihmisten sairastuminen tai vammautuminen koskettaa myös lähiomaisia, joten työskentelyä tarvitaan omaisten ja lähiyhteisön kanssa. Ikääntyminen voi tuoda tullessaan sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä rajoituksia. Sairauden tai vammautumisen toipumisvaiheet vaihtelevat ja voivat olla myös pitkiä. Sairaala-aikana kytkentä ulkoisiin auttamistahoihin on välttämätöntä. Sosiaalityön osuus on osa potilashoidon kokonaisuutta ja se kuuluu potilaan hoitoketjuun. (Kananoja 2011, 289–290.)

Sosiaalityö sijoittuu välittäjäksi potilaan ja hänen ympäristönsä rajapintaan. Sosiaalityössä pidetään tärkeänä välittäjyyttä arkielämän ja instituutioiden välillä. Sosiaalityössä välittäjyys tarkoittaa asiantuntijuuden, arkielämälähtöisyyden ja kokonaisvaltaisuuden tietoa. Arkielämän tietoa on vain potilaalla tai hänen omaisellaan. Tämän tiedon välittäminen lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle on kotiutustilannetta arvioitaessa erittäin tärkeää. Käytännön sosiaalityö vanhustyössä kaipaa valtaistamista eritoten terveydenhuollossa. (Kananoja ym. 2011, 234.)

Sosiaalityö vastaa palveluprosessin oikeudenmukaisuudesta ja siitä, että potilaan toivomukset sekä mielipiteet otetaan huomioon. Hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan. Hänelle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa päätöksiinsä hänen omassa hoidossaan. (Laitinen 2010, 166.)

Sairaalan sosiaalityötä jäsennetään terveydenhuollon sosiaalityön prosessin eri vaiheiden ja tehtävien kautta. Yksi prosessin pääluokka on arvio sosiaalityön tarpeesta, joka sisältää sosiaalisen toimintakyvyn tukemisen. Arvioon liittyy myös sosiaalisen tuen tiedottamista, tiedon tarjoamista sairauden tai vammautumisen aiheuttamaan taloudelliseen tukeen sekä sosiaalisen avun selvittämistä yhdessä muiden tukea antavien viranomaisten kanssa. (Kananoja 2011, 293.)

Sosiaalinen toimintakyky

Toimintakyky on eri ammattilaisten käyttämä sekä vanhustyössä käytetty käsite. Sosiaalisen toimintakyvyn käsitteelle ei ole yksiselitteistä määritelmää. Määrittelyn keskeinen käsite on kuitenkin osallisuus, joka jäsentää aikaa ja toimintaa. Se sisältää kaksi pääulottuvuutta: henkilön sosiaalisten taitojen ja tuen saannin ulottuvuuden. Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi auttaa tunnistamaan tuen tarpeessa olevat henkilöt. Arviointi mahdollistaa myös asioiden puheeksi ottamisen silloin, kun se olisi muuten vaikeaa. Arviointi auttaa avun tarpeessa olevaa saamaan tarvittavaa tukea tai ohjaa heitä eteenpäin tarvittavan tuen piiriin. (Kananoja ym. 2011, 202.)

Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen on vaikeaa, mutta mittareita kuitenkin luodaan. Viime vuosina on vahvistunut käsitys siitä, että iäkkäiden ihmisten terveyden ja toimintakyvyn arvioon tulisi sisältyä fyysisen, psyykkisen ja toimintakyvyn osa-alueet. Sosiaalisen toimintakyvyn kartoittamiseen ei ole työkaluja. Sosiaalityössä arviointivälineiden käyttö ei ole yleistä. Olemassa ovat huoliseulat tai -kartat, erilaiset palvelutarpeen kehikot ja myös ehkäisevien kotikäyntien yhteydessä täytettävät lomakkeet sosiaalisen toimintakyvyn kartoittamiseen. Helsingin yliopiston työryhmä on kehittänyt työvälineeksi helppokäyttöisen, sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvien riskien tunnistamiseen soveltuvan lomakkeen. Lomakkeen tavoitteena on löytää sellaiset kysymykset, jotka mahdollisimman hyvin tunnistavat sosiaaliset tekijät, jotka

vaarantavat kotona selviytymistä. Lomake koostuu taustatiedoista, arviointikysymyksistä ja työntekijän arvio-osiosta. (Seppänen ym.2009, 4, 24–25.)

Sosiaalinen tuki

Sosiaalinen tuki on tärkeä koetun terveyden voimavara ja siihen liitetään positiivinen, terveyttä edistävä ja sairautta ehkäisevä tekijä. Sosiaalisen tuen saataavuus ja vastaanottaminen vaikuttavat siihen, mitä selviytymiskeinoja ihminen käyttää ja miten hän selviytyy. Suuri merkitys on myös sillä, että hän saa apua tarvittaessa. (Karjalainen 2004, 55.)

Sosiaalisen tuen tarve liitetään potilaan elämän muutokseen, stressiin, kriiseihin, terveyteen ja sairaudesta toipumiseen. Sosiaalista tukea tarvitaan koko elämän ajan ja sen tarve ei liity ainoastaan kriisitulanteisiin. Ihmiset tarvitsevat tukea eri tavalla ja se voi tulla eri lähteistä. Sosiaalinen tuki voi olla maallikon tai ammatti-ihmisen antamaa tukea. Primaari- ja sekundaaritaso muodostuu pääosin maallikkoavusta. Tertiaarisen tason tuen antajat eli työntekijät ovat tavallisesti käyneet sosiaalialan tai terveydenhuollon erityiskoulutuksen. (Kumpusalo 1991, 15–16.)

Sosiaalinen tuki nähdään myös toiminnallisena käsitteenä. Se viittaa niihin käytäntöihin, joiden kautta ihminen itse, hänen lähiyhteisönsä ja yksityiset tai julkiset toimijat pyrkivät turvaamaan yksilön hyvinvoinnin. Sosiaalisen tuen toteutumisessa on kyse vuorovaikutuksesta tapahtumissa, joissa tuki saa muotonsa toteuttajien toiminnassa. (Kumpusalo 1991, 103.)

Sairaalan sosiaalityössä selvitetään potilaan tai hänen läheisensä kanssa, millaista sosiaalista tukea potilas tarvitsee ja sitä mistä potilas voisi sitä saada. Voimavaroja kartoitettaessa lähtökohtana voi olla potilaan menneisyys, tulevaisuus tai esille tullut ongelma. Menneisyyden voimavarojen kartoituksessa tuodaan esille, mistä potilas on aikaisemmin saanut tukea. Tulevaisuuden kartoituksen tarkoituksena on, että potilas ennakoi tulevaa tilannetta ja pohtii, mitkä asiat olisivat tulevaisuudessa toisin. Potilas tarvitsee tukea voimavarojen löytämiseen ja hänelle on annettava mahdollisuus toimia ja kokeilla. Se vahvistaa hänen sosiaalisia taitojaan. (Karjalainen 2004, 127.)

Tutkimusmenetelmät ja tulokset

SWOT-analyysin tarkoituksena on saada selville, mitä vahvuuksia työyhteisössä on olemassa ja miten niitä voidaan käyttää hyväksi. Sillä saadaan selville, miten heikkouksia voidaan välttää, lieventää tai poistaa. Miten mahdollisuuksia voidaan hyödyntää ja uhkia kiertää sekä lieventää tai poistaa. SWOT-analyysia voidaan tehdä yksilö- tai ryhmätyönä. Tuloksina saadaan toimintasuunnitelma, mitä asialle voidaan tehdä. (Lindroos 2004, 217–218.)

Valitsin tehtäväni 8-kenttäisen SWOT-analyysin. Halusin selvittää, mitkä työyhteisön menestystekijät ovat. Miten työyhteisössä heikkoudet voidaan saada vahvuudeksi ja miten uhkia, mahdollisia kriisitekijöitä voidaan saada hallintaan? 8-kenttäinen SWOT-analyysi koskee vain Kainuun keskussairaan osasto 6:n henkilöstöä. Analyysin tein yhdessä osastonhoitajan kanssa. Tämän analyysin tekemiseen ei osallistunut muuta henkilökuntaa.

TAULUKKO 1. 8-kenttäinen SWOT-analyysi

Sisäiset	<p>1. Vahvuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> – yhteistyö eri yksiköiden kanssa – asiaan perehtynyt sosiaali-ohjaaja – yhteinen tavoite 	<p>2. Heikkoudet</p> <ul style="list-style-type: none"> – sosiaalityön roolin tunnistaminen kotiuttamistilanteissa – potilaan riskitekijöiden kirjaaminen suunnittelu vaiheessa
Ulkoiset	<p>3. Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none"> – mahdollisimman monet tietoisiksi sosiaalityön roolista kotiuttamisessa – työhön tietyt käytännöt – perehdytys 	<p>5. Menestystekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> – laatutyöskentely – prosessinkuvaukset
	<p>4. Uhat</p> <ul style="list-style-type: none"> – tietämättömyys – välinpitämättömyys asiaa kohtaan – ei tiedosteta asiakkaan voimavaroja 	<p>6. Heikkoudet vahvuuksiksi</p> <ul style="list-style-type: none"> – jatkuva tiedottaminen muutoksista – toimintatapojen kehittämisen yhteistyön lisääminen – varhainen kotiutuksen suunnittelu moniammatillisesti
	<p>7. Uhat hallintaan</p> <ul style="list-style-type: none"> – yhteiset palaverit joissa käyvään ongelmatilanteita läpi – epäkohtien korjaaminen – alkuvaiheen tilanteen kar-toitus 	<p>8. Mahdolliset kriisitekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> – motivaation puute – välinpitämättömyys – osaamisvaje

Henkilökunnan osaamisen arvioinnissa nähdään vahvuutena hyvä yhteistyö eri yksiköiden kanssa sekä kotiuttamiseen perehtynyt sosiaali-ohjaaja. Yhdessä heillä on yhteinen tavoite hyvän kotiuttamisen saavuttamiseksi. Osaston henkilökunnan heikkouksina on, ettei sosiaalityön roolia kotiuttamisessa aina tunnisteta. Tämä näkyy silloin, kun osastolle tulee uusia työntekijöitä ja kotiuttamisen suunnittelu jää puutteelliseksi. Tulevaisuudessa on mahdollista lisätä tietoa sosiaalityön roolista potilaan kotiuttamisessa. Tämä mahdollistetaan uusille työntekijöille perehdyttämisen kautta, jolloin työhön saadaan tietyt käytännöt.

Tulevaisuuden uhkana potilaan kotiuttamisessa on tietämättömyys ja välinpitämättömyys asiaa kohtaan. Seurauksena siitä voi olla, että potilaan voimavarat jäävät tiedostamatta kotiuttamistilanteessa. Osaston menestystekijä on osaston henkilökunnan osaaminen. Osaamisessa tiedostetaan eri työntekijöiden osallisuus potilaan kotiuttamisessa, laatutyöskentely. Osaston heikkouksia vahvistetaan yhteistyötä lisäämällä. Tiedotetaan muutoksista, toimintatavoista

ja yhteistyössä kehitetään potilaan kotiuttamista. Aloitetaan potilaan kotiuttamisen suunnittelu varhaisessa vaiheessa moniammatillisesti. Kotiutustilanteissa esiintyvät uhat saadaan hallintaan henkilökunnan osaamisen kehittämällä. Tämän tarkoituksena on poistaa tietämättömyys ja välinpitämättömyys asiaa kohtaan.

Kotiuttamisessa esiintyvät kriisitilanteet jäävät huomioimatta, jos sosiaalityön osuutta ei huomioida ja henkilökunnan osaamista ei kehitetä. Tämä voidaan välttää henkilökunnalle pidettävillä palavereilla ja koulutuksilla. Kehittämistoimenpiteinä on lisättävä yhteistyötä ja osaamisen kehittämistä, joka vie osaston potilaan kotiuttamisen kohti menestystekijöitä. Kriisitekijöiden ennaltaehkäisyä toimivat henkilökunnan osaamisen kehittäminen ja uudet kehittämiskeinot.

Osastotunti pidettiin 19.5.2014 pienessä auditoriossa. Pidin Power Point -esityksen ”Ikääntyminen ja kotiuttaminen”, ja paikalle pääsi seitsemän hoitajaa osastolta. Osastotunnille ei pystynyt osallistumaan kuin osa henkilökunnasta, minkä takia luentomateriaali on myös saatavilla osastolla. Tämän vuoksi on tärkeää palata asiaan uusien osastotuntien puitteissa.

Kerroin kuulijoille kehittämistehtävästäni ja siihen liittyvästä artikkelin kirjoittamisesta. Esiityksen aloitin egyptiläisen filosofin ja runoilijan Btahhopotin kirjoitelmalla vanhuudesta 2500 vuotta ennen ajanlaskumme alkua. Valitsin tämän kirjoitelman, koska siinä kuvastuu samoja asioita kuin tänä päivänä: *”Miten surkeaa onkaan vanhuksen loppu! Hän heikkenee päivä päivältä; hänen näkönsä huononee, korvansa kuuroutuvat, voimansa vähenevät. Hänen sydämensä ei tunne enää lepoa. Hänen suunsa vaikenee, puhe ei enää kulje. Hänen älynsä kyvyt heikkenevät ja hänen on mahdotonta muistaa tänään, millainen oli eilinen päivä. Hänen kaikkia luita kolottaa. Ne toiminnot, jolle hän muinoin omistautui innokkaasti, hän suorittaa enää vain vaivoin eikä mikään merkitse hänelle enää mitään. Vanhuus on pahin onnettomuus, joka voi ihmisiä kohdata ja nenän tukkeutuessa hän ei tunne enää tuoksujakaan.”* (Siltala 2013, 61–62.)

Esitelmän alustukseksi kävin lyhyesti gerontologian määritelmiä termeineen. Seuraavaksi kiinnitin huomiota vanhuuden ja ikääntymisen vaikutuksesta terveyteen sekä siihen, että ihminen huomioitaisiin kokonaisuutena. Korostin sosiaalisen toimintakyvyn merkitystä ikääntymisessä ja sen vaikutusta kotiuttamista suunniteltaessa. Lopuksi esittelin sosiaalityön tarpeen ilmenemistä ja miten arkea koskevalla tiedolla on merkitystä sosiaalisen toimintakyvyn ja sosiaalisen tuen arvioimisessa.

Keskustelua syntyi niin sosiaalietuuksista kuin vanhenemisestakin. Kotiuttamisen suunnittelun aloittaminen hyvissä ajoin ja potilaan asioiden vireille laittaminen koettiin hyväksi asiaksi. Uutena tietona nousi esille, että asiat eivät tapahdu nopeasti: kotipalvelun turvapuhelimen hankkiminen, sen asentami-

nen tai kodin muutostyöt vaativat aikaa. Näihin tarvitaan omat hakemuksensa ja käsittely vie oman aikansa. Tässä tilaisuudessa henkilökunta ei nostanut kotiuttamisen kehittämiseksi uusia asioita. Osaston henkilökunta tiedostaa sosiaalityön tarpeen ja he kokevat, että siitä on hyötyä. On vain löydettävä oikea-aikaisuus ja oikeat asiakkaat.

Pohdinta

Sosiaalityön rooli sairaalassa on vielä selkiintymätöntä. Kotiuttamisen koordinoimisessa ja sen ohjaamisessa sosiaaliohjaajalle on vielä parantamisen varaa. Yhteisenä päämääränä on kuitenkin halu selvittää, miten kotiuttamista voitaisiin jatkossa parantaa ja se vaatii vielä yhteistyön kehittämistä osastolla.

Kotiuttaminen on haasteellista, koska sille on eri perusteita. Ei ole olemassa aina yhtä ainoaa perustetta, millä potilas voidaan kotiuttaa. Asiat vaikuttavat toisiinsa. Myös omaisilla on oma osansa vaikuttaa kotiuttamiseen. Heidän tavoitteensa voivat eritä potilaan ajatuksista. Ristiriitojen selvittäminen tuo oman haasteensa tehtävään. Kotiuttamisen oikean ajankohdan tai paikan määrittäminen ei ole helppoa, kun näkökulmia on useita. Ajankohtaan vaikuttavat potilas, omainen, lääkäri, hoitohenkilökunta ja ulkopuoliset palvelujen tarjoajat.

Kotiuttamisen haasteellisuus on myös siinä, ettei ole olemassa yksiselitteistä oikeaa tai väärää toimintatapaa. Sairaalan sosiaalityön kokonaisarviossa ovat tärkeitä vanhan ihmisen elämänhistoria, nykyisyys, elämäntavan keskeiset piirteet sekä vanhuksen itse asioille antamat merkitykset. Ei ole olemassa vanhusasiakasta, vaan sosiaalityössä kohdataan aina yksilöllisesti toimivana ja tahtovana ihminen. Ihmisen ikääntyessä riippuvuus toisista ihmisistä voimistuu, oma itsenäisyys heikkenee, ruumiinkuva muuttuu ja elimistön toiminnat myös heikkenevät. Vanhus voi hävetä avuttomuuttaan ja vajavuuttaan, kun ei enää pysty samaan kuin ennen.

Arkea koskeva tieto avaa uusia näkökulmia sairastuneiden henkilöiden sekä heidän läheistensä kanssa tehtävään työhön. Arkisuus on inhimillistä toimintaa ja on läsnä missä tahansa. Sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa arkitieto on tärkeä osa. Tätä tietoa kartoittaessa on potilaan ja hänen läheisten osallistuminen kotiuttamisen suunnitteluun ensiarvoisen tärkeää. Huomioitavaa on ketkä henkilöt ovat mukana potilaan arjessa. Tuen ja avun saamisella on suuri merkitys kotona selviytymisen kannalta.

Arkitietoa voidaan hyödyntää sosiaalisen tuen räätälöintiin, joka on hyödyksi palveluja suunniteltaessa. Varhainen yhteydenotto kotihoitoon antaa mahdollisuuden palveluiden oikea-aikaisuuteen potilaalle sekä resurssien suunnitteluun kotipalvelussa.

Tulevaisuudessa pitkäikäisyys lisääntyy ja sen myötä myös sairaudet lisääntyvät. Gerontologisen sosiaalityön tarve kasvaa pitkäaikaishoidossa, dementia-työssä ja myös erikoissairaanhoidossa. Tulevaisuuden haasteena gerontologille sosiaalityölle on yhdistää gerontologinen tieto ja sosiaalityön käytäntö myös erikoissairaanhoidossa. Jatkosuunnitelmana on tämän tiedon tuominen vuodeosastolle 6.

LÄHTEET

Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim) 2008. Gerontologia. Helsinki: Duodecum.

Karjalainen, V. & Vilkkumaa I. (toim) 2012. Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki P. (toim) 2011. Sosiaalityön käsikirja. Helsinki: Tietosanoma.

Karvinen, E., Koivisto, R., Koponen, P., Laine, A., Pohjalainen, P., Ruth, J., Sihvola, T. & Suni A. 1996. Ikäänny viisaasti. Gerontologiaa ikäihmisille. Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus Kuntokallio ja Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.

Kumpusalo, E. 1991. Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Raportteja 8. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.

Laitinen, M. & Pohjola, A. (toim) 2010. Asiakkuus sosiaalityössä. Helsinki: Gaudemus.

Lindroos, J. & Lohivesi, K. 2004. Onnistu strategiassa. Helsinki: Sanoma Pro.

Seppänen, M., Simonen, M. & Valve, R. 2009. Ikääntyneiden sosiaalisen toimintakyvyn arviointi. Kuvaus kehittämisprosessista ja arviointimallista. Helsingin Yliopisto. Saatavissa: http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/Sosiaalinen_toimintakyky_raportti_031109.pdf. [viitattu 11.4.2014].

Siltala, P. 2013. Vanhuus. Elämä haluaa tulla elettyksi. Helsinki: Kirjapaja.

Leppänen, P. 2006. Kotiutushoitajan tehtäväkuva ja hyvän kotiutuksen kriteerit Vantaan kaupungin kotihoidossa. Ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu. Saatavissa: http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/6746/stadia_1147415678_7.pdf?sequence=1 [viitattu 11.4.2014].

Lämsä, R. 2013. Potilaskertomus. ”Etnografia potilaisuudesta sairaalaosaston käytännössä”. Tutkimus 99–2013. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104408/URN_ISBN_978-952-245-839-1.pdf?sequence=1 [viitattu 11.4.2014].

TAVALLISESTA PALVELUASUMISESTA TEHOSTETTUUN PALVELUASUMISEEN - Puruveden palvelutalon muutosprosessi

Anu Kastikainen ja Tiina Marjava

TIIVISTELMÄ

Puruveden palvelutalo on toiminut tavallista palveluasumista tuottavana yksikkönä noin 15 vuotta. Puruveden palvelutalo aloittaa 1.1.2015 tehostettuna palveluasumisen yksikkönä puitesopimuksen mukaisesti. Muutos tuo mukanaan monia huomioonotettavia seikkoja, joita olemme kuvanneet ja pohtineet kehittämistyössämme. Pohdimme muutosta eri näkökulmista, huomioimme muutoksen vaikutusta asukkaan, henkilökunnan, omaisten ja viranomaisten perspektiiveistä. Kehittämistyömme tarkoituksena on helpottaa kaikkien osapuolien muutokseen sopeutumista, valmistelemalla muutos ja siihen liittyvät haasteet mahdollisimman hyvin.

Tulevaa toimintaamme tehostettuna yksikkönä ohjaa lainsäädäntö, laatusuosituksukset sekä erityisesti tilaajan asettamat vähimmäiskriteerit tuotetulle palvelulle. Ostettavan palvelun sisältö on kuvattu varsin seikkaperäisesti tilaajan toimesta ja tämä helpottaa toimintamme suunnittelua ja ohjaa työmme suuntaa tuleville vuosille.

Yhteenvetona voidaan todeta, että Puruveden palvelutalon toiminta tulee muutoksen myötä selkiytymään ja jäsentymään hallitummaksi kokonaisuudeksi. Työntekijän näkökulmasta katsottuna muutosprosessi on suuri, mutta hyvän perehdytyksen, työnohjauksen ja työntekijän oman sisäisen prosessoinnin avulla muutoksesta tulee positiivinen kokonaisuus.

Johdanto

Palveluasumisen järjestäminen on kuntien lakisääteinen tehtävä. Palveluasumisesta ei ole valtakunnallisesti yhtenäistä määritelmää. Sosiaalihuoltolaissa, vammaispalvelulaissa ja kehitysvammalaissa palveluasuminen on määritelty eri tavoin. Lisäksi erilaisia määritelmiä on sosiaali- ja terveydenhuollon tilastoissa, laatusuosituksissa ja työryhmien muistioissa. Tästä johtuen käytännöt vaihtelevat mm. siinä, mitkä palvelut katsotaan sisältyvän kunnan järjestämistä vastuulla olevaan palveluasumiseen ja mikä on esim. hoiva- ja hoitopalvelujen sisältö suhteessa tukipalveluihin. (Kuntaliitto 2012, 19.)

Yksi seuraavien vuosikymmenten suurista kysymyksistä tulee joka tapauksessa olemaan, kuka hoivaa niitä, jotka eivät selviä omin avuin, miten hoiva organisoidaan ja missä sitä toteutetaan. Pystytäänkö tulevaisuudessa takaamaan huolenpito iäkkäille kansalaisille kuuluvana oikeutena vai jääkö se riippumaan heidän maksukyvyystään tai hoivaan sitoutuneista omaisistaan? (Heikkinen & Heikkinen 1999, 19.)

Palveluasumisella tarkoitetaan yleensä kokonaisuutta, joka sisältää asunnon (vuokrasopimus) ja asumiseen kiinteästi liittyvät hoiva- ja hoitopalvelut. Tällaisia palveluja voivat olla esimerkiksi kodinhoitoapu ja hygieniapalvelut. Osa yksiköistä on palvelutaloja, jossa asiakkailta on omat huoneistot ja osa esimerkiksi ryhmäkoteja ja pienkoteja. Tavallisen palveluasumisen palvelukokonaisuuteen ei kuulu ympärivuorokautista jatkuvaa ammatillista läsnäoloa ja valvontaa. (Kuntaliitto 2012,19.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä eli Sosteri on kilpailuttanut palveluasumisen yksiköt Savonlinnan alueella keväällä 2014. Kilpailutuksen kohteena oli vanhusten tehostettu palveluasuminen ja vanhusten vaativa tehostettu palveluasuminen. Kilpailutuksen jälkeen Sosteri ei osta enää tavallista palveluasumista lainkaan. Puruveden palvelutalo osallistui kilpailutukseen ja tarjosi vanhusten tehostettua palveluasumista. Annetun tarjouksen perusteella Puruveden palvelutalo tuli valituksi sopimuskumppaniksi 1.1.2015 alkaen. Kilpailutuksen taustalla on ”Savonlinnan kaupungin talouden tasapainotusohjelma, jossa on linjattu portaattomaan hoitomalliin siirtyminen tavoitteena vähentää merkittävästi vanhusten laitospaikkoja”. (Savonlinnan kaupunki, perusturvalautakunta 2014). Savonlinnan kaupungin talousarviossa vuodelle 2014 (5.11.13) ja perusturvalautakunnan ikääntyvän väestön palvelutarvusuunnitelmassa (17.12.13) on linjattu siirtyminen kohti yksiportaista palvelurakennetta.

Portaaton hoitomalli on Sosterin organisaation koko palvelua kuvaava käsite ja sitä ei ole virallisesti määritelty. Portaaton hoitomalli pohjautuu STM:n Ikähoivatyöryhmän määritelmään YKSIPORTAISESTA palvelurakenteesta, jonka perusajatuksena on siirtää palvelutuotanto nykyisestä kolmesta portaasta (tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti, terveyskeskuksen vuodeosasto) yksiportaiseen järjestelmään, jossa tehostetussa palveluasumisessa asukas hoidetaan loppuun saakka, ilman laitospaikkaa. Yksiportaisen hoitomallin tavoitteena on asiakkaan siirtojen minimointi ja tavoiteltavaa on, että iäkäs ihminen voi asua samassa paikassa ja palvelut liikkuvat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Emme ole saaneet selville, miksi Savonlinnan kaupungissa ja Sosterissa on yksiportaisen palvelumallin sijaan on ryhdytty käyttämään termiä, portaaton hoitomalli, eikä myöskään näiden mallien eroja ole saatu selvitettyä. Sosterin alueella ei ole myöskään linjattu tarkemmin henkilöstön liikkuvuuden periaatteita ns. portaattomassa hoitomallissa.

Tehostetussa palveluasumisessa henkilöstömitoitus on noussut 0,57:stä 0,65:een vuosina 2009-2011. Henkilöstömitoitukset ovat nousseet myös vanhainkodeissa ja terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaisosastoilla niissä toimintayksiköissä, jotka osallistuvat THL:n vertailukehittämistoimintaan. Henkilöstömitoitukset on laskettu jakamalla osastolle kohdennetut henkilöstövakanssit osaston asiakaspaikkojen lukumäärällä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 45). Ns. vanhuspalvelulaissa henkilöstömitoitusta ei ole määritelty lukuna, vaan lakiin on kirjattu henkilöstön määrä seuraavasti: ”Toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävä rakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaat palvelut.” (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta...980/2012.)

Savonlinnassa toteutetussa kilpailutuksessa hoitohenkilöstömitoituksen vaatimus on 0,5 hoitajaa/asukas ja avustavan henkilöstön mitoitus 0,1-0,15 henkilöä/asukas, jolloin kokonaishenkilöstömitoitukseksi tulee 0,6-0,65 henkilöä/asukas. Ikääntyneiden asukkaiden arvioituun palveluntarpeeseen perustuvan henkilöstömitoituksen määrittämisperusteiden kehittämistyö käynnistyy Terveystieteiden- ja hyvinvoinnin laitoksen, Valviran, Suomen Kuntaliiton, STM:n ja sidosryhmien yhteistyönä ja valmistuu vuoden 2014 aikana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 46.)

Tulevaisuudessa Puruveden palvelutalon asukkaiden palveluntarve määritellään tilaajan toimesta ennen asukkaan sijoituspäätöstä, käytössä on RAI-arviointijärjestelmä. Palveluasumisen aikana asukkaan toimintakykyä mitataan tilaajan määräämillä mittareilla (MMSE, BADL, IADL ja GDS-15) tai tilaajan toimesta RAI-arvioinnilla. Kaikki ei kuitenkaan ole mitattavissa. Jo hoidon hinta voi eri mittauksissa vaihdella suuresti riippuen siitä, mitä kustannuksia lasketaan mukaan. Sairauksiin voi liittyä tekijöitä, jotka ovat niin hienosäikeisiä tai monien tekijöiden säätelemiä, etteivät nykytieteen parhaatkaan menetelmät pysty niitä käsittelemään. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 257.)

Asukassijoitukset Puruveden palvelutaloon tekee Sosterin moniammatillinen SAS-työryhmä. Asukasvalintoja tehdessä huomioidaan RAI-arvioinnin lisäksi yksilöllinen kokonaistilanteen arviointi. Kaikki hoidon tarpeeseen vaikuttavat tekijät eivät ole mitattavissa mittareilla. Ryynänen mukaan hoidon tarve on abstrakti käsite, joka ”luiskahtaa käsistä” heti, kun sen on saamaisillaan kiinni. Hoidolla on tarve, jos sairaalla on mahdollisuus olennaisesti hyötyä hoidosta.” (Ryynänen & Myllykangas 2000, 234.)

Heikkinen (1998) toteaa, että ainakin noin kaksi kolmannesta iäkkäistä voi kohtuullisen hyvin. Yhden kolmanneksen hyvinvointi horjuu eri syistä, jos hyvinvoinnin mittarina pidetään esimerkiksi apeaa mielialaa. Yleisin ilmaistu syy elämän koettuun ankeuteen on yksinäisyys. (Heikkinen & Heikkinen 1999, 18.)

Olemme kehitystyöllämme pyrkineet selvittämään muutosprosessin vaikutuksia asukkaaseen, henkilökuntaan, omaiseen ja viranomaiseen. Menetelmänä olemme havainnoineet palvelutalon arkea ja edellä mainittujen tahojen kommentteja muutokseen liittyen ja haastatelleet työyhteisöä monissa eri tilanteissa. Kävimme myös benchmarking-tyyppisesti tutustumassa Karpalokotiin Savonlinnassa ja Toivolakotiin Punkaharjulla. Tavoitteenamme oli vertailla heidän tapaansa tuottaa palveluja Sosterin omina yksiköinä omaan tapamme tuottaa palveluja uuden puitesopimuksen vaatimusten pohjalta.

Muutosprosessi osa-alueittain

Tehostettuun palveluasumiseen siirtyminen asukkaan näkökulmasta

Puruveden palvelutalon siirtyessä tuottamaan tehostettua palveluasumista asukas voi asua palvelutalossa kuolemaansa asti eli hyvinkin huonokuntoisena. Tavallisessa palveluasumisessa on asukas joutunut siirtymään muualle siinä vaiheessa, kun ei pärjää ilman yöhöitoa. Tämä muutos lisää asukkaan turvallisuuden tunnetta ja vähentää siirtoja eri laitosten välillä. Huonokuntoisen asukkaiden hoitaminen vaatii entistä enemmän lääkinnällisten apuvälineiden hankintaa henkilökohtaisiksi apuvälineiksi sekä yhteiskäyttöön hankittavien hoidollisten välineiden lisähankintaa. Tarkoituksenmukaisten apuvälineiden hankinnassa tulee tehdä tiivistä yhteistyötä Sosterin kuntoutusyksikön kanssa.

Yksiportaisen palvelurakenteen piirteisiin kuuluu, että asukas pysyy samassa paikassa ja palvelut liikkuvat. Palveluiden liikkuvuudesta ei ole vielä saatu tarkkaa informaatiota tilaajalta. Tarjouspyynnöstä ilmenee, että kotihoito tekee yhteistyötä palveluasumisen yksiköiden kanssa esim. saattohoitotilanteissa ja lääkäripalvelut asukkaille kuuluvat tilaajan vastuulle. Asukkaiden palvelut paranisivat merkittävästi, mikäli palvelutaloon saataisiin säännöllisesti toistuva lääkärintuotto. Tällä hetkellä lääkäri ei käy palvelutalossa, vaan hoitaja konsultoi lääkäriä puhelimitse ja asukkaat viedään tarvittaessa vastaanotolle terveyskeskukseen tai yhteispäivystykseen.

United Nationsin (1991) ikääntyviä koskevissa periaatteissa korostetaan sekä sosiaalista että fyysistä turvallisuutta. Niissä tähdennetään, että ikääntyvillä tulee olla mahdollisuus työntekoon ja toimeentuloon, turvalliseen ja joustavaan ympäristöön, hoitoon ja suojeluun. Heille tulisi suoda mahdollisuus elää arvokkaasti ja turvallisesti vapaina riistosta sekä fyysisestä ja psyykkisestä kaltoinkohtelusta. (Sarvimäki 1999, 55.)

Nykyisten asukkaiden (tavallinen palveluasuminen) sijoittuminen 1.1.15 tehostettuun palveluasumiseen on vielä tilaajalta informoimatta. Suullisen tiedon perusteella asukkaiden siirtoja/irtisanomisia tullaan välttämään ja minimoimaan. Virallisen informaation puute aiheuttaa asukkaille levottomuutta

ja huolta tulevasta. Huoli on ikäihmiselle pahimmillaan sairastuttava tekijä, kuten Heiska (2010, 30) kuvaa. Olosuhteiden muutokset, joihin ei liity menetyksiä tai pettymyksiä, voivat olla kuitenkin kokijalleen uusia ja merkittäviä. Mielenterveyshaitta muodostuu tässä lähinnä siitä, kun ihminen ei läheskään aina pysty ottamaan vastaan uutta elämystä. Muutoksen käsittely vanhukselle, jolla on runsaasti perussairauksia, mielenterveysongelmia tai muistisairautta, voi olla kohtuuton vaatimus. Elämään on ilmestymässä suuri menetyks tai menetyksen uhka ja siksi pitäisi löytää tie myönteiseen muutokseen. Myönteinen muutos edellyttää tilanteen myöntämistä ja siihen sopeutumista. Sopeutumisaika muutokseen voi jäädä Puruveden palvelutalon asukkaille valitettavan lyhyeksi, koska tilaajan informaatio muutoksesta on viivästynyt. Uuden aloittamisen edellytyksenä on, että uskaltautuu kohtaamaan sen, mikä on syvästi totta, ja käymään läpi surutyön, jossa irrottaudutaan menneestä ja puhdistaudutaan sisäisesti. Vaarana on, että ihminen lukkiutuu, menettää toivonsa ja luottamuksensa ja joko kääpertyy omaan itseensä tai alkaa käyttäytyä itseään ja ympäristöään uhkaavalla tavalla. (Heikkinen & Marin 2002, 255.)

Nykyisillä asukkailla on Savonlinnan kaupungin maksusitoumus palveluasumisesta, eikä näitä sitoumuksia ole irtisanottu. Vuodenvaihteesta alkaen palvelun tilaaja on Sosteri ja tällöin myös palvelun sisältö tulee muuttumaan nykyisen maksusitoumuksen sisältöön verrattuna. Hyvätuloisille asukkaille muutos merkitsee palvelumaksujen omavastuuosuuden merkittävää nousua. Pienituloisilla asukkailla käyttövaran osuus voi nousta nykytilanteeseen verrattuna. Suuri muutos asukkaille tulee olemaan tilaajan vaatimus kulunvalvonnan tehostamisesta. Aiemmin palvelutalon ovet ovat olleet auki ja sekä vieraat, että asukkaat ovat voineet liikkua ovista lähes vapaasti. Palvelutalo esitti alkuperäisessä tarjouksessaan, että ovien valvonta tapahtuisi turvateknologian avulla, niin sanotuilla demenpiarannekkeilla, mutta tämä turvallisuustaso ei ollut riittävä tilaajan mielestä. Muutostöiden jälkeen talosta poistuminen ja /tai taloon tulo tapahtuu vain henkilökunnan avustuksella. Kaikkiin uloskäynteihin asennetaan sähkölukot ja ne avautuvat ainoastaan numerokoodilla tai henkilökunnan avaimella. Osalle asukkaista, joilla ei ole muistisairautta, voidaan harkinnan mukaan antaa ovikoodit omaan käyttöön. Palohälytyksen aikana sähkölukot aukeavat turvallisen poistumisen takaamiseksi. Lisäksi palvelutaloon asennetaan yleisiin tiloihin kameravalvonta valvomaan asiattomien henkilöiden liikkumista. Myös asuntojen terassinoviin asennetaan kulunvalvonta tai terassinovi poistetaan kokonaan asukkaan käytöstä, mikäli hänen toimintakykynsä niin vaatii. Kulunvalvonnan tehostamisen tulee vaikuttamaan yksikön kodinomaisuuteen negatiivisella tavalla ja osa asukkaista mieltää muutoksen loukkaavan heidän itsemääräämisoikeuttaan. Ovien lukitseminen voidaan määritellä pakotteiksi ja rajoitteiksi, johon tarvitaan lääkärin lupa. Suomessa vallitsevan käytännön mukaisesti ovien lukitsemisista ei ole tehty lääkärinpäätöksiä.

Palveluasumisen muuttuessa tehostetuksi, osa asukkaista saa uuden omahoitajan. Vaihdosten syynä on henkilöstömäärän ja näin ollen myös uusien omahoitajien merkittävä lisääntyminen. Asukkaille on merkityksellistä luotamuksellinen suhde omaan hoitajaan, minkä vuoksi muutos voi olla vaikea.

Tehostettuun palveluasumiseen siirtyminen henkilökunnan näkökulmasta

Tehostetussa palveluasumisessa henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden ja sen myötä Puruveden palvelutalossa siirrytään kaksivuorotyöstä kolmi-
vuorotyöhön. Osa olemassa olevasta henkilökunnasta on ilmaissut tahtonaan jatkaa kaksivuorotyötä, joten rekrytoinnissa pyritään palkkaamaan ns. yöhoitajia, jolloin yövuorojen määrä minimoituu nykyisillä työntekijöillä. Koskelan ym. (1973) mukaan kolmi-
vuorotyöläisistä kärsi haastattelujen mukaan 51 % nukkumisvaikeuksista, 35 % korostuneesta hermostuneisuudesta, 32 % yliväsyneisyydestä ja 19 % ruokahaluttomuudesta (Heiska 2010, 189).

Työelämän muutos koettelee selvästi työn ja vapaan rajapintaa ja kenties tämä piirre olisi nostettavissa esiin perustavanlaatuisimpana muutoskulkuna, jos sellainen olisi valittava. Kyse on työelämän kentän ja muiden kenttien välisestä rajauksesta, työn määrittelystäkin. Ei ole ihme, että tällaisessa tilanteessa juuri pelin kantava pääperiaate, työn teon tavoite jää auki ja vaivaamaan. (Järvensivu 2010, 178.)

Palvelutalon hoitohenkilökunnan määrä lisääntyy muutoksen myötä merkittävästi. Tällä hetkellä palvelutalon vanhusyksikössä työskentelee hoitotyössä 1 sairaanhoitaja, 7 lähihoitajaa ja 1 palvelutaloavustaja. Vuodenvaihteessa uusina työntekijöinä aloittaa tämän hetkisen tiedon mukaan 1 sairaanhoitaja ja 5 lähi/perushoitajaa ja palvelutaloavustajan työpanos jää pois. Uusi sairaanhoitaja tekee kaksivuorotyötä maanantaista sunnuntaihin ja lähi/perushoitajat joko kaksi- tai kolmi-
vuorotyötä. Tukipalvelutehtävissä jatkaa toimitilahuoltaja, viriketyöntekijä ja keittiöhenkilökunta. Puruveden palvelutalon henkilökuntamitoitus vastaa 1.1.2015 tarjouspyynnössä esitettyjä vaatimuksia sekä STM:n asettamia vähimmäissuosituksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 49.)

Uusien työntekijöiden perehdyttäminen tapahtuu ennalta suunnitellun perehdytysohjelman ja perehdytyskortin perusteella. Perehdytys toteutetaan osittain jo ennen vuoden vaihdetta 2015 ja lisäksi hoitotyöhön perehdyttämiseen valitaan myös ns. kummityöntekijät vanhoista työntekijöistä perehdytyksen tueksi. Jokaiselle on tuttu tilanne, kun uusi työntekijä tekee niin sanottuja tyhmiä kysymyksiä. Vaikka kysymykset saattavat työpaikan asioihin vihkiytyneistä ensi kuulemalla kuulostaa ”tyhmiltä”, mutta ne ovat oikeasti kaikkea muuta. Yleensä nämä kysymykset liittyvät yrityksen ”perimmäisten totuuksien” kyseenalaistamiseen. Monissa organisaatioissa onkin alettu arvostaa tulokkaiden ”tyhmiä kysymyksiä” merkittävänä mahdollisuutena tarkastaa uudelleen ja kehittää omaa toimintaa. Tulokkaita jopa rohkaistaan tekemään

mahdollisimman paljon kysymyksiä mahdollisimman nopeasti ennen kuin he menettävät ulkopuolisuuden tuoman kyvyn tarkastella asioita tuoreesti, ilman ennakkoluuloja ja rakentavan kriittisesti. (Aro 2006, 79.)

Myös olemassa oleva henkilökunta perehdytetään uusiin toimintakäytänteisiin ja -laitteisiin, joita siirtymävaihe tuo mukanaan. Perehdytys tapahtuu vaiheittain 2014 syksyn aikana ennalta laaditun perehdytysohjelman mukaisesti.

Hamel ja Breen (2007) toteavat, että hyvin viihtyvä ja sitoutunut työntekijä on työnantajalle arvokas. Jotkut epäilevät työntekijän innostuksen olevan tärkein yksittäinen tekijä hyvien työsuoritusten ja uusien innovaatioiden synnyssä. Se mielletään tärkeämmäksi kuin esimerkiksi lahjakkuus, älykkyys tai ahkeruus. (Järvensivu 2010, 257.) Kun onnistumisista kerrotaan muille niin, että samalla sanotaan, millä tavalla he ovat kantaneet kortensa onnistumisen kekoon, kutsutaan heitä jakamaan onnistumisen iloa. Silloin ei puhutakaan enää siitä, että sinä olet onnistunut, vaan siitä, että me olemme yhdessä onnistuneet. (Furman & Ahola 2002, 48.)

Jatkossa asukkaiden omahoitajuus jakautuu entisten ja uusien hoitajien kesken, jolloin entisille hoitajille jää aiempaa vähemmän omia asukkaita. Luopuminen asukkaan omahoitajuussuhteesta voi olla hankalaa, koska asukkaat ovat hyvin sitoutuneita omahoitajiinsa ja kyselevät monesti eikö hoitaja enää halua toimia juuri hänen omahoitajanaan. Toisaalta omahoidettavien vähenyessä on aikaa perehtyä yksittäisen asukkaan asioiden hoitamiseen paremmin.

Henkilökunnan määrän lisääntyessä ja asukkaiden asuessa palvelutalossa yhä huonokuntoisempana tarvitaan myös uusia tapoja tehdä työtä ja muuttaa hoitokäytänteitä asukkaita ja henkilökuntaa parhaiten palvelevaksi. Tehostetun palveluasumisen hoitotyön sisällön vähimmäisvaatimukset on kuvattu tarjouspyyntöasiakirjassa ja sopimusliitteissä hyvin tarkasti, jolloin em. asiakirjoja voidaan käyttää työn sisällön käsikirjana. Tämä on merkittävä muutos parempaan suuntaan verrattuna aiempaan käytäntöön, missä tilaaja ei ollut määritellyt ostetun palvelun sisältöä kuin muutamalla lauseella ostopalvelusopimuksessa. Työn sisällön entistä tarkempi määrittely antaa pohjan työn kehittämiseksi ja yhtenäisille toimintatavoille. Tilaajan ohjeistuksen mukaisesti on palvelutaloon laadittu tarkempia kirjallisia ohjeita ohjaamaan hoitotyön sisältöä.

Työntekijät pyrkivät sopeutumaan työelämän kentän muutoksiin kuitenkin monin erilaisin tavoin. Osa ”sulkee silmänsä” muutoksilta ja yrittää elää kuten ennenkin, osa pyrkii saavuttamaan tavoitteensa, pärjäämään työssä tekemällä pieniä, arkisia valintoja, priorisointeja ja ehkä joskus jättämällä jotain tekemättä. Toisaalta yhä useammat työntekijät asettavat työpaikalle aivan uudenlaisia vaatimuksia. He haluavat tietynlaista työaikaa, tietynlaisen työn ja työpaikan sekä sopivan työmäärän. He asettavat vahvasti vaatimuksia hyvästä ja arvokkaasta työstä sekä hyvästä työnantajuudesta. (Järvensivu 2010, 272.)

Vaatus kulunvalvonnan tehostamisesta on huolestuttanut henkilökuntaa paljon. Ovien lukitsemisen ja kameravalvonnan mielletään olevan asukkaiden rajoittamista ja kodinomaisuuden kariuttamista. Lisäksi kulunvalvonnan tehostus mielletään palvelutalon hengen vastaiseksi ja sen on pelätty muuttavan talon imagoa negatiiviseen suuntaan. Pelko vierailijoiden vähenemisestä on myös todellinen. Lisäksi ovien avaaminen asukkaille ja vierailijoille keskeyttää hoitotyötä ja muuttaa näin ollen työn luonnetta.

Henkilökunnan näkökulmasta muutokset tavallisesta palveluasumisesta tehostettuun ovat suuria ja palvelutalossa on varauduttu työnohjauksen keinoin lievittämään siirtymävaiheen ongelmia. Työnohjauksen keinoin on tarkoitus helpottaa muutoksen prosessointia yksilötasolla. Työntekijöiden palkitseminen ja mielekkästä työn tekemisen mahdollisuudesta huolehtiminen eivät ole vaihtoehtoisia strategioita, vaan ne rakentuvat toistensa varaan ja toisiaan täydentäen. (Järvensivu 2010, 257.)

Tehostettuun palveluasumiseen siirtyminen omaisen näkökulmasta

Omaisien näkökulmasta ajateltuna tehostettuun palveluasumiseen siirtyminen lisää turvallisuudentunnetta, kun siirrot laitosten välillä vähenevät ja asukas hoidetaan samassa paikassa yksiportaisen hoitomallin mukaisesti loppuun saakka. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011).

Toisaalta lisähuolta siirtymävaiheessa voi aiheutua, jos oma omainen ei täytäkään tehostetun palveluasumisen kriteerejä. Tilaaja ei ole antanut vielä ohjeistusta, kuinka asukkaat arvioidaan ja millä käytänteillä maksusitoumukset siirtyvät kaupungilta Sosterille ja tämä tuo mukanaan levottomuutta ja turvattomuutta asukkaiden omaisilla. Usealla asukkaalla toimintakyky on merkittävästi kohentunut asumispalvelun aikana ja tämän seikan osoittaminen tilaajalle tulee olemaan haasteellista. On voitava osoittaa, että palveluasuminen parantaa asukkaan toimintakykyä ja elämänlaatua ja paluu itsenäiseen elämään voi romahduttaa tilanteen. Kaslin (1979) mukaan pakollisella asunnon muutolla on selvää mielenterveydellistä haittaa lähinnä haavoittuvimpien ryhmien, kuten vanhuksille – usean tutkimuksen tarkasteluun perustuva väite. (Heiska 2010, 194.)

Henkilökunnan siirryttyä kolmivuorotyöhön omainen näkee asukkaalle nimettyä omahoitajaa todennäköisesti harvemmin. Omaisen ja omahoitajan yhteys onkin turvattava esimerkiksi omaisten iltoina tai muina henkilökohtaisina tapaamisina tarvittavin väliajoin. Omahoitaja voi myös vaihtua uuden henkilöstörakenteen myötä, jolloin mutkaton asioiminen tutun ja läheisen oman hoitajan kanssa loppuu ja on tutustuttava uuteen ihmiseen. Kulunvalvonnan tehostaminen voi vaikuttaa myös omaisten vierailukäytäntöihin. Osa omaisista voi vähentää vierailujaan lukittujen ovien vuoksi. Kulunvalvonnan tehostamista tuleekin perustella omaisille muun annettavan informaation yhteydessä.

Tehostettuun palveluasumiseen siirtyminen viranomaisen näkökulmasta

Tehostettu palveluasuminen on luvanvaraista toimintaa, jota valvovat Aluehallintovirastot, Valvira ja asukassijoituksia tekevät kunnat. Tavallinen palveluasuminen on ilmoituksenvaraista toimintaa ja sen valvontavastuu on sijoittavilla kunnilla. Puruveden palvelutalon siirtyessä tuottamaan tehostettua palveluasumista, sen on myös haettava Aluehallintoviraston lupa toiminnan muuttamiseen tehostetuksi palveluasumiseksi. Aluehallintoviraston muutoslupatarkastus on suoritettu 13.8.2014 ja lupa toimia tehostettuna yksikkönä myönnetään 1.1.2015 alkaen.

Tehostettuja palveluasumisyksiköitä koskee velvollisuus antaa vuosittain toimintakertomus Valviralle sekä sosiaalihuollon että terveydenhuollon toiminnastaan. Toimintakertomukset annetaan sähköisesti Valviran ohjeistuksen mukaisesti helmi-maaliskuussa. Toimintakertomuksia varten kerätään tilastotietoa mm. asukasmääristä, henkilökunnasta, hoitajaksojen pituuksista ja kotisairaanhoidon toimenpiteiden määräästä.

Tehostetun palveluasumisen hoitoilmoitusten (HILMO-aineisto) antaminen Terveyden- ja hyvinvoinninlaitokselle (THL) muuttuu verrattuna tavalliseen palveluasumiseen. Sosiaalihuollon hoitoilmoituksilla kerätään tietoja laitoshoidosta ja asumispalveluista. Laitoshoidossa ja ympärivuorokautisessa asumispalvelussa hoidetuista asiakkaista tehdään sekä hoidon päättymisilmoitus että asiakaslaskenta. Sen sijaan ei-ypärivuorokautista asumispalvelua saavista henkilöistä tehdään ainoastaan asiakaslaskenta kerran vuodessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 11-12). Sosiaalihuollon tiedonkeruu perustuu lakiin Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskukseen tilastotoimesta (409/2001).

Puruveden palvelutalossa hoidon päättymisilmoitus tehdään oman asiakashallintaohjelman, DomaCaren, kautta. Ohjeistus hoidon päättymisilmoituksen tekemiseksi saadaan DomaCaren toimittajalta, Invian Oy:ltä.

Puruveden palvelutalon tilaajalle antamat toimintakertomukset tulevat muuttamaan merkittävästi siirryttäessä tehostettuun palveluasumiseen. Tilaaja on antanut seikkaperäisen ohjeistuksen toimintakertomuksessa annettavista tiedoista. Palvelutalossa on sovittava aukottomat käytännöt, joilla tarvittava tiedonkeruu onnistuu. Erilaisten tilastojen pito ja tiedon keruu tulevat viemään aikaa varsinaiselta päätehtävältä.

Pohdinta

On normaalia, että muutos tuo mukanaan pelkoja, muutosvastarintaa ja pohdintaa tulevaisuudesta. Puruveden palvelutalon toiminta on monelta osin vastannut tehostetun palveluasumisyksikön toimintaa jo ennen virallista muu-

tosta, mutta tilaajan määrittelemät vaatimukset toiminnalle ovat olleet hyvin suppeita. Tulevaisuudessa tilaajan tarkoin määrittelemä ostettavan palvelun kuvaaminen luo turvallisuutta ja vakautta toimintaan ja ohjaa toiminnan kehittämistä kunnan strategioiden suuntaiseksi. Toisaalta tarkoin määritelty palvelun sisältä voi näivettää yksikön luovuutta ja omaa innovatiivisuutta sekä lisätä laitosmaisia piirteitä toimintaan. Toisaalta muutoksessa on hyvä tilaisuus vanhojen painolastien karistamiseen ja uusien hyvien käytänteiden aloittamiseen.

Benchmarking-päivän pohjalta totesimme, että Sosterin omat yksiköt eivät vielä tällä hetkellä kaikilta osin täytä kilpailutuksessa vaadittuja kriteeristöjä. Näin ollen emme voineet juurikaan tuoda heiltä hyviä käytänteitä omaan yksikköömme, vaan joudumme kehittämään käytänteet itse suoraan annetun vaatimustason mukaisiksi. Vierailut olivat kuitenkin hyvin antoisia, koska Karpalokodissa ja Toivolakodissa oli käyty jo läpi monia muutoksia, joista saimme kokemukseräistä tietoa omaan muutokseemme.

Vaihtuminen tavallisesta tehostettuun palveluasumiseen tuo mukanaan monia muutoksia niin asukkaille, henkilökunnalle, omaisille kuin viranomaisillekin. Pääosin muutokset ovat myönteisiä, mutta osa muutoksista tulee aiheuttamaan muutosvastarintaa vielä pitkään niin asukkaiden kuin henkilökunnan keskuudessa. Henkilökuntaa sopeutetaan tilanteen vaatimiin muutoksiin kattavalla perehdytysohjelmalla ja työnohjauksella. Asukkaita ja omaisia pyritään informoidaan tilanteesta totuudenmukaisesti ja oikea-aikaisesti perustellen muutosten tarpeellisuutta ja taustaa. Suuri osa asukkaiden ja omaisten informointivastuusta kuuluu tilaajalle ja siinä on ollut valitettavaa viivettä ja puutteita. Muutoksen hallitussa toteutuksessa tarvitaan laajaa yhteistyötä palveluntuottajan, tilaajan ja asukkaiden/omaisten kanssa.

LÄHTEET

Aro, A. 2006. Onko työssä tolkkua. Helsinki: Edita Prima Oy.

Furman, B. & Ahola, T. 2002. Työpaikan hyvä henki ja kuinka se tehdään. Tampere: Tammerpaino Oy.

Hamel, G. & Breen, B. 2007. The Future of Management. Harvard Business School Press.

Heikkinen, E. & Marin, M. (toim.) 2002. Vanhuuden voimavarat. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Heikkinen, R-L. 1998. Iäkkäiden depressiomaisema. Artikkelissa Heikkinen, R-L. & Heikkinen, E. Vanhenemisen monet kasvot. Teoksessa Allahwerdi, H. (toim.) Ikäihmiset kehityksen kantajina. Suomen YK-liitto/ Maailmankansalaisen kyp-syyskoe. Kerava: Mattecrafit Oy.

Heikkinen, R-L. & Heikkinen, E. 1999. Vanhenemisen monet kasvot. Teoksessa Allahwerdi, H. (toim.) Ikäihmiset kehityksen kantajina. Suomen YK-liitto/ Maailmankansalaisen kypsyyskoe. Kerava: Mattecrafft Oy.

Heiska, J. 2010. Ennakoiva mielenterveystyö – kirja meille kaikille. Mediapinta.

Terveysten – ja hyvinvoinnin laitos 2013. HILMO Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2013. Määrittelyt ja ohjeistus. Tampere: Juvenes Print-Tampereen yliopistopaino Oy.

Järvensivu, A. 2010. Tapaus työelämä ja voiko sitä muuttaa? Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kasl, S. 1979. The effects of the Recidential Environment on Health and Behavior: A review. Alunperin teoksessa Hinkle, L. & Loring, W. The effect of the man-made environment on health and behavior. Edelleen teoksessa Heiska, J. Ennakoiva mielenterveystyö – kirja meille kaikille. Mediapinta.

Koskela, R.-S., Hernberg, S. & Hussi, E. 1973. Työntekijöiden mielipiteet työpaikkojen terveydellisistä oloista. Raportti SAK:n ja työterveyslaitoksen keväällä 1970 suorittamasta kyselytutkimuksesta. Teoksessa Heiska, Juhani. Ennakoiva mielenterveystyö - kirja meille kaikille. Mediapinta.

Kuntaliitto 2012. Palveluasumisen järjestäminen ja kilpailuttaminen Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 960/2012. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 24.7.2014.

Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. 2000. Terveystuollon etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. Juva: WS Bookwell Oy.

Sarvimäki, A. 1999. Ikääntyvä väestö ja ihmisoikeudet. Teoksessa Allahwerdi, H. (toim.) Ikäihmiset kehityksen kantajina. Suomen YK-liitto/ Maailmankansalaisen kypsyyskoe. Kerava: Mattecrafft Oy.

Savonlinnan kaupunki 2013. Taloussuunnitelma vuosille 2014-2017. Kaupunginhallituksen esitys 5.11.2013

Savonlinnan kaupunki, perusturvalautakunta 2014. Selvitys oman palvelutuotannon lisäämisestä. 1.3.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden, Ikähoivatyöryhmän muistio 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:28

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

United Nations 1991. United Nations Principles for Older Persons. Artikkelissa Sarvimäki, A. Ikääntyvä väestö ja ihmisoikeudet. Teoksessa Allahwerdi H. (toim.) Ikäihmiset kehityksen kantajina. Suomen YK-liitto/ Maailmankansalaisen kypsyyskoe. Kerava: Mattecrafft Oy.

IKÄÄNTYNEEN POTILAAN KOTIUTUMINEN OSASTOLTA – OHJAUSMALLIN KEHITTÄMINEN FYSIOTERAPEUTEILLE

Kaskinen Pirjo ja Lajunen Tiina

TIIVISTELMÄ

Vanhusten määrän lisääntyminen ja laitoshoidon purkaminen lisäävät kotona asuvien iäkkäiden määrää tulevaisuudessa. Iäkkäiden sairastavuus on muuta väestöä suurempaa ja toimintakyky heikkenee sairauksien myötä nopeasti. He tarvitsevat muuta väestöä enemmän sairaalassa tapahtuvaa hoitoa.

Itä-Savon sairaanhoitopiirissä ollaan siirtymässä kohti portaatonta hoitomallia, jolloin osastoilla hoidossa olevien potilaiden kotiutuminen pyritään järjestämään suoraan hoitavasta yksiköstä. Kotiutumisen onnistumiseen tarvitaan monialaista osaamista ja toimivaa yhteistyötä, jossa myös potilas ja hänen läheisensä ovat toimijoina. Tässä artikkelissa esitellään kehittämistehtävää, jossa tuotettiin prosessikuvaus iäkkään potilaan kotiutumisesta osastolta. Asiaa tarkastellaan fysioterapian näkökulmasta. Prosessikuvaus toimii ohjausmallina osastoilla työskenteleville fysioterapeuteille. Prosessikuvaus perustuu aikaisempaan kokemukseemme, gerontologisten opintojen myötä lisääntyneeseen tietoon sekä asiantuntijahaastatteluihin. Prosessikuvauksen tuottamista varten haastateltiin erikoissairaanhoidon fysioterapeutteja, apuvälineasiantuntijoita, vammaispalvelun työntekijöitä, kotihoiton kotiutustiimiä ja kotikuntoutustiimiä. Saimme heiltä arvokasta tietoa liittyen ikääntyneen potilaan kotiutumiseen. Kävimme myös tutustumassa Lappeenrannassa EKSOTE:n kotihoiton ja Armilan kuntoutuskeskuksen fysioterapeuttien toimintaan saadaksemme vertailukohtaa omaan toimintaamme.

Johdanto

Elämänlaadun kannalta ikääntyneen väestön keskeisin asumisen paikka on oma koti, joka tukee itsemääräämisoikeutta, mielekästä tekemistä ja osallisuutta. Asuinrakennusten esteettömyydellä on suuri merkitys kotona asumisen mahdollistajana. Esteelliset rakennukset lähiympäristöineen heikentävät iäkkäiden arjessa selviytymistä ja lisäävät tapaturmia, kuten kaatumisia. Palvelurakenteen muuttaminen ikäystävälliseksi ja kotona asumista tukevaksi edellyttää samanaikaisia toimia asumisen ja asuinympäristön sekä palvelujen uudistamiseksi. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013.) Itä-Savon sairaanhoitopiirissä ollaan siirtymässä portaattomaan palveluraken-

teeseen. Kolmiportaisesta systeemistä siirrytään asteittain kohti portaaton mallia, mikä tarkoittaa laitospaikkojen vähenemistä ja kotihoidon lisääntymistä. (Kärkkäinen 2013.) Kotiin annettavat sosiaali- ja terveyspalvelut (sote) ovat tulevaisuudessa ensisijaisia ja pitkäaikainen laitoshoido on mahdollista vain, jos se on lääketieteellisesti tai muista syistä perusteltua. Palvelurakenteen muutoksen määrittää vanhuspalvelulaki, joka on astunut voimaan heinäkuussa 2013. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013.)

Ikääntyneiden määrän kasvaminen ja eliniän piteneminen lisäävät sairaalahoiton tarvetta, koska vanhenemisen myötä sairastumisriski kohoaa. Portaattoman hoitomallin mukaisesti potilaan pitäisi kotiutua suoraan hoitavasta yksiköstä, mikä käytännössä tarkoittaa sitä, että iäkkäitä huonokuntoisia potilaita kotiutuu myös erikoissairaanhoidon osastoilta. Oman kokemuksemme mukaan kotiutuminen tapahtuu usein nopealla aikataululla, jolloin suunnitteluun jää liian vähän aikaa. Henkilökunnan näkemys potilaan toimintakyvystä ei aina ole yhtenevä ja myös tiedonkulussa ja monialaisessa työskentelyssä on usein puutteita. Kotiympäristön arviota, kodin muutostöitä ja apuvälineasioita ei olla aina ehditty hoitaa kuntoon. Kun iäkäs potilas kotiutetaan nopeasti, eikä hänellä ole varmuutta kotona selviytymisestä, hän palaa usein nopeasti takaisin sairaalaan. Savonlinnan terveyskeskuksen kuntouttavalla osasto 1:llä on kehitetty moniammatillista työskentelyä ja panostettu myös kotiutumisten hyvään suunnitteluun ja toteutukseen. Vuoden 2013 lopulla toimintansa aloitti terveyskeskuksessa toinen kuntoutusosasto ja tuli selkeä tarve arvioida toimintaa ja kehittää prosesseja. Tärkeäksi kehittämiskohteeksi nousi kotiutuminen.

Kehittämistehtävän tavoitteena on luoda Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella osastoilla työskenteleville fysioterapeuteille kotiutumisprosessin ohjausmalli, joka ohjaa huomioimaan ikääntyneen kotiutumiseen liittyvät keskeiset asiat. Kehittämistehtävässä esitämme prosessikuvauksen ikääntyneen potilaan kotiutumisesta osastolta. Tarkastelemme fysioterapeutin roolia monialaisessa toimintaympäristössä.

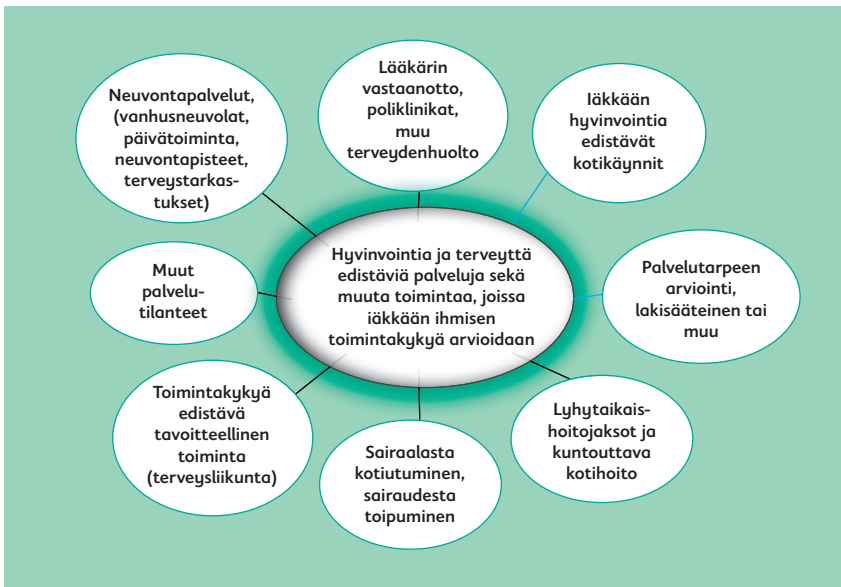
Toimintakyvystä toimijuuteen

Kun vanhenevan ihmisen elämäntilanne muuttuu niin, että hän tarvitsee arkielämässä toisten ihmisten tai palvelujärjestelmän apua, tarvitaan laajaa ja kokonaisvaltaista ymmärtämistä. Vanheneminen ilmenee yksilössä ja hänen toimintakyvyssään tapahtuvina fyysisinä ja psyykkisinä muutoksina. Toimintakyvyn muutokset vaikeuttavat selviytymistä omassa elinympäristössä. Toimintakyvyn kansallinen asiantuntijaverkosto (TOIMIA) suosittaa, että palvelun tarpeen arvioinnissa tulee huomioida ihmisen elämäntilanne, toimijuus ja tarpeet. Erilaiset mittarit ovat apuvälineinä arvioinnissa. (Gerontologia 2013.)

Toimijuudesta puhuttaessa pitää nähdä, miten ihminen kykenee käyttämään omaa toimintakykyään arjen tilanteissa. Pitää tunnistaa, mitä ihminen osaa tehdä, mitä tietoja ja taitoja hänellä on. On myös tärkeää tiedostaa, mitä hän haluaa, mitä tavoitteita ja päämääriä hänellä on sekä millainen on hänen motivaatiotasonsa. Lisäksi on selvitettävä, mitä hän kykenee fyysisen toimintakykynsä rajoissa tekemään, mitä hän osaa tehdä, mitä mahdollisuuksia hänellä on toimia ja onko vaihtoehtoisia toimintamuotoja. Täytyy myös selvittää, mistä hänen täytyisi kotona suoriutua ja mitä esteitä ja rajoituksia hänellä on. Lisäksi on selvitettävä, mitä hän tuntee, miten arvioi omaa tilannettaan sekä millaisia asioita hän arvostaa. (Gerontologia 2013.)

Fyysinen toimintakyky ja sen mittaaminen

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön kykyä suoriutua hänelle itselleen olennaisista fyysisistä toiminnoista omassa toimintaympäristössään. Liikkumiskyky on keskeinen osa fyysisestä toimintakykyä ja mahdollista avun tarvetta kuvaava tekijä. Liikkumiskyvyn huonontuminen on usein ensimmäinen merkki siitä, että toimintakyky on alkanut heikentyä. Liikkumiskyvyssä ilmenevät vaikeudet ennustavat päivittäistoimien vaikeutumista, kaatumisia sekä laitoshoitoon joutumista. Kaatumishistoria puolestaan ennustaa uusia kaatumisia. Liikkumiskyvyn kokonaisvaltaiseen arvioon kuuluu henkilön oma arvio liikkumisestaan, liikkumiskyvyn testaaminen sekä kaatumisalttiuden selvittäminen. (Toimia tietokanta 2013.) Seuraavassa kuviossa esitellään tilanteita, joissa iäkkään ihmisen fyysisestä toimintakykyä arvioidaan.



KUVIO 1. Hyvinvointia ja terveyttä edistäviä palveluita sekä muita tilanteita, joissa iäkkään ihmisen toimintakykyä arvioidaan (Toimia tietokanta 2013)

Liikkumiskyvyn testaukseen sopii helposti toteutettava TUG-testi (Timed Up -and - Go), jossa havaitut vaikeudet kertovat suurentuneesta alttiudesta kaataa. Testi on kehitetty iäkkäiden henkilöiden liikkumiskyvyn ja tasapainon arviointiin. Suoritus edellyttää lihasvoimaa, tasapainoa, nivelten liikkuvuutta, koordinaatiota, näkökykyä sekä näitä tuottavien ja säätelevien järjestelmien yhteistoimintaa. (Toimia tietokanta 2014.)

Liikkumiskyvyn osa-alueita voidaan tarkemmin arvioida SPPB-testistöllä (Short Physical Performance Battery), joka sisältää 4 metrin kävelyn, tasapainotestin ja tuolilta nousutestin. Testin avulla saadaan tietoa testattavan henkilön tasapainon hallinnasta seisten, kävelystä ja alaraajojen lihasvoimasta. Osatesten tuloksien perusteella harjoittelu voidaan suunnitella tarkoituksenmukaisesti. (Toimia tietokanta 2014.) Henkilön kaatumisalttiutta voidaan arvioida FRAT-kaatumisvaaran arviointi arviointilomakkeella (Falls Risk Assessment Tool), joka on tarkoitettu käytettäväksi hoivapalveluissa ja sairaalassa (Ikinä- opas, Terveysten ja Hyvinvoinnin laitos 2012).

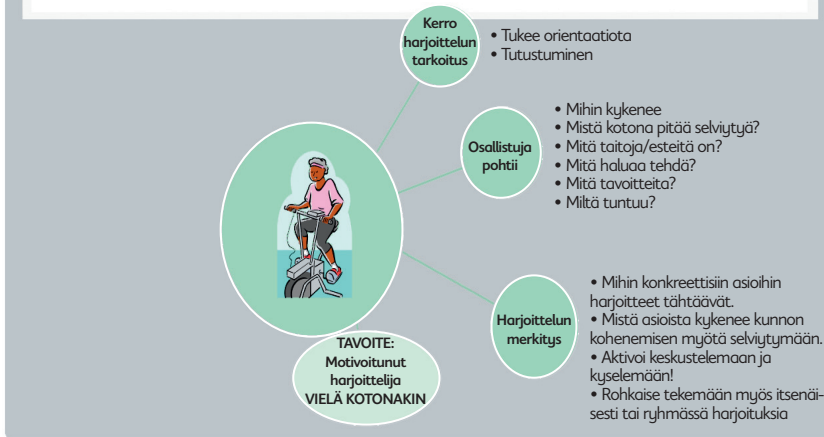
Iäkkään ihmisen fyysisen toimintakyvyn harjoittaminen

Fyysisen toimintakyvyn harjoittamisen suunnittelussa ja toteuttamisessa tulee tunnistaa iäkkään ihmisen vanhenemisprosessiin kuuluvat muutokset ja tunnistaa hänen jäljellä olevat voimavaransa, joita pyritään vahvistamaan.

Vanhenemisprosessin yksilölliseen vaihteluun voidaan vaikuttaa fyysisellä aktiivisuudella, koska vanhenevan ihmisen reservikapasiteettia tukemalla estetään ennenaikaista primääristä vanhenemisprosessia. Primäärivanheneminen tarkoittaa biologisten tekijöiden määrittämää luonnollista, lajityypillistä ja palautumatonta vanhenemistä. Se muuttaa yksilön fyysisiä elintoimintoja ja kognitiivisia tiedonkäsittelytaitoja vaikuttaen hänen suorituskyykyynsä. Sekundäärinen vanheneminen tarkoittaa erilaisten ulkoisten tekijöiden, kuten sairauksien sekä elämäntapojen ja elinolosuhteiden vaikutusta vanhenemiseen primäärin vanhenemisen rinnalla. Samalla kun keholliset vanhenemismuutokset etenevät, psykologiset ja sosiaaliset ominaisuudet vahvistuvat lisäten ikääntyneen ihmisen itsetuntemusta ja elämänhallintaa. Primäärinen vanheneminen ei tarkoita yksinomaan menetyksiä, luopumista tai vähenemistä, vaan joidenkin ominaisuuksien, taitojen ja kykyjen, kuten ongelmanratkaisukykyyn ja sosiaalisen joustavuuden parempaa hallintaa. (Pikkarainen 2013.)

Osastolla harjoittelun tulee olla asiakaslähtöistä ja lisäksi sen tulisi vahvistaa potilaan voimavaroja. Potilaan tulee ymmärtää mihin konkreettisiin asioihin harjoittelulla pyritään. Seuraavassa kuviossa on määritely, mitä asioita asiakaslähtöisen harjoittelun tulisi sisältää.

ASIAKASLÄHTÖINEN HARJOITTELU (YKSILÖ/PIENRYHMÄ)



KUVIO 2. Asiakaslähtöinen harjoittelu (Mukaellen Pikkarainen ja Jyrkämä 2013)

Kotiasuminen ja kotikäynti ikääntyneen kodissa

Itsenäinen kotona asuminen on suomalaisen yhteiskunta- ja vanhuspolitiikan keskeinen tavoite. Vanhuuden eräs suurin inhimillistä kärsimystä tuottava asia on omasta kodista luopuminen. Samalla se on luopumista omasta autonomisuudesta. Oma koti tarkoittaa pysyvyyttä ja jatkuvuutta, varmuutta elämän perustarpeiden ylläpitämisestä ja elämän hallinnasta. Ikääntymisen myötä ilmenevät toimintakyvyn muutokset näkyvät parhaiten omassa kodissa. (Pikkarainen 2013.)

Kotiasuminen tarkoittaa yksilöllistä asumistapaa ja -tyyliä, joka muovautuu elämäntilanteiden ja henkilökohtaisten valintojen vuoksi tietynlaiseksi. Vanheneminen kohdataan omassa kodissa asteittain ja hellävaraisesti. Kotiasuminen voi kuvata myös primäärisen ja sekundäärisen vanhenemisen näkökulmasta. Nykyään kotikäynneillä tavallisesti tarkastellaan asumisesta selviytymistä pääasiassa sekundäärisen vanhenemisen aiheuttamien toimintakyvyn vajuusten ja rajoitteiden perusteella. ”Miten näillä sairauksilla, oireilla ja toimintakyvyn rajoitteilla voidaan asua kotona? Miten näillä resursseilla ja palveluilla selvittää kotona?” Tällöin vallan ottavat ulkopuoliset asiantuntijat. Jos ikääntyneen ihmisen primäärinen vanheneminen, yksilöllinen kotikokemus ja asumishistoria ohitetaan, menetetään voimaantumiseen ja autonomisuuteen tähtäävä asiakaslähtöinen toimintatapa. Asiakaslähtöisen kotikäynnin tulisi rakentua asiakkaan oman asumisen autonomisuuden vahvistamiseen osana primäärisen vanhenemisen prosessia ja suhteessa aikaisempaan asumis-

historiaan ja kotiasumisen yksilöllisiin merkityksiin. Autonomisuutta lisäävä kotikäynti mahdollistaa ikäihmiselle oman vanhuuden ja siihen liittyvän asumisen suunnittelun ja yksilöllisen päätöksenteon, jossa asiantuntijat toimivat kumppaneina. Primäärisen ja koetun vanhenemisen käsittely vahvistaa autonomisuutta ja samalla sekundääriseen vanhenemiseen liitetyt arvioinnit ja toimenpiteet näyttäytyvät myös merkityksellisinä. Kun kotikäynnillä tuetaan ikääntyneen oman vanhuuden täysivaltaista suunnittelua ja sen kokonaisvaltaista toteuttamista kaikkine tarpeineen, voidaan sitä kutsua hyvinvointia edistäväksi kotikäynniksi. (Pikkarainen 2013.)

Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisen yhteistyön tavoite gerontologisessa kuntoutuksessa tulisi olla aina aktiivista, vastavuoroista ja tasavertaista yhteistyötä eri toimijoiden kesken yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Lähtökohtana tulee olla yhteistyö potilaan ja hänen läheisensä kanssa. Yhteistyötä tehdään arjen tilanteissa sekä esim. kuntoutustyöryhmässä. On tärkeää osata arvostaa kaikkien toimijoiden tuomaa osaamista yhteisen päämäärän saavuttamiseksi. Jokainen työntekijä tuo omaa osaamista ja asiantuntijuutta, jonka tavoite on koitua potilaan hyvinvoinnin ja kuntoutumisen edistämiseksi. Avoin vuorovaikutus kaikissa tilanteissa on tärkeää. Suullinen ja kirjallinen tiedottaminen kaikille asianosaisille on tärkeää. Gerontologisessa kuntoutuksessa on erityisen tärkeää monialainen yhteistyö, koska ikääntyneen kuntoutujan ongelmat ovat hyvin monialaiset. (Pikkarainen 2013.)

Laatusuositus ikääntyneiden palveluiden kehittämiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat julkaisseet iäkkäiden ihmisten palvelujen kehittämistä koskevan laatusuosituksen vuosina 2001 ja 2008. Laatusuositus on uudistunut vuonna 2013 ottamaan huomioon ohjauksen ja toimintaympäristön meneillään olevat muutokset ja uusimman tutkimustiedon. Tämä luku perustuu kyseiseen laatusuositukseen. Suosituksen tarkoituksena on ohjata ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (vanhuspalvelulaki) toimeenpanoa. Kokonaistavoitteena on turvata mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen koko ikääntyneelle väestölle ja laadukkaat sekä vaikuttavat palvelut niitä tarvitseville iäkkäille henkilöille. Suositus on suunnattu ensisijaisesti iäkkäiden palvelujen kehittämisen ja arvioinnin tueksi kuntien ja yhteistoiminta-alueiden päättäjille ja johdolle. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013.)

Osallisuus merkitsee sitä, että iäkäs henkilö osallistuu omien palvelujensa suunnitteluun, omien asioidensa käsittelyyn asiakkaana sekä palvelujen laadun arviointiin myös silloin, kun toimintakyky on heikentynyt. Osallisuuden

varmistamiseksi ovat palvelujen esteetön saatavuus ja saavutettavuus hyvin merkittäviä. Esteettömyys ja saavutettavuus tarkoittavat sitä, että iäkkäät ihmiset pystyvät käyttämään tuotetta, tilaa tai palvelua iästä, sairaudesta, vammasta tai toimintarajoitteesta huolimatta. Fyysistä esteettömyyttä lisäävät apuvälineet – kuten liikkumisen apuvälineet ja fyysiset järjestelyt – esim. hissit, rampit ja valaistus sekä kuljetuspalvelut. Ne myös tukevat osallistumisen mahdollisuuksia. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013.)

Asuinrakennusten esteettömyydellä on suuri merkitys kotona asumisen mahdollistajana. Esteelliset rakennukset lähiympäristöineen heikentävät iäkkäiden arjessa selviytymistä ja lisäävät tapaturmia, kuten kaatumisia. Palvelurakenteen muuttaminen ikäystävälliseksi ja kotona asumista tukevaksi edellyttää samanaikaisia toimia asumisen ja asuinympäristön sekä palvelujen uudistamiseksi. Suosituksen mukaan kunnat sisällyttävät ikääntyneen väestön asumisen, elinympäristön ja palvelujen toimivan kokonaisuuden kehittämisen osaksi vanhuspalvelulain edellyttämää suunnitelmaa. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013.)

Terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen takaaminen on yksi tärkeimpiä varautumistoimia nopeasti ikääntyvässä Suomessa. Terveyttä ja hyvinvointia edistävillä palveluilla voidaan lisätä toimintakykyisiä elinvuosia ja siirtää muiden palveluiden tarvetta elinkaaren myöhempään vaiheeseen. Erityisesti on kiinnitettävä huomiota kuntoutuspalvelujen kokonaisuuteen, sillä mahdollisuus asua iäkkäänä kotona edellyttää kuntoutuspalvelujen lisäämistä ja monipuolisuutta. Tutkimusnäyttöä on olemassa riskien hallinnan esim. kaatumisten ja tapaturmien ehkäisyyn, ravitsemusneuvonnan ja erityisesti liikunnan lisäämisen vaikuttavuudesta ja myös siitä, että varhainen puuttuminen ikääntyneiden toimintakyvyn heikkenemiseen kannattaa. Kunnan tarjoamassa palveluvalikoimassa on oltava kohdennettuja toimenpiteitä riskiryhmille. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013.)

Kun palvelutarpeita ilmenee, on ne selvitettävä mahdollisimman kattavasti. Tarpeiden pohjalta laaditaan palvelusuunnitelma yhdessä iäkkään henkilön ja hänen omaisensa/läheisensä kanssa. Tarpeita selvitettäessä ja suunnitelmaa tehtäessä on varmistettava kuntoutumisen mahdollisuudet, jotta asuminen kotona voisi jatkua. Palvelusuunnitelma kattaa kaikki iäkkään henkilön avuntarpeen ja hyvinvoinninkannalta tarpeelliset toimet ja niitä toteuttavat toimijat. Hyvää palvelua on, että suunniteltu palvelu toteutetaan ja että asiakas on suunnitteluun aidosti osallisena. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013.)

Palvelurakenteen uudistamista koskevia suosituksia laitoshoidtoa vähentäen sekä kotiin annettavia ja asumispalveluita lisäten on tuotu esille monissa kotimaisissa ja kansainvälisissä suosituksissa ja tutkimuksissa. Tavoite on ilmaistu myös vanhuspalvelulaissa. Jotta kotona asuminen nykyistä pidempään onnistuisi, on investoitava a) terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen edistämiseen ja b) kuntoutuksen lisäämiseen ja monimuotoistamiseen. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013.)

Tutkimukset ovat näyttäneet, että henkilöstön määrän ohella erityisesti osaaminen, osaamisen oikea kohdentaminen ja osaava lähijohtaminen ovat yhteydessä hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen. Ne takaavat iäkkäille asiakkaille palvelutarpeen mukaisen hoidon ja lisäävät asiakas-/potilasturvallisuutta. Vanhuspalvelulaissa on säädetty henkilöstön määrästä ja osaamisesta. Lain mukaan toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jonka määrä, koulutus ja tehtävärakenne vastaavat toimintayksikön palveluja saavien iäkkäiden henkilöiden määrän ja toimintakyvyn edellyttämää palvelujen tarvetta ja joka turvaa heille laadukkaita palveluita. Myös omais-/ja läheisauttajat ovat hoitoa ja huolenpitoa tarvitsevien iäkkäiden ihmisten hoidon ja huolenpidon tärkeä voimavara. Heidän toimintakykynsä ylläpitäminen ja tavoitteellinen tukeminen on eduksi kaikille. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013.)

Kunnan sosiaali- ja terveystoimen strategisen johtamisen keskeinen tehtävä on luoda edellytykset vaikuttaville palveluille, joilla tuetaan koko ikääntyneen väestön toimintakykyä ja taataan iäkkäille henkilöille heidän tarpeitaan vastaava laadukas ja eheä palvelujen kokonaisuus. Toimintayksikön lähiesimiesten vastuulla on työn organisointi, työkäytäntöjen ja henkilöstön osaamisen uudistaminen sekä toimintayksiköissä toimivan henkilöstön työhyvinvoinnin ja -turvallisuuden lisääminen. Lähijohtajien on varmistettava, että kuntoutumista ja toimintakykyä edistäviä toimintamalleja toteutetaan jokaisessa toimintayksikössä. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirin strategia

Portaattomaan hoitomalliin siirtyminen lisää kotiutumisia suoraan kaikilta osastoilta. Iäkkäiden ihmisten hyvän kotiutumisen turvaamiseksi tarvitaan yhtenäisiä Itä-Savon sairaanhoitopiirin strategian mukaisia käytänteitä.

Itä-Savon sairaanhoitopiirissä toimintaa ohjaavat arvot ovat hyvinvointi, työhyvinvointi, luottamus ja vastuullisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön uusi päivitysasetus, vanhuspalvelulaki ja sote-järjestämislain valmistelu aiheuttavat muutostarpeita. Väestöennuste vuosille 2014–2020 osoittaa, että yli

65-vuotiaiden osuus alueellamme kasvaa ja se tulee kasvamaan vuoteen 2032 saakka. Koska työikäinen väestö vähenee ja vanhusväestön osuus kasvaa, tulevat sote-laskennalliset kustannukset kohoamaan 20 % vaikka, väkimäärä vähenee. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013.)

Vanhuspalvelulain vaikutukset Itä-Savon sairaanhoitopiirissä:

- Laitosasumisen määrä vähenee ja kotona hoidettavien asiakkaiden määrä kasvaa.
- Kodeissa kasvaa apuvälineiden ja kodinmuutostöiden tarve.
- Työturvallisuuteen asiakkaiden kotona on kiinnitettävä huomiota ja matkatyö lisääntyy.
- Muutoksen johdosta tarvitaan täydennyskoulutusta.
- Omana toimintana järjestettävän palveluasumisen ja ostopalvelujen suhde tulee arvioida.
- Moniammatillisen sote-yhteistyön merkitys korostuu. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013.)

Jatkotyöstämisen keskeisiä alueita tulevat olemaan:

- Ympäri vuorokautisesta laitoshoidosta siirtyminen portaattoman hoitomallin mukaisesti kohti kotihoitopainotteisia ja itsenäistä toimintakykyä tukevia ratkaisuja.
- Ympäri vuorokautisen sairaanhoito keskittäminen keskussairaalan yhteyteen, jossa on sekä erikoislääkäri- että yleislääkärijohtoisia yksiköitä.
- Integroitujen sote-prosessien hiominen saumattomiksi siten, että raja-aitojen poistaminen näkyy kliinisessä työssä.
- Henkilöstövoimavarojen ja osaamisen ohjaaminen palvelutarpeen mukaisesti. Laitoshoidosta vapautuvan vakinaisen henkilöstön avulla vähennetään sijaisten tarvetta ja kehitetään erilaisia avopalveluja ja neuvolatoimintoja.
- Neurologisen vuodehoidon palauttaminen akuuttihoitoa varten ja kuntoutuksen keskittämien perustettavaan kuntoutuksen osaamiskeskukseen, jonka toiminta keskittyy erityisesti kirurgian, neurologian ja psykogeriatrian sekä ortopedian alojen kuntoutukseen.
- Toimintaa kehitetään myös avokuntoutuksen suuntaan. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013.)

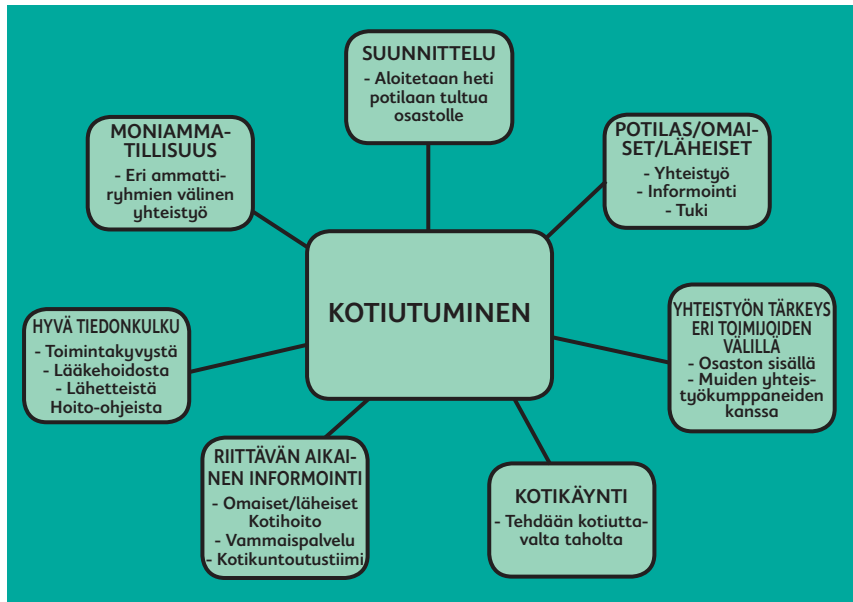
Asiantuntijahaastattelut

Haastattelimme maaliskuun 2014 aikana toimijoita (yhteensä 21 henkilöä), jotka työssään ovat mukana ikäihmisen kotiutumisen osastolta. Haastateltavina olivat asiantuntijat Savonlinnan kaupungin vammaispalvelusta, Sosterin apuvälinepalvelusta, erikoissairaanhoidon kuntoutuksesta, kotikuntoutustii-

mistä ja kotiuttamistiimistä. Haastattelujen tavoite oli saada eri näkökulmat ja kotiutumiseen liittyvät huomioitavat asiat esiin. Saimme haastattelujen avulla myös moniammatillista näkökulmaa.

Toteutimme haastattelut lähettämällä avoimet kysymykset sähköpostitse etukäteen tutustumista varten. Haastattelutilanteet toteutuivat ryhmä- ja parihaastatteluina haastateltavien työpaikoilla. Esitimme kysymykset suullisesti ja kirjassimme vastaukset muistiin. Vastauksista poimittiin haastateltavien mielestä kotiutumisprosessin keskeiset tekijät.

Haastattelujen päätulokset on esitelty kuviossa 3.

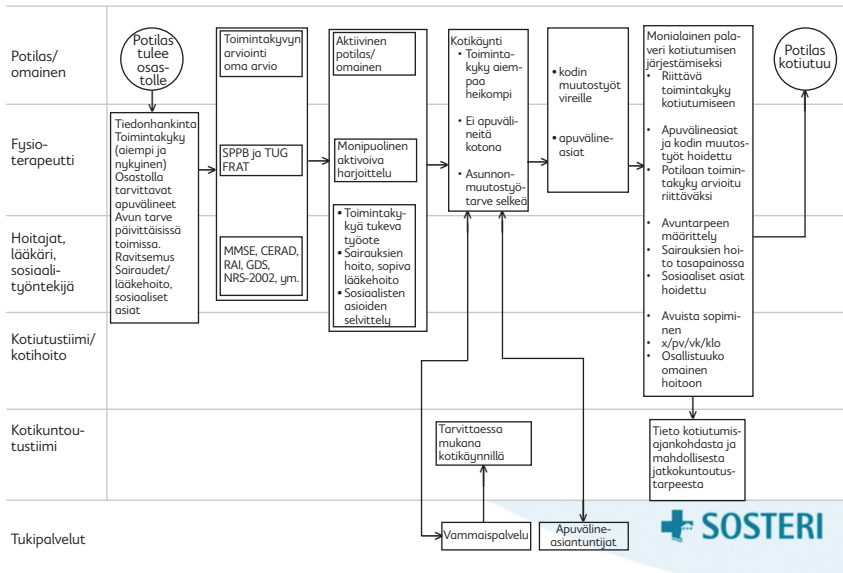


KUVIO 3. Kotiutumisprosessin keskeiset teemat haastattelujen perusteella

Kotiutumisprosessin eteneminen osastohoidon aikana

Kuviossa 4 esitellään iäkkään henkilön kotiutumisprosessin eteneminen ja sen toimijat.

Iäkkään potilaan kotiutumisprosessissa asiakkaina ovat potilas ja hänen omaisensa. Prosessin tavoitteena on turvallinen ja laadukas kotiutuminen. Kotiutumisprosessi alkaa heti potilaan tultua osastolle. Keskeisimmät mittarit, jotka kuvaavat potilaan toimintakykyä ovat seuraavat: potilaan-/hänen omaisensa kertoma toimintakyky, havainnoitu toimintakyky, muistitoimintoihin liittyvät CERAD- ja MMSE, masennusta mittaava GDS-15, ravitsemustilaa mit-



KUVIO 4. Ikääntyneen potilaan kotiutumisprosessi osastolta

taava NRS2002 sekä lyhyt fyysisen suorituskyvyn testi SPPB ja tasapaino-
mittaava TUG-testi.

Prosessin vaiheet:

Potilaan tullessa osastolle aloitetaan tiedonhankinta, jossa kartoitetaan potilaan nykyinen ja aiempi toimintakyky, osastolla tarvittavat apuvälineet, kotona käytössä olevat apuvälineet, avun tarve päivittäisissä toimissa osastolla sekä ennen osastolle joutumista käytössä olleet palvelut. Myös ravitsemustila täytyy selvittää, samoin sairaudet, lääkehoito ja asuminen.

Toimintakyky arvioidaan haastatellen potilasta ja omaista sekä havainnoimalla selviytymistä päivittäisissä toimissa. Fysioterapeutti voi testata fyysistä suorituskykyä TUG-testillä ja SPPB-testillä. Myös kävelyomatkaa voi käyttää mittarina. Kaatumisriskiä arvioidaan FRAT-lomakkeella. Hoitajat tekevät muut mittaukset. Tulokset löytyvät Effican HOIPIS-lomakkeelta. Tässä vaiheessa voidaan jo arvioida mahdollisen kotikäynnin tarvetta.

Osastolla tapahtuvaa hoitoa ohjaa potilaan kuntoutumistarve. Hoidon tulee olla potilaan toimintakykyä tukevaa, jossa keskeisinä asioina ovat toimintakykyä tukeva työote, hyvä ravitsemus, hyvä sairauksien hoito, sosiaalisten asioiden selvittely ja monipuolinen toimintakykyä kohentava harjoittelu. Tärkeää hoidossa on

toimiva ja oikea-aikainen moniammatillinen työskentely ja hyvä tiedonkulku. Kaikkeen toimintaan tulee liittyä tiedottaminen ja ohjaus potilaalle ja omaiselle.

Kotikäynti tehdään, kun potilaan toimintakyky näyttää jäävän aiempaa heikommaksi. Kotikäynnillä selvitetään, kuinka potilas selviytyy kotona sekä mitä mahdollisia apuvälineitä ja/tai kodin muutostöitä kotiin tarvitaan. Kotikäynnillä on potilaan lisäksi hyvä olla myös omainen mukana ja tarvittaessa kotikuntoutustiimin työntekijä tai vammaispalvelun edustaja. Kotikäynnillä nähdään konkreettisesti potilas toimimassa omassa tutussa ympäristössään. Siellä voidaan keskustella potilaalle tärkeistä asioista, miten hän on aiemmin kotona suoriutunut, käykö hänen luonaan ystäviä ja onko harrastuksia. Samalla voidaan kartoittaa ympäristöä ja sen turvallisuutta. Kaikkiin muutoksiin potilaan kotona tarvitaan potilaan suostumus. Kotona käydessä aletaan jo miettiä mahdollista avun tarvetta, kun huomataan, mihin potilaan voimavarat eivät riitä. Kotikäynnistä tehdään kirjallinen selvitys, joka on hyvä antaa potilaalle, jotta hän voi kerrata asioita.

Mikäli tarvitaan kodin muutostöitä, niistä tehdään hakemus vammaispalveluun. Potilas tekee hakemuksen ja siihen voi liittää raportin kotikäynnistä. Tarvittavat apuvälineet varaa kotikäynnin tehnyt fysioterapeutti.

Potilaan kotiutumista suunnitellaan monialaisessa palaverissa, jossa mukana on terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi aina potilas ja hänen omaisensa. Kun kotiutumista suunnitellaan, tulee olla yhteinen näkemys siitä, että potilaan toimintakyky on tasolla, jolla hän selviytyy kotona itsenäisesti tai apujen turvin. Mikäli kodin muutostöitä on tarvittu, on niiden oltava valmiina ennen kotiutumista. Apuvälineet on myös oltava valmiina kotona. Palaverissa suunnitellaan kotiavut sekä muu potilaan kotona selviytymistä tukeva toiminta. Mikäli omainen osallistuu potilaan hoitoon, on sen tavoista ja toteutuksesta sovittava palaverissa. Tarvittava jatkokuntoutus toteuttamistapoineen on myös sovittava ennen kotiutumista. Palaverissa päätetään lopuksi kotiutumisaikakohta.

Kotiutuessa potilaalle tulee antaa mukaan hoito-ohjeet, lääkelistat ja reseptit. Mahdollisesta jatkokuntoutuksesta on hyvä sopia valmiiksi aloitusajankohta ja antaa se potilaalle tiedoksi.

Pohdinta

Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella toimintaa on alettu kehittää nykysuositusten vaatimalla tavalla vanhuspalvelulain mukaisesti. Vuodeosastopaikkoja on vähennetty viime aikoina merkittävästi ja kuntoutustoimintaa on jonkin verran lisätty. Kotihoidossa on kantakaupungin alueella toiminut jo usean vuoden ajan kotiutustiimi ja kotikuntoutustiimi. Kotihoidon henkilökuntaa on hieman lisätty laitoshoidosta vapautuneilla toimilla. Keskussairaalaan ollaan

suunnittelemassa kotiutushoitajien vakansseja. On myös suunniteltu kuntoutuksen osaamiskeskuksen – jossa keskityttäisiin erityisesti kirurgian, neurologian, psykogeriatrian sekä ortopedian alojen kuntoutukseen – perustamista. Toimintaa suunnitellaan kehitettäväksi myös avokuntoutuksen suuntaan.

Gerontologisiin opintoihimme liittyen vierailimme Lappeenrannassa Armilan kuntoutuskeskuksessa ja uudessa ISOAPU-keskuksessa. Kuntoutustoimintaan ja kotihoitoon on panostettu mittavasti Eksotessa. Se näkyy satsauksena mm. henkilöstömäärissä, tiloissa ja välineissä. Kotihoidon kuntoutustoimintaa lisäämällä on pystytty vähentämään muita kotihoidon käyntejä. Kaiken kaikkiaan ikäihmisten palvelut vaikuttavat olevan Eksotessa esimerkillisellä tavalla hoidettu.

Tulevaisuudessa Itä-Savon sairaanhoitopiirin alueella olisi syytä panostaa entistä vahvemmin kotihoitoon niin hoitohenkilökunnan kuin kuntoutushenkilökunnan osalta. Erityisesti tulisi lisätä huonokuntoisten kotihoidossa olevien kotikuntoutusta. On myös varmistettava, että osastoilla on riittävä määrä kuntoutushenkilökuntaa ja toimintakykyä tukevaa hoitotyötä toteutettavaa hoitohenkilökuntaa. Yhteistyötä ja tiedonkulkua on aina mahdollista kehittää entistä sujuvammaksi. Siitä hyötyvät kaikki osapuolet niin ammattilaiset kuin potilaat ja omaiset. Ennen kaikkea johtoportaan ja lähiesimiesten on oltava tukemassa toiminnan kehittämistä vanhuspalvelulain ja suositusten osoittamaan suuntaan.

Kehittämässämme ohjausmallissa on otettu huomioon moniammatillisuus/monialaisuus, oikea-aikaisuus, osaaminen ja yhteistyö. Ohjausmallin mukaisesti toimimalla voidaan taata turvallinen ja laadukas kotiutuminen ikään-tyneelle henkilölle. Toivomme, että osastolla työskentelevät fysioterapeutit huomioivat jatkossa ikään-tyneen potilaan tasavertaisena toimijana omassa kotiutumisosiossaan. Tulevaisuudessa olisi hyvä seurata kotiutumisten onnistumisia sekä arvioida omaa työskentelyä ja prosessin toimivuutta.

LÄHTEET

Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) 2013. Gerontologia, Kustannus Oy Duodecim.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Sosteri. Strategia 2014–2016. Yhtymävaltuusto 13.12.2013 § 24.

Kärkkäinen, T. 2013. Portaaton palvelurakenne (yksiportainen) 19.8.2013. PowerPoint-esitys.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen Kuntaliitto. Helsinki. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/ikaihmiset/palvelujen_laatu/laatusuositus

Pajala, S. 2012. Iäkkäiden kaatumisten ehkäisy. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja, Osa 1. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 159.

Suositus toimintakyvyn arvioinnista iäkkään väestön hyvinvointia edistävien palveluiden yhteydessä. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2013/12/19>

SPPB, Lyhyt fyysisen suorituskyvyn testistö. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/154/>

Timed "Up & Go" –testi. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/153/>

LAITOSHOIDOSTA PALVELUASUMISEEN

Huotari Heidi ja Huotari Niina

TIIVISTELMÄ

Kuhmon laitoshoidon ja hoivakoti ovat Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän alaisena toimivia yksiköjä, jotka tarjoavat asiakkailleen ympärivuorokautista hoivaa. Kuhmon laitoshoidon, jonka toimintaa ohjaa tällä hetkellä kansanterveyslaki, tulee vuoden 2015 aikana loppumaan ja sen toiminta siirtyy kokonaan sosiaalihuoltolain mukaista palvelua tarjoavaksi yksiköksi. Laitoshoidon asiakkaille rakennetaan uudet tilat hoivakodin yhteyteen ja sen toiminta tulee muuttumaan sosiaalihuoltolain alaiseksi toiminnaksi. Tämä uudistus johtuu siitä, että ympärivuorokautisen hoidon palvelupaikkoja on Kuhmossa tarpeeseen nähden liian vähän. Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on ennakoida Kuhmon laitoshoidon ja hoivakodin hoitoyksiköiden yhteensovittamisen mahdollisuudet ja riskit. Tehtävän tavoitteena on tukea toimintojen jouhevaa yhtenäistämistä ja asiakaslähtöistä palveluasumista.

Kehittämistehtävän aineisto kerättiin Kuhmon hoivakodin ja laitoshoidon henkilökunnalta SWOT-analyysillä ja saamamme aineiston analysoimme aineistolähtöisesti eli induktiivisesti sisällönanalyysillä. Kehittämistehtävään osallistui molempien yksiköiden työntekijöitä kahden-kolmen hengen ryhmissä ja vastauksia saimme yhteensä 27 kappaletta. Henkilöstölle toteutetussa kyselyssä nousi esille laitoshoidosta palveluasumiseen siirtymisen murrosvaiheen vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Mahdollisuuksista ja vahvuuksista esille nousivat uuden yksikön mahdollisuudet ja itsensä kehittäminen sekä omien henkilökohtaisten vahvuuksien hyödyntäminen. Henkilöstöstä enemmistö koki uuden työyksikön positiivisen asiana, koska sen avulla voidaan kehittää hoitotyötä niin henkilöstön kuin asiakkaidenkin osalta. Asiakkaiden yksilöllisyyttä korostavat jatkossa heille tulevat yhden hengen huoneet, jolloin asiakkaan yksityisyys tulee huomioiduksi kodinomaisessa ympäristössä. Kun palvelurakenne muuttuu, erityisesti laitoshoidon asiakkaiden yksilöllisyys tulee huomattavasti paremmin esille ja voimme edistää asiakkaan voimavaralähtöistä hoitotyötä. Tehtävän avulla voimme kehittää hoitotyötä asiakkaiden näkökulmasta yksilölliseen hoitoon ja hoivaan ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta ammatillisen osaamisen lisääntymiseen, uuden hoitokulttuurin luomiseen ja näin lisätä henkilöstön työmotivaatiota.

Johdanto

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän organisoitiin uudelleen 1.1.2013 alkaen ja sen jäsenkuntia ovat Hyrynsalmi, Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Ristijärvi, Sotkamo ja Suomussalmi. Puolangan kunta on osajäsen. Kuntayhtymän tehtävänä on järjestää jäsenkuntien puolesta laissa säädetty erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishoidon (niiltä osin kuin kunnat eivät itse järjestä tehtäviä) sekä kaikki muut kuntien lakisäätetyt sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, lukuun ottamatta lasten päivähoitoa.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän (sote-kuntayhtymä) alaisena toimiva vanhuspalvelujen tulosalue tuottaa, järjestää ja koordinoi palveluohjauksen keinoin kainuulaisille vanhuksille kotona asumista tukevia palveluja sekä ympärivuorokautisia hoivapalveluja. Ympärivuorokautisiin hoivapalveluihin, joihin tämä kehittämistehtävä sijoittuu, kuuluu pitkäaikainen laitoshoidon sekä tehostettu palveluasuminen. Hoidon ja huolenpidon perustana ovat kaikissa voimavarojen lähtöisyys, turvallisuus, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja osallisuus.

Ympärivuorokautiset hoivapalvelut tarjoavat sosiaalihuoltolain mukaista pitkä- ja lyhytaikaista hoivaa, joka on myös yksi kotona asumista tukeva palvelumuoto. Ympärivuorokautisissa hoivapalveluissa asiakkaita hoitava henkilökunta on läsnä koko ajan.

Pitkäaikaisen hoivapalvelun piirissä olevat asiakkaat asuvat huoneissaan vuokrasuhteessa, ostavat tarvitsemansa hoivapalvelut palveluntuottajalta ja saavat kansaneläkelaitoksen maksamia etuuksia, kuten asumistukea, hoitotukea ja lääkekorvauksia. Pitkäaikainen vanhusten laitoshoidon tarjoaa vanhuksille pitkäaikaista ympärivuorokautista hoivaa ja hoivaa. Yleensä tämä hoitomuoto toteutetaan terveyskeskusten yhteydessä. Tällöin asiakkaalle sisältyvät hoitomaksuun kaikki hänen tarvitsemansa palvelut useamman asiakkaan jakamissa huoneissa.

Kuhmon laitoshoidon ja hoivakoti ovat sote-kuntayhtymän alaisena toimivia yksiköitä ja tarjoavat asiakkailleen ympärivuorokautista hoivaa. Kuhmon laitoshoidon, jonka toimintaa ohjaa tällä hetkellä kansanterveyslaki, tulee vuoden 2015 aikana loppumaan ja sen toiminta siirtyy kokonaan sosiaalihuoltolain mukaista palvelua tarjoavaksi yksiköksi. Laitoshoidon siirtyä tällöin myös fyysisesti nykyisen hoivakodin yhteyteen. Tämä uudistus johtuu siitä, että ympärivuorokautisen hoidon palvelupaikkoja on Kuhmossa tarpeeseen nähden liian vähän, eikä tilanne tällä hetkellä vastaa palvelujen tarpeen määrää.

Kunnan velvollisuus on turvata iäkkään henkilön pitkäaikaisen hoitojärjestelyn pysyvyys. Näin toimitaan, jollei järjestelyä ole aiheellista muuttaa iäkkään henkilön toivomuksen tai hänen palveluntarpeidensa muutoksen johdosta taikka muusta erityisen painavasta ja perustellusta syystä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012, § 14.)

Kehittämistehtävän aihe on työelämälähtöinen, koska elämme murrosvaiheessa molemmissa yksiköissä. Asiaa ei ole yksiköissä tutkittu aiemmin, koska asia ei ole ollut ajankohtainen aiemmin. Kehittämistehtävästä hyötyvät Kuhmon hoivakodin ja laitoshoidon koko työyhteisöt, koska työyhteisöt tulevat aikanaan yhdistymään yhdeksi suureksi kokonaisuudeksi.

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on ennakoida yksikköjen yhteensovittamisen mahdollisuudet ja riskit. Tehtävän tavoitteena on tukea toimintojen jouhevaa yhtenäistämistä ja asiakaslähtöistä palveluasumista.

Kehittämistehtävän tausta

Kuhmon laitoshoidon ja hoivakoti ovat sote-kuntayhtymän alaisena toimivia yksiköitä ja tarjoavat asiakkailleen ympärivuorokautista hoivapalvelua. Laitoshoidon tulee siirtymään kokonaan sosiaalihuoltolain mukaista palvelua tarjoavaksi yksiköksi, ja se rakennetaan hoivakodin yhteyteen. Tällä hetkellä yksikön rakentaminen on tarkoitus aloittaa vuoden 2014 lokakuussa ja olla valmiina 2015–2016 vuoden vaihteessa. Rakennuttajana toimii Kuhmon kaupunki, joka vuokraa uudet toimitilat sote-kuntayhtymän käyttöön.

Kunnan on laadittava suunnitelma toimenpiteistään ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto § 5). Uuden suuren yhtenäisen pitkäaikaispalveluasumisyksikön visio on, että nykyisen hoivakodin yhteyteen rakennetaan 4-soluisen yksikkö. Tällöin Kuhmossa tulee jatkossa olemaan yksi iso vanhusten ympärivuorokautinen hoivapalvelun asumisyksikkö, jossa asiakkaita tulee olemaan yhteensä noin 94 henkilöä. Tällä suurella projektilla Kuhmon kaupunki kykenee vastaamaan vanhusasiakkaiden ympärivuorokautisten hoivapalvelujen tarpeeseen aikaisempaa paremmin.

Iäkkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveyspalvelujen tulee olla laadukkaita ja niiden on turvattava asiakkaalle hyvä hoito ja huolenpito. Laadukkaiden ja hyvän hoidon turvaavien palvelujen keskeiset elementit ovat toimintayksikön riittävä ja ammattitaitoinen henkilöstö, osaava johtaminen ja asianmukaiset toimitilat. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto § 19.)

Vanhuspalvelulaki tuli voimaan 1.7.2013, ja se on tuonut mukanaan uudistuksia ja velvoitteita, joita joudumme huomioimaan yksikköjen yhdistämisen yhteydessä. Laki korostaa mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista, oikea-aikaista ja monipuoliseen palvelujen tarpeen selvittämiseen perustuvia palveluja, palvelurakenteen muutosta, tarkoituksen mukaista henkilöstön määrää ja osaamista sekä johtamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 5, 11.) Vastuu ikäihmisten palvelujen laadusta on ensisijaisesti palveluntuottajalla. Pitkäaikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveyspalvelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Iäkkäille avio- ja avopuolisille on järjestettävä mahdollisuus asua yhdessä. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012, § 14.) Vanhusasiakkaiden muuttaminen laitoshoidosta asumispalveluun edellyttää samanaikaisia toimia asiakkaiden asumisympäristön ja palveluiden rakenteissa, henkilöstön johtamisessa ja työn organisoimisessa sosiaalihuoltolain mukaiseksi toiminnaksi.

Suurin osa ikäihmisistä tarvitsee jossain elämänsä vaiheessa palveluja, jotka järjestetään hänen kotinsa ulkopuolella. Erityisesti pitkäaikaishoidossa on tärkeää, että ikäihminen voi elää ja asua viihtyisässä, kodinomaisessa, turvallisessa sekä mielekkäessä ympäristössä. Palvelujen tuottajalla on velvollisuus huolehtia siitä, että iäkkäiden henkilöiden käytössä olevat palveluntuottajan toimitilat ovat riittävät, turvalliset, esteettömät, kodikkaat sekä muutenkin olosuhteiltaan sopivat heidän tarpeisiinsa nähden. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto § 22.)

Muutoksen myötä laitoshoidon asiakkaiden hoitoa ja hoivaa ohjaava lainsäädäntö muuttuu kansanterveyslain alaisuudesta sosiaalihuoltolain alaisuuteen. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että asiakkaat asuvat tulevaisuudessa vuokrasuhteessa omissa huoneissaan ja ostavat tarvitsemansa palvelut palveluntarjoajalta, tässä tapauksessa Kainuun sote-kuntayhtymältä. Asiakkaat maksavat jatkossa myös itse heille kuuluvat lääkkeet, vaatetuksen ja kodinhoidolliset työt.

Uuden tulevan yksikön jokaiseen 4 soluun tulee 12-paikkaiset asumisyksiköt. Heille rakennetaan yhteiset oleskelutilat eli ns. ”tupa” ja asiakkaille henkilökohtaiset yhden hengen huoneet ja yksi kahden hengen huone mahdollisia aviopareja varten. Rakennuksen vanhapuoli on rakenteellisesti suunniteltu alun perin yhden hengen huoneiksi, jollaisena se tulee myös jatkossa toimimaan.

Ympäri vuorokautisen hoivapalvelun piiriin tulevat asiakkaat ovat vuokrasuhteessa omaan huoneeseen ja sisustavat sen hoitosänkyä lukuun ottamatta itse omilla kotoa tuoduilla huonekaluillaan ja tekstiileillään. Tämä tukee asiakkaiden kodinomaisuutta ja viihtyisyyttä osastolla ja luo kotoista tunnelmaa, koska osa heille tärkeistä esineistä on heidän omista huoneistaan. Asiakkaiden yksityisyys yhden hengen huoneissa tulee huomioiduksi laitoshoitoon verrattuna paremmin. Hoitohenkilökunnalla on myös helpompi huomioida asiakas yksilöllisesti omana yksilönään ja vastata hänen tarpeisiinsa ja toiveisiinsa aikaisempaa paremmin.

Kehittämistehtävä ja aineistonhankinta

Tutkimme asiaa SWOT-analyysin avulla. Valitsimme SWOT:n tutkimusmenetelmäksi, koska sillä saamme laajasti vastauksia niin sisäisistä kuin ulkoisista tekijöistä. Olimme mukana molempien yksiköiden talonkokouksissa, joissa pyysimme henkilökuntaa pienryhmissä vastaamaan kehittämistehtävän mukaisesti kysymyksiin SWOT-analyysin avulla.

SWOT-analyysissä yrityksen olemassaoloa tarkastellaan sekä sisäisten että ulkoisten tekijöiden valossa. Sisäisiä tekijöitä, joihin yritys itse kykenee vaikuttamaan, ovat vahvuudet ja heikkoudet. Vahvuudet auttavat yritystä menestymään ja toteuttamaan tavoitteensa ja päämääränsä. Heikkoudet vaikuttavat päinvastoin: ne estävät yrityksen menestymistä. Ulkoisia, yrityksen toimintaympäristössä olevia, tekijöitä ovat mahdollisuudet ja uhat. Käyttämällä hyväksi mahdollisuuksia yritys menestyy entistä paremmin. Toteutuessaan uhat puolestaan vaarantavat yrityksen menestyksen ja joskus jopa yrityksen olemassaolon. (P-yritysten johtamis- ja kehittämistyökalupakki 2014.)

Kehittämistehtävän tavoitteena on toimintojen jouheva yhtenäistäminen ja asiakaslähtöinen palveluasuminen. Kehittämistehtävämme on selvittää SWOT-analyysin avulla, mitkä asiat vaikuttavat tavoitteen saavuttamiseen. Tulosten perusteella voimme hyödyntää sisäisten tekijöiden (vahvuudet ja heikkoudet) ominaisuuksia sekä pyrkiä ennakoimaan ja hyödyntämään ulkoisten tekijöiden (mahdollisuudet ja uhat) vaikutukset toiminnassa.

Pidimme talonkokouksen molemmissa yksiköissä ja selvitimme SWOT-analyysin avulla työntekijöiltä murrosvaiheen mukanaan tuomat vahvuudet, heikkoudet, uhat ja mahdollisuudet. Näiden tulosten kokoamisen jälkeen selvitettiin samalla tekniikalla ratkaisuja ilmenneisiin haasteisiin niin, että yhtenäistäminen sujuisi mahdollisimman hyvin ja sujuvasti. Henkilöstön suhtautuminen heille annettuun kyselyyn oli vaihtelevaa. Osa työntekijöistä koki, että heitä kuunnellaan ja että heidän mielipiteillään on merkitystä. Osa työntekijöistä puolestaan oli sitä mieltä, että kyselyllä ei ole merkitystä ja että heidän mielipiteillään ei ole merkitystä toimintojen yhtenäistämässä.

Työntekijät saivat tehdä kyselyn 2–3 hengen ryhmissä. Laitoshoidosta saimme vastuksia 12 ja hoivakodilta 15 eli yhteensä vastauksia oli 27. Kyselyä tehdessään ryhmän jäsenet keskustelivat ja pohtivat aihetta aktiivisesti monelta kantilta. Samalla he havaitsivat, että asia jonka toinen koki vahvuutena, olikin toisen työntekijän mielestä heikkous.

Kehittämistyön tulokset

Alkukartoituksessa saamamme aineiston analysoimme aineistolähtöisesti eli induktiivisesti sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimusmenetelmän metodi, jonka avulla etsitään merkityksiä aineistosta. Sisällönanalyysin tavoitteena on järjestää saatu aineisto informaatiota kadottamatta tiivistettyyn ja selkeään muotoon. Ensimmäiseksi saatu aineisto hajotetaan osiin, seuraavaksi se käsitellään ja lopuksi kootaan uudella tavalla. Sisältöanalyysin toteuttaminen tapahtuu näin kolmivaiheisesti. Aineiston käsittelyn jälkeen voidaan tehdä selkeitä johtopäätöksiä. (Kankkunen, Vehviläinen - Julkunen 2010, 134–136.)

Tämän jälkeen kokosimme vastaukset yhteen ja käsitelimme saadun aineiston litteroimalla. Litteroinnin jälkeen valitsimme aineistosta eniten esille nousseita mahdollisuuksia, uhkia, heikkouksia ja vahvuuksia. Tehtävä oli mielestämme selkeä, sillä haluttu tieto oli helposti nostettavissa esille, koska henkilökunnalta saadut vastaukset olivat melko yhteneväisiä eikä hajontaa ollut. Aineiston käsittelyssä yhdistimme samaa asiaa tarkoittavat asiat yhteen, koska samaa tarkoittavia asioita oli ilmaistu eri tavalla.

Kyselyssä henkilöstö toi esille seuraavia asioita:

Vahvuuksia ovat:

- työkokemuksen ja ammatillisen osaamisen lisääntyminen ja hoidon yksilöllisyys sekä jatkuvuus.
- työntekijöiden henkilökohtaisten vahvuuksien hyödyntäminen.

Heikkouksia ovat:

- lääkäripalveluiden väheneminen ja
- taloudellisuus, säästöt.

Mahdollisuuksia ovat:

- työnkierto eri osastoilla mahdollistaa ammattitaidon monipuolisuuden ja uuden hoitokulttuurin luominen

Uhkia ovat:

- tiedonkulku suuressa yksikössä ja tartuntataudit

Työyksiköiden henkilöstö on avainasemassa toimintojen kehittämisessä. Jokaisen työyksikön toimintojen kehittäminen vaatii vision, motiivin, resurssit ja aikaa. Ilman esimiesten osoittamaa tukea niiden kehittäminen on mah-

dotonta tai ainakin vaivalloista. (Lipponen 2013, 59.) Esimies voi vaikuttaa omalla toiminnallaan henkilöstön aktiivisuuteen työyksikön kehittämisessä tukemalla uuden oppimista myönteisellä tavalla. Usein riittää esimiehen positiivinen asenne uuden oppimiseen ja ajankäytön organisoiminen oppimista tukevaksi.

Henkilöstölle toteutetussa kyselyssä nousi esille kehittämistehtävässä laitoshoidosta palveluasumiseen siirtymisen murrosvaiheen vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Molempien yksiköiden henkilöstö oli pohtinut asiaa monelta eri kannalta. Mahdollisuuksista ja vahvuuksista esille nousivat uuden yksikön mahdollisuudet ja itsensä kehittäminen, sekä omien henkilökohtaisen vahvuuksien hyödyntäminen. Koettiin, että henkilöstön ammatillinen osaaminen lisääntyy ja henkilöstölle tulee mahdollisuus luoda uusi hoitokulttuuri, tämän lisäksi työnkierto yksiköiden välillä jo etukäteen koettiin hyvänä asiana. Hoitajilla on tällöin mahdollisuus vaikuttaa oman työn järjestelyihin ja organisointiin oman toiminnan kautta ja myös tämä lisää huomattavasti työmotivaatiota. Työmotivaation kasvaessa syntyy tarve kehittää itseään ja sitä kautta työntekijät voivat lisätä omaa osaamistaan ammatillisen lisäkoulutuksen avulla.

Aikaisempi koulutus yksinään ei ole kuitenkaan tae ammattiosaamisesta. Asiantuntemus kehittyy työssä pitkällisen kokemuksen ja työtehtävien vaihtelun mukana. Osaaminen on suurelta osalta niin sanottua hiljaista tietoa, jota on vaikea pukea sanalliseen muotoon. Se on työssäoppimisen tulosta, joka tähän asti on jätetty miltei kokonaan yksilön itsensä varaan. (Eteläpelto, Collin, Saarinen 2007, 189.) Työnkierron avulla voimme hyödyntää niin sanottua hiljaista tietoa ja moniammatillista osaamista yhdistämällä kokeneet hoitajat uusien hoitajien kanssa. Tällöin myös uusi hoitaja voi antaa uutta tietoa hoitotyöstä kokeneelle hoitajalle. Molemminpuolinen oppiminen edistää molempien ammatillista kasvua ja sen myötä kehittää palveluasiakkaiden hyvää hoitotyötä.

Yksilöiltä odotetaan nykypäivänä ennakoivaa ja yrittäjämäistä työasennetta, joka perustuu monitaitoisuuteen ja joustavuuteen. Tämän johdosta odotetaan myös, että työidentiteetit muuttuvat joustaviksi ja monitaitoisuuteen perustuviksi niin, että niitä voitaisiin jatkuvasti sovittaa muutosten aiheuttamiin vaatimuksiin. (Eteläpelto ym. 2007, 114.) Myös asiakkaan hoidon yksilöllisyys ja jatkuvuus mahdollistuu aiempaa paremmin, koska asiakkaita ei tarvitse muutoksen jälkeen enää siirtää yksiköstä toiseen. Tällöin ei pääse syntymään katkoksia tiedonkulussa. Vanhuspalvelulain 19 §:n mukaan iäkkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveyspalvelujen on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle asiakaslähtöinen ja osallistava hyvä hoito ja huolenpito. Hoidon ja hoivan yksilöllisyyttä korostavat myös jatkossa asiakkaille tulevat yhden hengen huoneet, jolloin asiakkaan yksityisyys ja yksilöllisyys korostuu.

Aikaisemmin työelämän muutos oli niin hidasta, että siihen sopeutuminen oli suhteellisen helppoa. Tänä päivänä organisaatiot kaikkialla maailmassa ovat huomanneet olevansa keskellä nopeaa ja jatkuvaa sekä ennustamatonta muutosta (Sallila, Tuomisto1997, 33.) Työelämän muutos on siis nykyaikaa ja ajankohtaista miltei kaikilla työpaikoilla. Muutoksesta johtuvat pelot ja muutoksen tuomat erilaiset uudet asiat kuormittavat työntekijöitä niin henkisesti kuin fyysisesti. Muutokset jo itsessään voivat aiheuttaa työpaikoilla konflikteja ja niiden ennaltaehkäisemiseksi henkilöstön kuuleminen ennakkoon on hyvin tärkeää.

Myös heikkouksia ja uhkia koettiin olevan, erityisesti tulevan yksikön suuri koko tuli monessa vastauksessa ilmi ja se koettiin uhkana. Uhkana pidettiin erityisesti sitä, että tiedonkulku voi olla haasteellista suuressa yksikössä sekä samoin mahdolliset tartuntataudit ja niiden leviäminen. Tiedonkulun parantamiseksi voidaan pitää yhteisiä kehittämisiltapäiviä ja talon-/ osaston palavereita. Myös hoitohenkilökunta omina yksilöinä on omalta osalta vastuussa niin tiedottamisesta kuin tiedon vastaanottamisesta ja yhteisesti sovittujen sääntöjen mukaan toimimisesta. Heikkoutena koettiin toiminnan taloudellisuus ja säästöt, samoin nykyisten lääkäripalvelujen mahdollinen väheneminen, erityisesti laitoshoitokuntoisten asiakkaiden hoidon jatkuvuuden osalta koettiin mahdollisesti heikkenevä lääkäripalvelu heikkoutena.

Johtopäätökset ja pohdinta

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on ennakoida henkilökunnan näkemyksen kautta yksikköjen yhteensovittamisen mahdollisuudet ja riskit. Samalla henkilökunta sai mahdollisuuden tuoda esille yhtenäistämisen myötä henkilöstön mielestä tulevat vahvuudet, mahdollisuudet, heikkoudet ja uhat. Tämä on tuonut esille henkilöstössä paljon yleisellä tasolla keskustelua, miten kahden erilaisen työyksikön yhteensovittaminen tapahtuu ilman isoja konflikteja. Samalla henkilökunta on saanut mahdollisuuden pohtia ja ennakoida tulevaa yksikköjen yhdistymistä ja havaita, miten paljon muutoksia tulee ilmenemään niin asiakkaiden kuin henkilökunnan osalta. Yleisellä tasolla kuitenkin koettiin, että ammatillisen osaamisen lisääntyminen kehittää uuden hoitokulttuurin luomista ja tätä kautta lisää henkilöstön työmotivaatiota.

Kehittämistehtävän tavoitteena on myös tukea toimintojen jouhevaa yhtenäistämistä ja asiakaslähtöistä palveluasumista. Tehtävä omalta osaltaan helpottaa yksikköjen yhtenäistämistä. Lisäksi tehtävän aikana on tapahtunut yksikköjen välillä työnkiertoa ja työntekijät ovat päässeet tutustumaan toiseen työyksikköön oman työnsä kautta. Työkierrosta yksikköjen välillä on koettu monenlaisia tuntemuksia, osalla hyvinkin ristiriitaisia, kun taas toisilla positiivisia kokemuksia. Työnkierron myötä molempien yksikköjen henkilöstöt ovat saaneet mahdollisuuden tutustua toisiinsa ja toiseen työyhteisöön. Tulevai-

suudessa tulevan uuden työyhteisön myötä on myös mahdollisuus muuttaa aikaisempia henkilöstön sisäisiä konflikteja ja kehittää työyhteisön yhteistyötä parempaan suuntaan.

Erityisesti laitoshoidon asiakkaiden kohdalla palvelurakenteen muuttuessa tulee asiakkaan yksilöllisyys huomattavasti paremmin esille, ja näin voimme edistää asiakkaan voimavaralähtöistä hoitotyötä ja kehittää asiakaslähtöistä palveluasumista. Uusi yksikkö on suunniteltu niin, että se on tarkoituksenmukainen ja soveltuva ikäihmisten hoivaan ja hoitoon. Tilojen suunnittelussa huomioidaan niiden tuleva käyttötarkoitus ja asiakasaineisto, sekä pyritään luomaan visuaalisesti kodinomainen asumisyksikkö pitkäaikaiseen palveluasumiseen.

Tämän kehittämistehtävän tuloksia työnantajamme voi hyödyntää muun muassa uuden yhteisen työyksikön henkilöstön organisoimisessa siten, että heillä on mahdollisuus jakaa hoitohenkilökunta heidän vahvuuksiensa ja heikkouksiensa perusteella eri osastoille. Tämä tukee uuden hoitokulttuurin ja hiljaisen tiedon siirtymistä myös uusille hoitajille, kun he voivat työskennellä kokeneemman kollegan mukana. Hoivakodin henkilöstö tuntee jo ennestään sosiaalihuoltolain mukaisen asiakaslähtöisen hoivatyön, mutta laitoshoidon henkilöstölle se on vielä uusi asia, josta heillä ei ole käytännön kokemusta. Henkilöstön ”sekoittaminen” on tässäkin suhteessa erityisen tärkeää. Myös uuden tulevan työyksikön suunnittelussa olemme voineet työyhteisöinä vaikuttaa esimerkiksi materiaalivalinnoissa.

Tehtävän tekeminen on ollut mielenkiintoista ja olemme saaneet syventyä meitä koskettavaan aiheeseen paremmin. Tämän tehtävän myötä jokainen työntekijä on jo jollain tasolla pohtinut tulevaa muutosta ja aihe onkin saanut suurelta osin työntekijöiltä runsasta keskustelua aikaiseksi. Koemme sen tarpeelliseksi, sillä kun asioita tuodaan reilusti esille ja niistä puhutaan, voimme omalta osaltamme myös kehittää tulevaa hoitotyötä. Tämän avulla myös mahdolliset ennakoasenteet ja pelko uutta kohtaan hälvenevät ja helpottavat hoitohenkilökunnan suhtautumista palvelurakenteen muutoksiin. Uusi tuleva ympärivuorokautinen palveluasumisyksikkö kehittää mielestämme kaupungin tarjoamaa ikäihmisen palvelurakennetta asiakaslähtöisemmäksi. Kuhmossa on paljon ikäihmisiä väestörakenteeseen nähden, ja tällä muutoksella saamme konkreettisesti lisää hoivapaikkoja niitä tarvitseville asiakkaille.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla hyvä selvittää, millaisia kokemuksia laitoshoidon asiakkaiden omaisilla on palvelurakenteen ja toimintaa ohjaavana lainsäädännön muuttuessa.

LÄHTEET

Eteläpelto A., Collin K. & Saarinen J. 2007. Työ, identiteetti ja oppiminen. Helsinki: SanomaPro.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.–2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012/980

Lipponen, R. 2013. Hoivatyön laadun kehittäminen lyhytaikaisyksikössä osaamisen johtamisen avulla. Opinnäytetyö. Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu.

Pk-yritysten johtamis- ja kehittämistyökalupakki 2014. Oulu: Euroopan sosiaalirahasto, Oulun lääninhallitus ja Oulun seudun ammattikorkeakoulun liiketalouden yksikkö. Saatavilla: <http://www.oamk.fi/hankkeet/pkk/pakki/nykytila2.htm> [viitattu 20.10.2014].

Sallila, P. & Tuomisto J. 1997. Työn muutos ja oppiminen. Aikuiskasvatuksen vuosikirjat. Tampere: Aikuiskasvatuksen tutkimusseura.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto 28.6.2013 ”Vanhuspalvelulaki” Muistio lain toimeenpanon ja tulkinnan tueksi.

3. ARJEN AKTIVITEETEILLA ELÄMISEN LAATUA

LÄSNÄOLOSTA ELÄMISEN LAATUA ARKEEN

Hakamäki Eija

TIIVISTELMÄ

Tämä kehittämistehtävä on yksi osa gerontologisia erikoistumisopintoja. Kehittämistehtävän tarkoituksena on, että viriketoiminta nähdään ympärivuorokautisen hoivan työyhteisössä yhtä tärkeänä, kun esimerkiksi päivittäinen ravitseminen, hoito ja hoiva. Tavoitteena on, että ikääntynyt kokee saavansa viriketoiminnan kautta itselleen uusia kokemuksia ja elämyksiä ja että hän voi eheyttää elettyä elämänsä esimerkiksi muisteluiden kautta. Hänen masentuneisuutensa tai levottomuutensa lieventyisivät säännöllisen virikkeellisen toiminnan kautta. Virikkeellisyyden lisäämisellä sekä kohdentamalla sitä erityisesti ikääntyneiden kognitiivisiin toimiin, saavutettaisiin käytöshäiriöiden lieventämistä, uusien elämysten ja kokemusten tunnetta sekä jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitämistä. Tällä tavalla saavutettaisiin hoitokodin asukkaiden elämänlaadun kohenemistä.

Viriketoiminnan kehittäminen aloitettiin suunnittelemalla sen sisältöä. Viikko-ohjelmaan tuli kirjata osallistuvat asukkaat, toiminnan sisältö, sekä toiminnan vaikuttavuus sanallisin ilmaisin. Erityisesti vaikuttavuus tuli kirjata, sillä sen mukaan pyrimme muuttamaan virikeryhmien kokoa, osallistujia sekä sisältöä vastaamaan paremmin ikääntyneiden asukkaiden henkilökohtaisempaa mielihyvää tai elämyksiä tuovaa tunnetta sekä kognitiivisia toimintoja. Pyrimme järjestämään jokaisen asukkaan johonkin virikeryhmään muistisairauden (=dementia) tai kognition tasosta riippumatta. Kokeilemalla erilaisia virikevaihtoehtoja sekä erikokoisia ryhmiä totesimme, että pienemmissä ryhmissä, samankaltaisen elämänhistorian sekä kognitiivisen toimintakyvyn omaavat iäkkäiden hyötyivät virikkeistä paremmin.

Yhteenvedona todetaan, että ikääntyneen palveluasumisen asukkaan kognitiivisia toimintoja voidaan vahvistaa tai ylläpitää, kun hoitajat tuntevat ja käyttävät asukkaan elämänhistoriaa viriketoiminnan suunnittelun tukena. Virikkeiden suunnittelussa ja toteuttamisessa positiivisen sävyn saivat aikaan hoitajien aito läsnäolo, heittäytyminen tai jopa hulluttelemisen.

Häyhä (2013) toteaa gradussaan: hoitajien mielestä huumorilla on suuri merkitys muistisairaiden iäkkäiden hoidossa. Huumori toimii voimavarana, jonka avulla on selviydytty hankalista tilanteista ja hoitajat ovat jaksaneet työssään paremmin. Huumori onkin kuulunut olennaisena osana vuorovaikutukseen. Huumorin avulla hoitajat ovat suoriutuneet hoitotoimenpiteistä paremmin sekä päässeet vaikeista tai noloista tilanteista eteenpäin, niin ettei kenellekään jäänyt nolouden tunnetta. Hoitajien mielestä heidän käyttämänsä huumori on vaikuttanut muistisairaisiin ihmisiin elämänlaatua ja vuorovaikutusta parantavasti. Huumori on sopinut hoitajien mukaan muistisairaiden ihmisten hoitoon erittäin hyvin, kunhan sillä ei loukattu eikä naurettu muistisairaiden ihmisten kustannuksella. (Häyhä 2013.)

Johdanto

Väestön ikääntyessä muistisairauksien esiintyvyys kasvaa vanhemmissa ikäluokissa. Iäkkäistä henkilöistä 20–55 % kokee eriasteisia muistioireita. Osalla heistä on muistisairaus, mutta osalla häiriö on etenevä ja johtaa dementia-asteisten oireiden puhkeamiseen. (Viramo & Sulkava 2010, 28–29.) Dementiaan johtavia, kognitiivista heikentymistä aiheuttavia rappeuttavia aivosairauksia nimitetään muistisairauksiksi (Hallikainen & Nukari ym. 2014, 46; Kan & Pohjola 2012, 195). Muistot kertyvät mustiin kerroksittain. Pohjimmaisina ovat lapsuuden kokemukset, lapsena opitut asiat sekä ihmiset; päällimmäisenä viimeisimmät. Muisti alkaa heiketä viimeisimmistä eli päällimmäisistä ja uusista, ja etenee kohti vanhempia muistin kerrostumia. Asioiden ja kokemusten hävitessä ihmisen muistista, on kuin niitä ei olisi ollutkaan. Hiipumassa olevat muistot eivät välttämättä häviä kerralla. Ne voivat palata hetkittäin, odottamatta ja yllättävissä tilanteissa ja sammua sitten kokonaan. (Hallikainen ym. 2014, 18.) Muisti ja muistaminen ovat osa jokaisen ikääntyvän jokapäiväistä elämää ja hyvinvointia. Tämän vuoksi muistin ja muistamisen harjoittaminen ovat erittäin tärkeitä asukkaan toimintakyvyn kannalta. Psykkisen toimintakyvyn säilyminen on asukkaiden hyvinvoinnin kannalta keskeistä, ja sitä tukemalla voidaan vähentää avun ja hoidon tarvetta. (Lähdesmäki & Koistinen 2009.)

Työskentelen lähiesimiehenä tehostetun palveluasumisen hoitokodissa, jossa asukkaina on erilaista apua tarvitsevia ikääntyneitä asukkaita, joilla suurimmalla osalla on diagnosoitu etenevä muistisairaus. Täydennyskoulutuksen kehittämistehtäväksi halusin valita viriketoiminnan kehittämisen, koska näen sen erittäin tärkeänä iäkkäiden asukkaiden elämänlaadun kohentami-

seen vaikuttavana tekijänä. Lisäksi haluan tukea henkilökuntaa kokemaan, miten tärkeää virikkeellinen toiminta on iäkkäiden, etenkin muistisairaiden, toimintakyvyn ylläpitämisessä. Minusta on tärkeää, että hoitaja pystyisi heittäytymään, löytäisi sisäisen persoonansa, ehkä uudenlaisen tavan tehdä työtä muistisairaiden kanssa, jotta hän voisi tukea muistisairaiden elämänlaatua hoitokodissa. Ymmärtämällä muistisairaana elettyä elämää, hoitaja saa itselleen uusia kokemuksia ja rikastuttaa omaa henkilökohtaista ammattitaitoaan sekä voi työssään paremmin.

Virikkeen on todettu tuottavan muistisairaalle mielihyvää ja elämyksiä. Sillä voidaan lievittää dementiaan liittyvien henkisten toimintojen heikkenemistä, kuten afasiaa, apraksiaa, agnosiaa, kognitiivisia häiriöitä. (Sulkava 2001, 72.) Virikkeen toivotaan parantavan iäkkään elämänlaatua sekä tuovan tunnekokemuksia. Virikkeiden toivotaan ylläpitävän toimintakykyä ja taitoja sekä vahvistavan sosiaalisia suhteita. (Mönkäre & Semi 2014, 123.) Hoitokodin viriketoiminnan kehittämisen lähtökohdana oli suunnitella viriketoiminnan sisältöä siten, että iäkkään asukkaana kognitiivista toimintakykyä voitaisiin kehittää tai ylläpitää. Jotta viriketoiminnasta olisi hyötyä ikääntyneelle, tulisi siitä tehdä säännöllistä sekä ikääntyneen tarpeita vastaavaa, monipuolista, hyvin suunniteltua niin sisällöltään kuin ajankohdaltaan. Tällä hetkellä viriketoimintaa järjestetään, mutta sen säännöllisyys ja suunnitelmallisuus vaativat vielä kehittämistä.

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena on, että viriketoiminta nähdään työyhteisössä yhtä tärkeänä kuin esimerkiksi päivittäinen ravitsemus, hoito ja hoiva. Tavoitteena on, että ikääntynyt kokee saavansa viriketoiminnan kautta itselleen uusia kokemuksia ja elämyksiä. Hän voi eheyttää elettyä elämäänsä esimerkiksi muisteluiden kautta ja hänen masentuneisuutensa tai levottomuutensa lievittyisivät säännöllisen virikkeellisen toiminnan kautta. Virikkeellisyyden lisäämisellä sekä kohdentamalla sitä erityisesti ikääntyneiden kognitiivisiin toimintoihin käytöshäiriöt lieventyvät, ikääntyneet asukkaat saavat uusien elämyksiä ja kokemuksia sekä ylläpidetään jäljellä olevaa toimintakykyä. Kehittämistehtävän tarkoituksena oli myös sitouttaa henkilökunta järjestämään säännöllistä sekä tarkoituksenmukaista viriketoimintaa joko yksilö- tai ryhmätoimintana, jotta saavutettaisiin asetettuja tavoitteita esimerkiksi kognitiivisten toimintojen ylläpitämiseksi.

Lähtökohdat

Yleisimmät dementiaan johtavat sairaudet ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappale -tauti, vaskulaarinen dementia sekä frontotemporaali-dementiat (Alhainen 2001, 28; Kan & Pohjola 2012, 197–199). Lewyn kappale -tautia sairastaa 10–15 prosenttia kaikista muistisairaista ja otsa-ohimorappeumaa 5–10 prosenttia (Remes ym. 2014, 280–287; Viramo ym. 2010, 31.) Nämä edellä mainitut ovat suurimmat muistisairautta aiheuttavat sairaudet. Alzheimerin

tauti on tavallisin: jopa 65–70 % sitä sairastavista sairastaa keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta. (Kan ym. 2012, 197; Viramo ym. 2010, 31.) Mikä hyvänsä aivoja vaurioitava sairaus voi aiheuttaa muistisairauden. Yksi muistisairauden aiheuttaja on alkoholi, jonka ongelmakäyttö voi aiheuttaa muun muassa Wernicke-Korsakovin oireyhtymän, joka on merkittävä työikäisten alkoholistien pysyvään ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan tai jopa kuolemaan johtava sairaus. (Remes ym. 2014, 293.)

Tärkein ennusteeseen vaikuttava seikka on dementoiva sairaus sinällään. Alzheimerin taudissa keskimääräinen elinikä ensimmäisten selvien oireiden jälkeen on 10–12 vuotta. Varhaisten liikkumisvaikeuksien ja esimerkiksi ärtävyyden on todettu liittyvän huonompaan ennusteeseen. Vaskulaarisessa dementiassa ennusteen vaihtelua on huomattavasti enemmän. Keskimääräinen elinajan odote diagnoosista kuolemaan on 5–8 vuotta. Tähän vaikuttavat aivomuutosten synnyn perusmekanismi sekä muu kardiovaskulaarinen sairaus. Lewyn kappale -taudissa ennuste vaihtelee 2–4 vuodesta 20 vuoteen. Otsahimolohkorappeumien ennuste on keskimäärin 10 vuotta. Kaikista muistisairaista 40–50 % hoidetaan laitoksissa. Ikä ja sairauden vaikeusaste vaikuttavat laitoshoidon todennäköisyyteen. (Viramo ym. 2010, 33–35.)

Tiedonkäsittelytoiminnot eli kognitiiviset toiminnot ja niiden aktiivinen käyttäminen auttavat ylläpitämään kykyjä, joihin muistisairaus vaikuttaa. Muistisairauksien hoidossa kognitiivisesta harjoittelusta voi olla hyötyä. Kognitiiviset toiminnot ovat näönvaraiseen hahmottamiseen, kielellisiin kykyihin, tahdonalaisiin liikkeisiin, oppimiseen, muistamiseen, tarkkaavaisuuden säätelyyn sekä monimutkaisempaan päättelyyn liittyviä ajattelutoimintoja. Toimintojen ylläpitämisen lähtökohtana on aivojen muovautumiskyvyn säilyttäminen ja hermoyhteyksien aktivoiminen. (Paajanen & Hänninen 2014, 97–98.)

Dementiaoireiston edettyä vaikeaan vaiheeseen, muistisairaahan ihmisen hoito muuttuu omasta kodista ympärivuorokautiseen hoitolaitokseen, pitkäaikaishoitoon. Hoitohenkilökunta on useimmiten alalle koulututtautunutta ja ammattitaitoista. Muistioireista kärsivän ihmisen hyvä hoitaminen on erittäin vaativaa ja edellyttää tekijältään korkeaa tiedon ja osaamisen tasoa. Ammattitutkinto itsessään ei riitä, vaan sen lisäksi on opittava elämään sairastuneen rinnalla ja ymmärtämään, kohtaamaan ja tukemaan heitä vaikeassa sairaudessaan. Hoitajalla tulee olla uskallusta uusiin oivalluksiin, luovaa ongelmiennratkaisukykyä ja taitoa eläytyä dementoituvan ihmisen maailmaan. On tärkeää oppia tulkitsemaan hoidettavan sanatonta viestintää sekä saamaan oma viestinsä perille. Hyvä huumorintaju, erilaisuuden sekä epäjärjestyksen sietokyky sekä turha ”nipottaminen” eivät sovi hyvälle hoitajalle. (Telaranta 2014, 162–163.) Hoitohenkilöstöstä tulee asukkaille ajan myötä läheisiä, mikä vahvistaa sosiaalisen turvallisuuden kokemista, arvostusta, arkielämän turvaa sekä luottamusta huolenpitoon ja hoivaan (Räsänen 2011, 119).

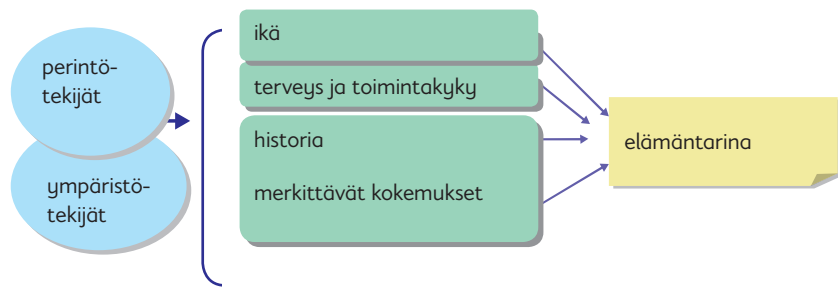
Ikääntyneiden ja muistisairaiden asukkaiden viriketoiminta tulisi nähdä voimaannuttavana osana ikääntyneen arjessa. Sillä voidaan ennaltaehkäistä käytöshäiriöitä (masennus, levottomuus, apatia, apraksia). Virikkeellinen toiminta voi olla myös toiminnallista, ei vain muistelua ja laulua, vaan myös kädentaitoja ylläpitävä. (Hänninen 2013, 214.) Päivittäinen toiminta on osa lääkkeetöntä hoitoa: lehtien selailu, musiikin kuunteleminen, keskustelu ja muisteleminen, käden taitoja vaativien pienten tehtävien suorittaminen. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 184.)

Tutkimusnäytön ollessa puutteellista ja osin ristiriitaista, voidaan olemassa olevien tutkimustietojen pohjalta suositella ikääntyville liikunnallisten ja kognitiivisen aktiivisuuden ylläpitämistä tai lisäämistä. Nykytiedon perusteella voidaan kognitiivisella toiminnalla hidastaa heikentymistä, mutta ei estää muistisairautta tai sen etenemistä. Fyysinen, kognitiivinen ja sosiaalinen aktiivisuus tulee huomioida järjestetyissä toiminnoissa. Aktivoinnin tapoihin tulee vaikuttaa henkilön omat kiinnostuksen kohteet, mikä motivoi ylläpitämään harjoitteita pitkäkestoisesti. (Hänninen 2013, 214; Siltala 2013, 81.) Muistisairaana saadessa riittävästi vuorovaikutuksellisista ja eläytyvää ymmärtämistä, tukea ja kannattelua juuri sellaisena kuin hän on, hän voi löytää itsestään voimavaroja, jotka auttavat häntä vapautumaan kahlehtivista sisäistyksistä ja malleista ja löytämään kyllin aidon, omanlaisen vanhuuden. (Siltala 2013, 47.) Psykkisen toimintakyvyn tukemisessa on keskeistä, että hoitaja osaa huomioida asukkaan kognitiiviset eli tiedon käsittelyyn tarvittavat toiminnot. Kognitiivisia toimintoja ovat havaitseminen, oppiminen ja muistaminen, kielelliset toiminnot, ajattelu, ongelmanratkaisu sekä päätöksenteko. Tärkeä osa kognitiivista toimintakykyä on se, kuinka asukas itse käsittää omat havainto-, muisti-, oppimis- ja ajattelutoimintansa. Hoitajan on tärkeää käsitellä näitä asioita yhdessä asukkaan kanssa. Lisäksi luovuus ja viisaus liittyvät kognitiivisiin toimintoihin, joten niiden huomioiminen psykkisen toimintakyvyn tukemisessa on tärkeää. (Lähdesmäki ym. 2009.)

Kohdennetuista aivoja aktivoivista harjoituksista on todettu olevan hyötyä tiedonkäsittelytoimintojen säilymisessä. Muistisairauksissa kognitiiviset toiminnot heikkenevät. Etenevät muistisairaudet heikentävät tiedonkäsittelytoimintoja ja johtavat dementiaan. Aktivoimalla aivoja voidaan hidastaa ja mahdollisesti ehkäistä ajattelutoimintojen heikentymistä. (Hänninen 2013, 98.) Aivojen käyttämättömyys heikentää niiden tehokkuutta. Kognitiivisesti virikkeisillä harrastuksilla on havaittu olevan vaikutusta ajattelutoiminnan säilymiseen ja muistisairauksien vaikutusten lieventämiseen. (Hänninen 2013, 99–100.)

Kehittämistehtävään osallistuneet ikääntyneet ja hoitohenkilökunta sekä kehittämisen menetelmät

Viriketoiminnan kehittämistehtävään osallistuivat yksitoista ympärivuorokautisen palveluasumisen asukasta ja heitä hoitava henkilökunta. Tutkimus toteutettiin toukokuusta 2014 syyskuulle 2014. Kehittäminen jatkuu edelleen. Tutkimukseen osallistuneet asukkaat sairastavat erilaista ja / tai eriasteista muistisairautta yhtä lukuun ottamatta. Asukkaiden keski-ikä on noin 85 vuotta. Asukkaiden asumisaika vaihtelee seitsemästä vuodesta neljään kuukauteen kehittämistehtävän alkaessa. Yksi asukas muutti palvelukotiin kuukausi kehittämistehtävän alun jälkeen. Suurin osa asukkaista sairastaa Alzheimerin tautia. Osalla asukkaista muistisairaus on diagnosoimatta, mutta he kärsivät selkeästi muistisairaudesta eli dementiaoireista. Dementian vaikeusasteet vaihtelevat keskivaikeasta dementiaa vaikeaan. Kehittämistehtävään osallistuvat hoitajat ovat työskennelleet hoitokodissa kahdesta kuukaudesta yli viiteen vuoteen. Lyhimmät työsuhteen johtuvat vakituisen henkilöstön kesälomasijaisuuksista, sillä kehittämistehtävä oli ajoitettu kesälomien ajalle.



KUVA 1 Elämäntarinan kokonaisuus (Lähdesmäki ym. 2009)

Kehittämistehtävän aloittaminen edellytti asukkaiden elämäntarinan tunteista. Jokaiselle asukkaalle on kirjoitettu asukkaan elämäntarina, joko asukkaan itse kertomana ja omaisen täydentämänä tai omaisen täydentämänä. Ikääntyneen elämäntarinassa, joka on aina yksilöllinen ja autenttinen, kartoitetaan lapsuuteen, nuoruuteen, aikuisuuteen, työelämään, eläkeikään ja vanhuuteen liittyviä asioita ja kokemuksia Ihmisen kehitys jatkuu elämän ajan. Jokaisen elämä on kokonaisuus (kuva 1. elämäntarinan kokonaisuus), jossa eri ikävaiheissa on erilaisia rooleja ja veloituksia. Ihminen toteuttaa elämässään omaa persoonallisuuttaan ja on aktiivinen ja toimiva tekijä: hän vaikuttaa itse oman elämänsä suuntaan. Toisaalta ihmisen kehittyminen on aina sidoksissa ja yhteydessä historiallisiin ja kulttuurisiin muutoksiin. (Lähdesmäki ym. 2009.)

Aloitimme viriketoiminnan kehittämisen suunnittelemalla viikoittaisen toimintatuokion kaikille asukkaille sairauden ja elämäntarinasta riippumatta. Maanantaisin asukkaat ohjattiin toiminnalliseen tuokioon. Toiminnallinen tuokio käsittää jumppaa, joko tuoli-, istuma- tai sormijumppaa. Toiminnallisten tuokioiden pitämistä on jatkettu säännöllisesti, jotta kaikilla asukkailla on mahdollisuus vähintään kerran viikossa ohjattuun toiminnalliseen ryhmätuokioon. Lisäsimme toisen toiminnallisen tuokion lauantaiamupäivään, johon voivat osallistua kaikki halukkaat. Vaikuttavuutta arvioitaessa toiminnallinen tuokio ei ole kiinnostanut kovin monia asukkaita toiminnan vaihtelusta huolimatta. Useat nukkuvat tai vain olivat, erityisesti vaikeaa dementiaa sairastavat. Joku vaeltelee, toinen asukas taas ei koe kyseistä tuokiota tarpeelliseksi (keskivaikea dementia). Jonkun mielestä jumppaa ei jaksa ennen ruokailua, ja ruokailun jälkeenkään ei jaksa. Asukkaita on yritetty aktivoida osallistumaan kannustamalla sekä toisen hoitajan läsnäololla, mutta tämäkään ei aina auttanut muistisairasta osallistumaan. Annoimme jokaiselle luvan kieltäytyä pienten houkuttelujen jälkeen, mikäli asukas oli edelleen sitä mieltä, ettei hän halua osallistua. Välillä kävi niin, että asukkaan kieltäytyessä jumpasta, hän kuitenkin teki ohjatut jumppaliikkeet ryhmän mukana, mutta taustalla.

Kokeilimme myös ryhmitellä asukkaita kognitiivisten toimintojen ja/tai elämäntarinoiden mukaisesti ryhmiin, jotta järjestettävä virike palvelisi kutakin asukasta yksilöllisesti mahdollisimman hyvin. Kevään ja kesän aikana virikkeitä järjestettiin siis päivittäin. Alkuun kokeilimme enemmän toiminnallisia virikkeitä, kuten askartelua, pelejä, työtehtäviä, kotitöitä yms. Lisäksi järjestimme lehtien luku- ja keskustelutuokioita pienemmille ryhmille. Vietimme paljon aikaa myös ulkona, johon hieno kesäsää vaikutti merkittävästi.

Tulokset

Arvoimme jokaisen virikkeellisen tuokion jälkeen sen vaikuttavuutta kirjaimella havaintoja kunkin osallistujan kohdalla. Esimerkiksi virikkeen nähtiin tuottavan hyvää mieltä, arviointiin käytettiin ilmaisuja: ”nauru raikui, iloinen mieli, aiheutti paljon keskustelua, mieli pysyy virkeänä, mukavaa rentouttavaa yhdessäoloa, kivaa yhdessä oloa, aktiivista osallistumista, naurua”. Vaikuttavuuden arvioiden perusteella lisäsimme virikkeisiin yhteisiä hetkiä, läsnäoloa, kuten lehdenlukua, musiikin kuuntelua ja keskustelua, ulkoilua ryhmissä sekä laulamista. Vaikuttavuutta arvioitaessa huomattiin, että asukkaat pitivät yhdessäoloon liittyvistä virikkeellisistä tuokioista enemmän kuin esimerkiksi toiminnallisista tuokioista. Näiden vaikuttavuutta oli arvioitu sanallisesti: ”kaikki tykkäsivät, piristävä vaikutus, rouva X kertoi innoissaan eri esineistä, iloinen ja onnistunut kokemus”. Hyvän mielen ja uusien elämysten tuottamiseen ei vaikuttanut ympäristö eli tapahtuiko yhdessäolo ulkona vai sisätiloissa. Vaikutusta oli sillä, että oli hoitajien ja asukkaiden yhteinen hetki, jossa tuttu hoitaja toimi virikkeiden järjestäjänä ja houkutteli asukkaita mukaan tietäen ja tuntien asukkaiden taustan.

Asukkaat pitivät muun muassa musiikista, jossa saivat laulaa itse mukana; ”kaikki asukkaat osallistuivat virsien veisuu -hetkeen”. Esimerkiksi haitarimusiikin vaikutus osalle iäkkäistä oli tunteita pintaan nostattava kokemus. Hoitajan lukiessa lehtiä ja tehdessä kysymyksiä viitaten elettyyn elämään, havaintojen mukaan lisäsi asukkaiden tyytyväisyyttä ja mielenkiintoa järjestettyä lehdenlukutilaisuutta kohtaan. Keskustelutuokioissa osa asukkaista pystyi vuorovaikutteiseen keskusteluun; ”keskustelua K-kaupan tarjouksista”, asukkaista riitti, kun sai vastata yksinkertaisiin kysymyksiin. Huomasimme, että ikääntyneelle riittää hoitajan aito läsnäolo ja läheisyys, kuten Telarantakin (2014, 161) kirjassaan toteaa. Hoitajille voi olla joskus vaikeaa olla tekemättä ”mitään oikeaa työtä”, koska hoitotyö on edelleen turhan usein tehtäväkesteistä suorittamista ja istuskelua voidaan pitää laiskotteluna. Asenteet ovat muuttumassa, ja läheisyyden arvo sekä koskettamisen tärkeys oivalletaan hoitotyössä entistä paremmin (Telaranta 2014, 162.) Muisteluilla on merkitystä hoitotyöntekijöihin; mitä paremmin tutustuu ikääntyneeseen, sitä paremmat mahdollisuudet on ymmärtää häntä ja toimia hänen hyväkseen, mitä enemmän tietää hoidettavan lapsuudesta, nuoruudesta ja keski-ikästä. (Kivelä 2005, 105.)

Pohdinta

Viriketoiminnan kehittäminen nähtiin työyksikössämme tarpeelliseksi. Tämän kehittämistehtävän tavoitteena oli, että ikääntynyt muistisairas asukas kokee saavansa viriketoiminnan kautta itselleen uusia kokemuksia ja elämyksiä, voisi eheyttää elettyä elämäänsä esimerkiksi muisteluiden kautta ja hänen masentuneisuutensa tai levottomuutensa lievittyisivät sekä kognitiivinen toimintakyky säilyisi tai vahvistuisi. Kehittämistehtävä voisi sitouttaa henkilökuntaa järjestämään säännöllistä sekä tarkoituksenmukaista viriketoimintaa joko yksilö- tai ryhmätoimintana, jotta asetetut tavoitteet saavutettaisiin. Oltiin hyvä, jos tämän kehittämistehtävän jälkeen viriketoiminta nähtäisiin ympärivuorokautisen palveluasumisen hoitokodissa yhtä tärkeänä, kun esimerkiksi päivittäinen ravitseminen, hoito ja hoiva.

Viriketoiminnan suunnitelmallisuus oli alkuun erityisen tarkkaa, mutta ajan edetessä suunnitelmallisuus jäi. Yhtenä syynä tähän vaikutti todennäköisesti vakituisen henkilöstön kesälomat sekä osan asukkaiden hoitoisuuden lisääntyminen. Toiminnallisiin tuokioihin pyrittiin saamaan kaikki asukkaat mukaan. Jumppaan osallistuminen ei ollut kaikille asukkaille mieleistä; ”osa piti jumpasta osa ei, vaihtelevasti osallistuivat”. Käsien taitoja vaativiin tehtäviin, kuten askarteluun tai leipomiseen, asukkaiden mukaan houkuttelemisen oli myös haasteellista. Osa asukkaista koki, ettei ollut enää kykenevä tekemään. Osa asukkaista kieltäytyi enempää kuuntelematta, mitä heille oli tarjolla. Eriyisesti muistisairauksista kärsivien asukkaiden osallistuminen oli haasteellista. Osan kanssa käytiin keskustelua ja kannustettiin osallistumaan. Osan kädentaitoja vaativien tehtävien tekeminen toi lisäksi dialogista keskustelua, muiste-

luja heidän nuoruuteen liittyen. Viriketoiminnan yksilöllisen mielenkiinnon kohteiden löytäminen vaatii hoitohenkilökunnalta ennen kaikkea luovuutta. Heidän on etsittävä uusia ratkaisuja menetettyjen taitojen tilalle ja tunnistettava henkilön jäljellä olevat kyvyt ja voimavarat. Heidän tulisi myös löytää hoidettavilleen uusia itsearvostuksen lähteitä ja asioita, joista asiakas hyötyy. Kokeilimme järjestää esimerkiksi toimintakyvyltään samantasoiset asukkaat pienryhmiin. Tästä saimme hyviä kokemuksia. Heimonen (2001, 96–97) on kirjassaan todennut, että on tärkeää suunnata samantyyppiset asiakkaat sairauden eri vaiheessa omiin ryhmiinsä. Pienryhmien toimintaan soveltuvat hyvin kotityöt, leipominen, bingon pelaaminen sekä dialoginen lehtien lukeminen ja toiminnallinen jumppatuokio erilaisia tarvikkeita, kuten hernepusseja tai huiveja, apuna käyttäen.

lökkään ihmisen päivä tuntuu pitkältä, ja odottaminen on yksi olennainen piirre päivässä. Haasteena on hoitajan pyrkimys olla aidosti läsnä, koska hänen vastuullaan on samanaikaisesti myös monia muita ihmisiä ja työtehtäviä, joiden vuoksi täytyisi kiirehtiä. Hoitajan tulee osata asioita, milloin ihminen tarvitsee aitoa läsnäoloa ja aikaa. Tällöin pitää pysähtyä ja antaa sitä. (Tiikkainen & Heikkinen 2013, 462.) Olemme suunnitelleet työvuorojen puitteissa viriketoiminnan kehittämistä sekä toteuttaneet sitä monin eri keinoin sekä kokemusten kautta. Olen huomionut, että hoitajan ammattitaito voi kehittyä sekä ymmärrys muistisairaiden hoivaan lisääntyä tämänkaltaisten kehittämistehtävien myötä. Uskonpa, että moni on saanut omaan henkilökohtaiseen hoitajuuteen tärkeitä elämyksiä ja kokemuksia sekä kasvanut niin ihmisenä kuin hoitajankin.

Jatkotutkimustehtävänä voisi olla viriketoiminnan säännönmukainen järjestäminen sekä järjestämisvastuun kirjaaminen viikoittaisiin työvuoroihin. Jokainen työntekijä saisi aikaa suunnitella viikkoviriketuokionsa, sen sisällön sekä osallistujat. Jatkossa viriketoiminnan järjestämistä palvelisi esimerkiksi valmiiksi toteutettu kirkollisten juhlapyhien tai suomalaisten perinteiden vietosta kertovat kansiot kuvineen ja teksteineen sekä pienine vihjeineen, miten aiheista voisi järjestää viriketuokion ikääntyneille muistisairaille.

LÄHTEET

- Alhainen, K. 2001. Dementoivien sairauksien tunnistaminen ja diagnostiikka. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P.(toim.). Dementoituvan hoitopolku. 28–37. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2003. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja demensia. Helsinki: WSOY.
- Hänninen, T. 2013. Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa: Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Häyhä, L. 2013. Hoitajien näkemyksiä huumorista muistisairaiden ihmisten hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/thesis/nbnfoulu-201311201888.pdf> [viitattu 23.10.2014].
- Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro.
- Kivelä, S-L. 2005. Vuoroin minussa vanhuus, nuoruus. Helsinki: Tammi.
- Lähdesmäki, L. & Koistinen, P. 2009. Vanhusten toimintakyvyn tukeminen taidolla ja laadulla. Saatavissa: http://www.sufuca.fi/fi/life_story_fi.html [viitattu 25.10.2014].
- Mönkäre, R. & Semi, T. 2014. Luova toiminta ja sen merkitys muistisairaana toimintakyvylle. Teoksessa: Hallikainen, M., Mönkäre, R. Nukari, T. & Nukari, M. (toim.). Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Sarja: Acta Universitatis Lapponiensis 210. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Siltala, P. 2013. Vanhuus. Elämä haluaa tulla eleyksi. Helsinki: Kirjapaja.
- Sulkava, R. 2001. Neurologiset sairaudet. Teoksessa: Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A., Tilvis, R. & Sulkava, R. (toim.). Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Telaranta, P. 2014. Muistisairauden kanssa – Alzheimer arjessa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Auditorium.
- Tinell, M. 2001. Päivätoiminta – mielekästä sisältöä arkipäivään dementoituvan hoidon polulla. Teoksessa: Heimonen, S. & Voutilainen, P.(toim.). Dementoituvan hoitopolku. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologiaa. Teoksessa: Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

IKÄIHMISTEN YHTEISÖLLISYYDEN EDISTÄMINEN KORTTELIKERHON PILOTOINTINA

Väisänen Marjatta

TIIVISTELMÄ

Tämän kehittämistehtävän tavoitteena oli tehdä suunnitelma korttelikerholle yhteistyössä IkäArvokas-hankkeen parissa työskentelevien toimijoiden kanssa ja aloittaa viriketoimintaa pilottina Pieksämäellä. Korttelikerhon tarkoituksena on tukea ikäihmistä ikääntymiseen liittyvissä muutoksissa edistäen oman elämän hallintaa ja vuorovaikutusta lähiyhteisön kanssa. Kerhotoiminnan avulla tavoitteena on lievittää yksinäisyyttä ja turvattomuutta, estää syrjäytymistä sekä lisätä yhteisöllisyyttä ja sosiaalisia kontakteja vahvistamalla ikääntyneen osallisuutta ikäihmiselle tutussa toimintaympäristössä lähellä omaa kotia. Tärkeänä periaatteena toiminnan suunnittelussa on ollut alusta asti ikäihmisen osallisuutta vahvistavan vertaistoiminnan kehittäminen toimintaan osallistujien tarpeet huomioiden asiakaslähtöisesti matalankynnyksen toimintana. Toimintaan osallistujille on annettu mahdollisuus olla mukana toiminnan suunnittelussa alusta asti.

Aihe nousi käytännön tarpeesta lisätä viriketoimintaa ja mahdollisuutta sosiaaliseseen vuorovaikutukseen ikäihmisen omassa tutussa arjen toimintojen lähiympäristössä. Yksinäisyys on yleistä tänä päivänä ikäihmisten keskuudessa, ja julkisen palvelujärjestelmän mahdollisuudet antaa yksinäisyyttä lievittäviä palveluja kaikille niitä tarvitseville ovat rajalliset. Erilaisia ratkaisuja ja uusia toimintamalleja ikäihmisten auttamiseksi tarvitaan koko ajan lisää.

Tämä pilottihanke on osa laajempaa IkäArvokas-projektia, jonka tarkoituksena on edistää sellaisten uusien innovaatioiden syntyä, joiden avulla olisi mahdollista parantaa kaikkein heikoimminkin olosuhteissa olevien ikääntyneiden elämänlaatua sosiaalista vuorovaikutusta lisäämällä. Korttelikerhon pilotointi päättyy vuoden 2014 lopussa, mutta IkäArvokas-projekti jatkuu vuoden 2016 loppuun asti. Uusia ratkaisumalleja kehittämällä ja niitä kriittisesti tarkastelemalla ja arvioimalla tarjoutuu oivallinen mahdollisuus palvelun parantamiseen, uuden oppimiseen ja omien toimintatapojen edelleen kehittämiseen kaikille ikäihmisten parissa työskenteleville toimijoille.

Johdanto

Nykypäivän isona haasteena on palvelujärjestelmien asiakaslähtöisyyden ja iäkkäiden henkilöiden osallisuuden lisääminen (Kan & Pohjola 2012, 3). Ikäystävällinen yhteiskunta ottaakin huomioon elämäntilanteiden moninaisuuden toiminnassaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 22). Usein tavoitteeksi asetetaan, että laadukasta palvelua pyritään räätälöimään siten, että ikäihmisten elämänhistoria ja yksilölliset tarpeet sekä muuttuvat elämäntilanteet ja toiveet huomioidaan palvelutuotannossa. Tämä tavoite ei kuitenkaan aina täysin toteudu käytännön toiminnassa. Kaikki ikäihmiset eivät ole samanlaisia. Tämän päivän ikääntyneistä suuri osa on omassa kodissaan asuvia hyväkuntoisia, aktiivisia kansalaisia, mutta vanhuus voi viedä myös vaikeaan yksinäisyyteen, joka altistaa syrjäytymiseen.

Vanheneminen on prosessi, joka jatkuu läpi koko elämän. Se alkaa hedelmöitymisestä ja päättyy elämänkaaren lopussa. Prosessin aikana tapahtuu biologisia, psyykkisiä sekä sosiaalisia muutoksia ja vanhuus on elämän varrella tapahtuneiden muutosten tulos. (Kan & Pohjola 2012, 12.)

Suomessa valtiovalta laatii virallisia lakisäätteisiä määräyksiä ja terveystaloudellisia ohjelmia turvaamaan väestölle laadukkaita terveyspalveluja koko maan kattavasti, ja myös terveyden edistäminen on kirjattu yhtenä painopistealueena hallitusohjelmiin jo yli kymmenen vuoden ajan. Toukokuussa 2001 valtioneuvosto hyväksyi periaatepäätöksen Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Ohjelma linjaa Suomen terveystaloudellista vuoteen 2015 saakka. Tässä terveystaloudellisessa ohjelmassa painotetaan terveyden edistämisen lisäksi myös kansalaisen oman vastuunoton merkitystä terveyden säilyttämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Viriketoiminta ja sosiaalinen vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa on oivallinen keino pitää huolta omasta hyvinvoinnista myös ihmisen ikääntyessä. Yhdessä tekeminen voi nostaa esille monenlaisia luovuuden ulottuvuuksia, joiden löytyminen itsessä voi lisätä merkittävästi omaa hyvinvointia. Ikäihmisen asuinympäristössä pitäisi kuitenkin olla sopivia kokoontumistiloja ja mielekästä toimintaa yhdessäolon ja luovuuden löytämisen mahdollistamiseksi.

Ikääntyneiden luovuudesta on vielä olemassa melko vähän tutkittua tietoa. Usein luovuudella tarkoitetaan kykyä luoda jotakin uutta esimerkiksi tieteen tai taiteen alalla. Luovuutta on kuitenkin myös kyky löytää tutuista asioista uusia puolia ja havainnoida asioita uudella tavalla. Tällaista arkielämän luovuutta on myös ikäihmisillä. Kyky kokea, ilmaista ja tulkita tunteita säilyy läpi elämän jopa melko muuttumattomana. Myös eläkeiästä on mahdollista tulla yksilön luovin ikäkausi. (Kan & Pohjola 2012, 18.)

Osallisuuden vahvistaminen ja yhteisöllisyys

Nykyaikaisen syrjäytymistä ehkäisevän vanhustyön edellytyksenä on Koskinen (2006) mukaan ikääntyneen näkeminen sosiokulttuurisena kansalaisena. Sosiaalinen osallistuminen ja aktiivisuus ovat merkityksellisiä tekijöitä terveyden, toimintakyvyn ja henkisen hyvinvoinnin edistäjinä ja säilyttäjinä. Osallisuuden edistämisen avulla voidaan jopa estää ikäihmistä syrjäytymästä hänen omaa elämäänsä koskevasta päätöksenteosta. Ikääntyneen väestön osallisuus tarkoittaakin mahdollisuutta olla vaikuttamassa yhteisön jäsenenä ja kansalaisena yhteisön toimintaan ja palvelujen kehittämiseen (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2013, 7) ja osallisuuden kautta voidaan Mäkisalonen-Ropposen (2011) mukaan vahvistaa kokemusta täysivaltaisesta kansalaisuudesta.

Myös Savola ja Koskinen-Ollonqvist (2005) nostavat esille osallisuuden ja yhteisöllisyyden merkitystä terveydelle. He toteavat, että terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Toimivat ihmissuhteet ja yhteisöllisyys lisäävät terveyttä ja hyvinvointia sekä yksilöettä yhteisötasolla ja sosiaalinen verkosto tekee mahdolliseksi osallistumisen erilaisiin toimintoihin ja sosiaalisen sitoutumisen.

Tärkeänä elämänlaadun tekijänä ihmisen ikääntyessä pidetään oman elämänhallinnan tunteen ylläpitoa. Hallinnan ja myös elämän tarkoituksellisuuden tunnetta voidaan ylläpitää ja vahvistaa sosiaalisen tuen avulla. Jokainen ihminen tarvitsee sosiaalista tukea, jolloin tarkoitetaan ihmisen lähipiiriin jakamaa hyväksyntää, rakkautta ja arvostusta. Sosiaalinen tuki voi olla myös emotionaalista ystävyyttä, empatiaa tai toveruutta sekä välineellistä avunantoa ja huolenpitoa. Sosiaalista tukea voidaan kutsua myös sosiaaliseksi pääomaksi, sosiaaliseksi verkostoksi ja yhteisöllisyydeksi. (Kan & Pohjola 2012, 20; Hyyppä 2013, 101 – 105.)

Yhteisöllisyyden eli yhteisöön kuulumisen kokeminen luo turvallisuutta. Ikääntyneellä on sosiaalista pääomaa silloin, kun hänellä on keskinäistä luottamusta toisiin ihmisiin ja kun yksilö on aktiivisesti mukana erilaisissa toiminnoissa. Sosiaalisella pääomalla on arvioitu tutkimusten mukaan olevan yhteys myönteisiin terveysvaikutuksiin, koska iäkkään elämänlaatu määräytyy yleensä omasta tyytyväisyydestä elämään ja omaan toimintakykyyn sekä ympäristön rajoitteista ja tuesta. Hyvä naapurusto ja lähiyhteisö lisäävät turvallisuudentunnetta ja asumisviihtyvyyttä. (Kan & Pohjola 2012, 21-23.)

Merkityksellisiä tekijöitä toimintakyvyn säilymiselle iäkkäänä ovat ystävyys-suhteet erityisesti omaan ikäryhmään ja sukupolveen kuuluvien kanssa, koska silloin voi jakaa yhteisen historian ja kokemukset sekä saada vastavuoroista tukea. Näin ikääntynyt voi toteuttaa ja vahvistaa merkityksellisiä sosiaalisia rooleja, joilla on vaikutusta itsetuntoon, arvostuksen- ja yhteenkuuluvuuden

tunteeseen sekä yhteisöllisyyden syntymiseen. Sosiaaliset suhteet edellyttävät luottamusta. (Kan & Pohjola 2012, 23.)

Sosiaalinen syrjäytyminen

Ikäihmisen tuntema yksinäisyys voi ennakoida toimintakyvyn vajetta, lisääntyntä terveystalvelujen käyttöä sekä kuolemanvaaraa (Tilvis, Routasalo, Savikko, Kautiainen & Pitkälä 2012, 18). Yksinäisyys voi johtaa myös sosiaaliseen syrjäytymiseen ja altistaa mielenterveysongelmille. Sosiaalisella syrjäytymisellä tarkoitetaan Kanin ja Pohjolan (2012) mukaan yhteiskunnallisesta elämästä syrjään jäämistä, jonka seurauksena ikääntynyt voi vieraantua omasta lähiyhteisöstään ja muista ihmisistä.

Yksinäisyys ei ole yksiselitteinen ilmiö nyky-yhteiskunnassa eikä sille ole helppoa antaa määritelmää. Uotila (2011) toteaa tutkimuksessaan, että yksinäisyys on yksityinen ja yksilöllinen kokemus ja että ikäihmiset yhdistävät yksinäisyyden usein erilaisiin menetyksiin sosiaalisissa suhteissa ja toimintakyvyssä sekä muutoksiin itsessään ja omassa luonteessaan.

Syrjäytymiseen johtavat syyt eivät ole aina pelkästään ikäihmisen omia valintoja. Tämän päivän suuria haasteita sosiaalisten suhteiden näkökulmasta ikäihmisille aiheuttavat myös yhteiskunnan nopeat rakenteelliset muutokset kuten yksinasumisen yleistymisen, kaupungistumisen, yksilöllisyyden korostaminen, yhteisöllisyyden väheneminen ja monikulttuurisuus. (Kan & Pohjola 2012, 26- 27.)

Kyky selviytyä arkielämän haasteista ei riipu ainoastaan ikäihmisen omasta toimintakyvystä, vaan myös ympäristön toimintaedellytyksistä. Usein ikäihmistien hyvää arkea vaikeuttavat osallistavan ja mielekkään tekemisen puute, liikkumisen hankaluus, yhteiskunnan kielteiset asenteet, yksinäisyys, turvattomuus, koetun elämänlaadun heikentyminen sekä palvelun ja ennaltaehkäisevän toiminnan riittämättömyys (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 24- 26).

Hyödyllisimmiksi yksinäisyyden lievittäjiksi ovat Pitkälän ja Routasalon (2012) tutkimuksen mukaan osoittautuneet ryhmissä tapahtuvat interventiot, joissa ikäihmiset itse ovat saaneet osallistua toiminnan suunnitteluun. Onnistuneet interventiot ovat antaneet toimintaan osallistuneille aktiivisen toimijuuden tunnetta, autonomiaa ja arvokkuuden kokemuksia, jotka ovat ikääntyneiden toimintakyvyn ja elämänlaadun kannalta keskeisiä tekijöitä oman elämän hallinnassa. Vaikuttavimmat toimenpiteet ovat yleensä tavoitteellisia toimia, ja ne sisältävät sosiaalista aktiivisuutta lisäävää toimintaa sekä sosiaalista tukea kuten taide-elämyksiä, liikuntaa, oman elämän kuvausta ja keskustelujä. Tämänkaltaisen ryhmätoiminnan avulla toimintaan osallistuneiden elämänlaatu, kognitiot ja subjektiivinen terveydentila ovat kohentuneet, ja ryhmätoiminta on vähentänyt osalla ikäihmisiä myös sosiaali- ja

terveyspalvelujen käyttöä. (Dickens, Richards, Greaves & Campbell 2011; Pitkälä & Routasalo 2012.)

Arjen mielekkyyden edistäminen viriketoimintaa lisäämällä

Ikääntymisen aikana tapahtuneet muutokset vaikuttavat ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Muutokset toimintakykyyn ovat yksilöllisiä. Toimintakyvyllä tarkoitetaan tässä yhteydessä ihmisen kykyä selviytyä päivittäisen elämänsä tehtävistä itseään tyydyttävällä tavalla omassa elinympäristössään (Sainio, Koskinen, Sihvonen, Martelin & Aromaa 2013, 56).

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan Kanin ja Pohjolan (2012) mukaan selviytymistä sellaisista tilanteista, jotka vaativat liikuntakykyä, aistien toimintakykyä, motorisia taitoja tasapainoa tai fyysistä voimaa. Psyykkinen toimintakyky on kykyä selviytyä älyllistä tai muuta henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Psyykkiseen toimintakykyyn sisältyy myös tiedonkäsittelyn toiminnot havaitsemisesta muistamiseen, oppimiseen ja ajatteluun sekä kielenkäyttö. Lisäksi psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat itseä tiedonkäsittelijänä koskevat omat käsitykset, mielenterveys ja elämänhallinta. Sosiaaliseen toimintakykyyn liitetään yksilön vuorovaikutussuhteet sekä hänen toimintansa eri yhteisöissä ja yhteiskunnassa. (Kan & Pohjola 2012, 13.)

Tutkimustiedon mukaan psyykkisiin toimintoihin ei ikä näytä vaikuttavan niin paljon kuin aikaisemmin on ajateltu, vaan kykyjen muutoksille on löydettävissä muitakin syitä kuin ikääntyminen (Rissanen 1999, 13). Psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky eivät siis ole vain yksilön henkilökohtaisia ominaisuuksia, vaan ne ovat kiinteästi yhteydessä vuorovaikutussuhteeseen yksilön ja hänen toimintaympäristönsä välillä. Psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä onkin tarkasteltava suhteessa ympäristön yksilölle asettamiin vaatimuksiin, odotuksiin ja ehtoihin.

Erilaisia virikkeitä tuottavat vertaisryhmät edistävät sosiaalista aktiivisuutta. Tarkastelussa täytyy kuitenkin muistaa, että sosiaalisuus on perusolemukseltaan yksilöllinen ominaisuus ja ikääntyneet ovat erilaisia. Toimintakyvyn heiketessä ihmisen auttamisen virallinen ja epävirallinen tukiverkosto käy kuitenkin yhä tärkeämmäksi tueksi arjen hallinnassa. Viriketoiminnan tarkoitus on antaa sisältöä arkeen ja auttaa ikäihmistä hahmottamaan itseään ja ympäristöään entistä paremmin. (Kan & Pohjola 2012, 13,78.)

Arjen mielekkyyden edistämiseen ja virikkeiden antoon voidaan käyttää erilaisia keinoja. Esimerkiksi muistelua voidaan hyödyntää monenlaisten elämysten ja tunteiden tarkasteluun, sillä yleensä jokaisella ihmisellä on muistoa. Muistelu voi olla spontaania tai ohjattua

toimintaa, ja muistella voi joko kahden kesken toisen henkilön kanssa tai isommassa ryhmässä. Ohjattu muisteluhetki perustuu Kanin ja Pohjolan (2012) mukaan turvalliseen vuorovaikutukseen, jossa ikäihminen voi tuntea itsensä arvostetuksi.

Muistojen käsitteleminen on tärkeää ihmisen koko psykososiaaliselle kehitykselle. Muistelussa lähtökohtana on, että jokaisella yksilöllä on oma elämäntarina. Kun kertoo oman tarinansa toisille, kuulijalla on mahdollisuus päästä sisään kertojan kokemusmaailmaan. Muistelu voi olla iäkkäälle tärkeä keino vakuuttua siitä, että oma eletty elämä on ollut arvokas. Tämä kokemus voi antaa mahdollisuuden itsetunnon vahvistamiselle. Muistelun avulla ihminen voi saada voimia vaikeisiin elämäntilanteisiin. (Kan & Pohjola 2012, 78 – 80; Read 2013, 252.)

Muistelun yhteydessä voidaan käyttää myös luovia ja taidelähtöisiä toimintamuotoja, jolloin muistelusta saadaan elämyksellistä ja yhteisöllistä toimintaa. Eri taidemuotoja käyttämällä voidaan saada aikaan ikäihmisille ainutlaatuisia kokemuksia sekä tarjotaan mahdollisuus kokemusten ja tunteiden käsitteelyyn sekä itsensä toteuttamiseen.

Luovaa ilmaisua voidaan toteuttaa vaikkapa hernepussin heittelyn, muistipeilin, luontoilmiöiden seuraamisen tai tietokilpailun avulla. Musiikki on myös yksi merkittävä keino, joka ilmentää ihmisen sisäistä kokemusmaailmaa ja johdattaa mielen muistojen äärelle. Musiikin avulla on mahdollista kasata yhteen mielen asioita ja näin saada mahdolliseksi ilon, surun ja ahdistuksen purkamista. Laulut tuovat yleensä mieleen erilaisia muistikuvia. Musiikkiin voi liittää myös tanssin tai muun liikunnan. Kuvataide on keino kommunikoida silloin, kun tunteelle tai muistikuvalle ei löydy sanallista ilmaisua. Mielikuvissa ilmaistut piilotajuiset ajatukset ja tunteet on ikäihmisen usein helpompi tuoda näkyväksi kuviin tai askartelutuotoksiin kuin ääneen lausutut sanat. (Kan & Pohjola 2012, 81-83.)

Viriketoiminnan suunnittelussa ohjaajalla on käytettävissään rajaton määrä vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia. Keskustelu tai laulaminen yhdessä, pelit ja yhteisleikit, askartelu, kasvien istutus sekä leipominen ovat muistelun ja taiteen lisäksi tärkeitä yhdessä olon keinoja. Luovien hoitomuotojen käyttö liikunnan rinnalla iäkkäiden viriketoiminnassa näyttäisikin olevan koko ajan kasvussa Suomessa. Tietoa on jo olemassa paljon siitä, miten ikäihmiset voivat hyötyä taiteesta ja muustakin kulttuuritoiminnasta monin eri tavoin.

Korttelikerhotoiminnan pilotointi

Ikästä motivoiva tekemisen tai toiminnan kohde edellyttää sellaista ympäristöä tai yhteisöä, jossa toiminta on mahdollista toteuttaa. Toimintakyvyn vajeet saattavat estää ikäihmisen toimintaan osallistumisen. Ongelman voivat

muodostaa myös kuljetusjärjestelyt. Vaikka iäkkäällä henkilöllä olisi halua ja voimavaroja sosiaalisiin kontakteihin, hän ei välttämättä pääse osallistumaan tapahtumiin, jos ei pääse tapahtumapaikalle kulkemaan. (Kan & Pohjola 2012, 21.) Kun toimintaa järjestetään lähipalveluna, osallistuminen on helppompaa.

Korttelikerhon ideointi Pieksämäelle alkoi tammikuussa 2014, kun keskustelimme gerontologian erikoistumisopintoihin liittyvästä kehittämistehtävästä yhdessä mentori Anna-Liisa Miettisen kanssa. Korttelikerhon perustamista ikäihmisille on Pieksämäellä pohdittu jo vuosia, mutta vielä sitä ei kuitenkaan syystä tai toisesta ole paikkakunnalle aikaisemmin perustettu. Tänä keväänä korttelikerholle on selkeästi ollut tarvetta, koska kotona asuville ikäihmisille tarjottavista virikepalveluista on pulaa ja toisaalta viriketoimintaa haluttaisiinkin tarjota enemmän matalan kynnyksen lähipalveluna ikäihmiselle tutussa toimintaympäristössä. Kotona asuvien ikäihmisten yksinäisyys on yleistä myös Pieksämäellä, ja sosiaaliset kontaktit toisten ihmisten kanssa ovat tärkeä tuki ikäihmisen toimintakyvyn säilyttämiselle ja kotona selviytymiselle.

Korttelikerhon perustamisen keskeisenä lähtökohtana on alusta asti ollut kerhon sijainti lähellä kerhoon osallistuvia ikäihmisiä. Toimintapaikaksi ajattelimme aluksi kerrostalon kerhohuonetta sellaisesta talosta, jossa asuisi myös seniorikansalaisia. Näin voisimme tuoda matalan kynnyksen viriketoimintaa ja mahdollisuutta yhdessä oloon toisten ihmisten kanssa ikäihmisten lähelle ja siten tukea yhteisöllisyyttä ikäihmisen omassa toimintaympäristössä. Tämän korttelikerhopilotin paikaksi valittiin Kontiopiisto laitakaupunkialueelta, koska keskikaupungilla on jo olemassa olevaa viriketoimintaa monipuolisesti. Tarkoituksena on ollut alusta asti, että kerhoon olisi mahdollisimman helppo tulla ja että sieltä saisi vertaistukea ja ajankohtaista tietoa, sosiaalisia kontakteja ja liikuntakokemuksia sekä elämyksiä luovuuden käytön avulla. Lisäksi myös omaishoitajilla olisi mahdollisuus tuoda omaisensa kerhoon ja näin heille järjestyisi myös ”omaa aikaa” käydä asioilla. Kerhohuonetta kerrostalosta emme korttelikerholle löytäneet Kontiopiustosta, mutta sopiva, esteettömän liikkumisen mahdollistava tila löytyi Kontiopiustossa sijaitsevan Seutuopiston rakennuksesta. Korttelikerhon pilotointi päättyy vuoden 2014 lopussa.

Keväällä 2014 alkoi Pieksämäellä myös vuoden 2013 yhteisvastuuvainin perustettu IkäArvokas-hanke, joka toteutetaan yhteistyössä Kirkkopalvelujen, Kehittämiskeskus Tyynelän ja hankkeessa mukana olevien seurakuntien (Mikkeli, Varkaus, Pieksämäki, Salo, Turku Katariina ja Pöytyän seurakunnan diakoniatyö) kanssa. Projektin on tarkoitus kestää vuoden 2016 loppuun.

IkäArvokas-hankkeen aloitusseminaari oli 20.5.2014. Aloitusseminaarissa todettiin, että hankkeen päämääränä on ikääntyneiden huono-osaisuudesta johtuvan eristyneisyyden vähentäminen ja osallisuuden edistäminen omaan elämään, yhteisöihin ja palveluihin. Toiminta-ajatuksena IkäArvokas-hankkeessa

on etsiä ja kehittää uusia keinoja kaikkein huonoimmassa asemassa olevien vanhusten löytämiseksi. Käytännön toimenpiteinä olisi tarkoitus kehittää hankkeen avulla toimintaympäristöjä, jolloin olisi mahdollista tarjota eristäytyneille vanhuksille yksilöllisiä ja ryhmämuotoisia voimaannuttavia osallisuuden kokemuksia heille tutuissa arkisissa toimintaympäristöissä sekä etsivän ja yksilötyön kautta rakentaa vertaistukea ja osallisuuden mahdollisuuksia sekä madaltaa kynnystä palvelujen piiriin. Yhteistyötahoja IkäArvokas-hankkeessa ovat alusta asti olleet seurakuntien diakoniatyö, paikkakunnilla olevat keskeisimmät julkisen sektorin toimijat, kyläyhdistykset, eläkeläisjärjestöt, vanhusneuvostot, paikalliset - ja osin valtakunnalliset järjestötoimijat, vanhusten arkisissa toimintaympäristöissä toimivat tahot sekä vapaaehtoisten- ja vertais-toimijoiden verkostot. Konkreettisena toimenpiteenä Pieksämäellä on IkäArvokas-hankkeessa kevään 2014 aikana kehitetty yhteydenottokortti etsivään vanhustyöhön.

Maaliskuussa 2014 pidettiin alustava suunnittelupalaveri IkäArvokas-hankkeen toimijoiden kanssa ja päätettiin tehdä yhteistyötä korttelikerhon perustamisessa. Näin Kontiopuiston korttelikerhosta tuli kerhopilotti IkäArvokas-hankeeseen. Yhteistyöstä sovittiin IkäArvokas-hankkeen projektityöntekijän sekä hankkeen Pieksämäen alueen vastuutoimijoiden kanssa ja toukokuussa 2014 allekirjoitettiin sopimus hankkeessa suoritettavista opinnoista. Samalla aloitettiin tarkennetun pilotointisuunnitelman laatiminen.

Vuokrasopimuksen tekemisestä sovittiin kesäkuussa 2014 Seutuopiston työntekijän kanssa ja rahat vuokraan saatiin Pieksämäen seurakunnalta sekä Pieksämäen kaupungilta. Vuokrasopimus allekirjoitettiin elokuussa 2014. Markkinointia korttelikerhon perustamisesta ruvettiin tekemään jo kesäkuussa 2014 ja aluksi sähköpostilla tiedotettiin kotihoitoon uuden toiminnan aloittamisesta. Myös Kontiopuiston asukkailla tiedotettiin toiminnasta esitelehtisen avulla, jota jaettiin osalle asukkaista postilaatikkoon ja lisäksi kerrostalojen ja elintarvikeliikkeiden ilmoitustauluille. Esitettä jaettiin myös Pieksämäen Ikäneuvolan kautta. Henkilöille, jotka ottivat yhteyttä Kontiopuistosta yhteydenottokortin avulla, tiedotettiin toiminnasta ja pyydettiin tulemaan kerhoon. Myös paikallislehteen ja jokaiseen kotiin jaettavaan ilmaisjakelulehteen laadittiin ilmoitus korttelikerhotoiminnan aloittamisesta.

Korttelikerhon aloittaminen käytännön toimintana

Kerhotoiminta aloitettiin syyskuussa 2014 yhtenä päivänä viikossa. Kerhoa päätettiin pitää kaksi tuntia päivässä. Jokaisella tapaamiskerralla koko pilotointiajan on kahvitarjoilu IkäArvokas-hankkeen kustantamana. Kahvitarjoilusta huolehtii Pieksämäen Martat. Ensimmäisellä tapaamiskerralla kerrottiin kerhon toiminnan tavoitteista sekä annettiin mahdollisuus tutustua paikalle saapuneisiin kerholaisiin.

Jokainen osallistuja sai kertoa itsestään sen verran kuin itse halusi. Tutustumisen apuna käytettiin lankakerää, jolla kudottiin verkko osallistujasta toiseen esittelyjärjestyksessä. Verkkoa purettaessa kerrattiin vielä osallistujien nimet. Kerholaisilta kysyttiin toiveita, mitä he haluaisivat tehdä kerhopäivinä. Kerhoon osallistujat toivoivat yhdessä olemisen ja tekemisen iloa, asiantuntijaluentoja, ajankohtaista tietoa terveyspalveluista, paikkakunnalla toimivien eri järjestöjen esittelyjä, kulttuuria ja musiikkia, hengellisyyttä, liikuntaa, yhteistä toimintaa nuorten kanssa sekä yhteisiä muistelu- ja keskusteluhetkiä. Toimintasuunnitelmaa laadittaessa otettiin kerholaisten omat toiveet hyvin huomioon. Kerhotoiminnan vastuuhenkilöksi sovittiin terveydenhoitaja Pieksämäen Ikäneuvolasta.

Yhteistyökumppaneina ja kerhotoiminnan sisällön toteuttajina ovat Pieksämäen seurakunta, Diakonia-ammattikorkeakoulun Pieksämäen toimipiste, vapaaehtoistoimijat, Pieksämäen kaupunki ja Kirkkopalvelut sekä Pieksämäen Martat yhteistyössä kerholaisten kanssa. Vertaisohjaaja kerhoon saatiin sovituksi jo ensimmäisellä kokoontumiskerralla, kun yhdeksi kerhon vetäjäksi lupautui vapaaehtoistoimija, joka oli aikaisemmin ollut ohjaajana lasten kerhoissa.

Jo heti alkuvaiheessa näyttää korttelikerhotoiminta löytäneen hyvin osallistujia kerhoon. Osallistujamäärä on vaihdellut 17 ja 26 osallistujan välillä, ja joukossa on ollut sekä naisia että miehiä. Kerholaiset ovat osallistuneet aktiivisesti järjestettyyn toimintaan, ja myös yksinäisiä ikäihmisiä ja omaishoidettavia on saapunut kerhoon.

Tähän kehittämistehtävään liittyvät riskit voivat olla joko sisäisiä tai ulkoisia riskejä. Silfverbergin (2007) mukaan sisäiset riskit johtuvat hankkeen omasta toteutusmallista. Ulkoiset riskit eivät ole hankkeen vaikutuksen vallassa.

Korttelikerhotoiminnan arviointi

Laadunhallinta on tärkeä osa toimintaa. Korttelikerholaisilta on tarkoitus pyytää marraskuussa 2014 ensimmäisen kerran kirjallinen palaute tähänastisesta toiminnasta ja toiveita kerhotoiminnan sisältöön ensi vuodelle. Kyselyjä kerholaisille tehdään säännöllisin väliajoin myös tulevaisuudessa. Laadunhallintaan kuuluvat laadunseuranta, kehittäminen ja varmistaminen. Jatkuva arviointia tehdään koko ajan ja toimintaa arvioidaan osallistujien tyytyväisyyttä seuraamalla ja pyytämällä vertaisarviointia kerho-ohjaajilta. Laadunhallinnan tulee olla luonteva osa käytännön toimintaa. Arvioinnin ja laadunhallinnan keskeisenä painopistealueena on asiakaslähtöisyys. Laatukäsitteeseen liittyy sidonnaisuus arvoihin, yhteiskuntaan, kulttuuriin ja eri tilanteisiin. Laatu on prosessi, johon vaikuttavat toiminnon, tuotteen, organisaation ja yksilön kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja odotukset. (Kan & Pohjola 2012, 307.)

Mielestäni tämä korttelikerhotoiminta on tärkeä toimintamuoto ikäihmisten osallisuuden lisäämisessä, koska sen avulla on mahdollisuus vähentää yksinäisyyden tunnetta ja edistää yhteisöllisyyttä sekä sosiaalista vuorovaikutusta lähinaapureiden kanssa ikäihmiselle tutussa toimintaympäristössä lähellä omaa kotia. Tämä toimintamalli antaa hyviä mahdollisuuksia myös vertaistoiminnan toteuttamiselle ja kehittämiseksi sekä antoisia oppimiskokemuksia opiskelijoille tulevaisuudessa. Lisäksi kerhotoiminta antaa mahdollisuuksia moniammatillisen työn toteuttamiselle ryhmätoimintana ja uusien kumppaneiden löytämiseksi palvelutuotantoon.

Tulokset

Korttelikerhon toimintaa on tarkoitus laajentaa eri kaupunginosiin siten, että viriketoimintaa olisi ikäihmisen lähellä eri puolilla kaupunkia. Viriketoimintaa on tarkoitus kehittää myös haja-asutusalueille entistä enemmän. Vertaisohjaajien koulutusta järjestetään myös, ja oppilaitosyhteistyön avulla korttelikerho tarjoaa oppimisympäristön opiskelijoille. Erilaisia mahdollisuuksia on myös yhteistyön lisäämiseen vapaaehtoistoimijoiden kanssa ja kaupungin työntekijöiden jalkautuvan työn edistämiseen ikäihmisen lähelle.

Johtopäätökset ja pohdinta

Arvoajattelu yhteiskunnassa on viime vuosien aikana mennyt siihen suuntaan, että yhteisöllisyys, välittäminen, huolenpito, jakaminen, tasa-arvo ja muut ihmisyyden arvostamiseen liittyvät asiat ovat jääneet ihmisten välisessä kanssakäymisessä taka-alalle (Mäkisalo-Ropponen 2011, 14). Iän myötä kasvaa kuitenkin ikääntyneiden erilaisuus toimintakyvyssä. Tämä on lisännyt ikäihmisten syrjäytymisriskiä.

Tänä päivänä on tärkeää kiinnittää huomiota niin yksittäisen ihmisen omien voimavarojen tukemiseen kuin myös terveyspalvelujen kehittämiseen sekä eri hallintokuntarajoja ylittävän yhteistyön lisäämiseen. Jos kehittämistyötä tehdään hankkeen avulla, on tärkeää pyrkiä turvaamaan toiminnan jatkuminen myös hankkeen päättymisen jälkeen.

Terveydenhuollossa etsitään tällä hetkellä uusia toimintamuotoja terveyden edistämiseen sekä kansalaisten omahoidon tukemiseen. Tämän kehittämistehtävän pyrkimyksenä on ollut tarkastella korttelikerhon pilotointia terveydenhuollon sekä yksittäisen ihmisen että hänen lähiyhteisönsä näkökulmasta. Korttelikerhon pilotointi pyrkiikin omalta osaltaan vastaamaan myös lainsäädännön esille nostamiin haasteisiin tarkoituksenaan löytää uusia toimintamalleja käytännön työhön ikäihmisten syrjäytymisen ehkäisyssä sekä osallisuuden ja yhteisöllisyyden vahvistamisessa.

Hyödynsaajia korttelikerhotoiminnasta ovat Kontiipuiston taajaman asukkaat. Heille kerhotoiminta antaa oivallisen mahdollisuuden toisen ihmisen kohtaamiseen ja oman hyvinvoinnin lisäämiseen arjen keskelle. Pidemmällä aikavälillä hyödyn saajia ovat myös sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaiset ja opiskelijat, jotka käyttävät korttelikerhoa oppimis- tai työympäristönä.

Koska kysymyksessä on uuden työmenetelmän kehittäminen ja soveltaminen käytännön työhön, on asenteilla merkitystä toimintatapojen muutostilanteissa. Riskinä on, miten hankkeessa mukana olevat toimijat lähtevät mukaan muutokseen hankkeen päättymisen jälkeenkin ja miten Kontiupuistossa asuvat ikäihmiset tulevat käyttämään uutta palvelumuotoa tulevaisuudessa. Aikaa täytyy muutokseen varata riittävästi. Palautteen kerääminen on tärkeää. Tarvittaessa toimintaa täytyy olla valmis muuttamaan saadun palautteen suuntaisesti. Riittävän tuen antaminen vertaisohjaajille täytyy myös varmistaa yhteistyökumppaneina toimivien taustaorganisaatioiden kanssa yhteistyönä.

LÄHTEET

Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J. & Campbell J. L. 2011. Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health* 11:647.

Hyöppä, M. 2013. Sosiaalinen pääoma ja vanheneminen. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim) *Gerontologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Koskinen, S. 2006. Ikäihmisten voimavarojen ja toimintakyvyn tukeminen. Esitelmä vanhustyön koulutuksen kehittämisseminaarissa. Tampere. 1.9.2006.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Pitkälä, K. & Routasalo, P. 2012. Ryhmistä apua vanhusten yksinäisyyteen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 128 (12), s. 1215-1216.

Read, S. 2013. Elämän tarkoituksellisuuden tunne. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim) *Gerontologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulu.

Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A., Martelin, T. & Aromaa, A. 2013. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein – käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskus ry. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi. Projektinvetäjän käsikirja. Helsinki: Edita.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Terveys 2015-kansanterveysohjelma. Esitteitä 2001:8. Saatavissa:http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf (viitattu 5.8.2014).

Tilvis, R., Routasalo, P., Savikko, N., Kautiainen, H. & Pitkälä, K. H. 2012. Loneliness, social isolation and social inactivity – their interrelationship and prognostic value. *European Geriatric Medicine* 3, s. 18-22.

Uotila, H. 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksestä ja tulkinnoista. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Terveystiede. Tampere.

VIRIKETOIMINNAN KÄYNNISTÄMINEN HONKAHARJUN SAIRAALAN OSASTOLLA 2

Andronoff Susanna

TIIVISTELMÄ

Tämän työn aiheena on viriketoiminnan käynnistäminen sairaalan vuodeosastolla. Viriketoimintaa on lähdetty kehittämään, koska siihen on selvä tarve. Muistisairaudet yleistyvät nopealla tahdilla. Muistisairaajat ovat ajoittain suurin potilasryhmä osastollamme. Muistisairaudet voivat aiheuttaa yleistä levottomuutta, turhautumista ja abdistusta. Viriketoiminnan ajatus on vastata juuri tähän. Viriketoiminnalla saadaan päivään sisältöä, rauhoitetaan jatkuvaa vaeltelua sekä luodaan turvallisuutta ja läsnäoloa.

Työssä kerrotaan ensin yleisesti muistisairauksista ja toimintakyvystä. Sen jälkeen käsitellään lyhyesti luovaa toimintaa, musiikin vaikutuksia ihmiseen ja muistelua hoitomenetelmänä. Viriketoiminnan aloittamisesta, viriketoiminnan välineistä, kokemuksista toiminnasta ja sen vaikuttavuudesta kerrotaan laajemmin. Lopuksi pohdin yleisesti viriketoimintaa ja sen mahdollisuuksia toteutua sairaalan osastolla.

Viriketoiminnan ei tarvitse olla maailmaa syleilevää, vaan toiminta voi lähteä liikkeelle pienistä asioista. Kuka tahansa voi pitää viriketoimintaa, eikä siihen tarvitse käydä välttämättä kursseja. Tarvitaan vain hieman luovuutta ja rohkeutta toteuttamiseen.

Johdanto

Viriketoiminnan positiivisesta vaikutuksesta vanhusien hyvinvointiin on lukuisia julkaisuja. Näitä ovat esimerkiksi Heimosen & Voutilaisen *Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus*, Erkkilän & Lehtosen *Musiikkiterapian monet kasvat* ja Hohenthal - Antinin *Muistellaan - luovat menetelmät muistisairaiden tukena*. Aihe on siis kiinnostava ja mielekäs, ja se edellyttää eri toimijoiden yhteistyötä. Hoitotyön tekemiseen se tuo kulttuurisen ulottuvuuden.

Muistisairauksia sairastavien ihmisten määrä lisääntyy noin 13 000 henkilöllä vuosittain. Muistisairaajat voivat olla fyysisesti hyväkuntoisia. Jatkuva vaeltaminen sairaalan osastolla aiheuttaa yleistä levottomuutta ja ärtyvyyttä. Tästä

syystä olimme päättäneet käynnistää viriketoiminnan osastollamme. Virike-toimintana on esimerkiksi yhdessä oloa musiikkia kuunnellen, yhteislaulua, runoja, pelejä tai ulkoilua. Tavoitteena oli luoda turvallisuuden ja yhteenkuu-luvuuden tunnetta sekä tuoda sisältöä päivään.

Tässä työssä käsitellään muistisairauksia, luovaa toimintaa ja viriketoiminnan käynnistämistä sairaalan vuodeosastolla.

Muistisairaudet

Muistihäiriön taustalla voi olla aineenvaihdunta, paikallinen vaurio, hermo-soluun liittyvä häiriö tai toiminnallinen häiriö (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 34). Muistihäiriö voi olla ohimenevä, hoidettavissa oleva, pysyvä tai etenevä riippumatta siitä, mikä on häiriön mekanismi. Kun muis-tihäiriö on etenevä, puhutaan muistisairauksista, jotka johtavat dementiaan. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 47.)

Muistisairauksia sairastavien ihmisten määrä kasvaa koko ajan. Suomessa on lähes 130 000 muistisairasta ihmistä. Heistä vähintään 85 000 henkilöä sairastaa keskivaikeaa muistisairautta. Vuosittain etenevän muistisairauden diagnoo-sin saa yli 13 000 suomalaista, eli noin 36 uutta diagnoosia tehdään päivittäin. Työikäisistä muistisairautta sairastaa 7000 - 10 000 henkilöä. Muistisairauksien hoidon kokonaiskustannukset ovat lähes miljardi euroa. (Muistiliitto 2014.)

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaan johtava sairaus. Taudin osuus kaikista dementiasairauksista on 65-70 prosenttia. Alzheimerin tauti on hitaasti ja tasai-sesti etenevä aivojen rappeutumissairaus. Oireet ja taudin vaiheet etenevät yks-ilöllisesti. Taudin kesto on keskimäärin kymmenen vuotta. Oppimisvaikeus on tyypillinen ensioire. Oppimisvaikeus on todettavissa muistitestissä jo selvästi ennen, kuin se olennaisesti häiritsee arkielämässä selviytymistä. Toiminnan ohja-us, kielellinen ilmaisu ja hahmottamisen vaikeudet seuraavat muistihäiriötä. Sel-viytyminen arkitoimissa heikkenee, ilmaantuu käytöshäiriöitä, sairauden tunto heikkenee ja edessä on laitoshoito. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62 – 63.)

Dementia on oireryhmä, johon liittyy muistihäiriön lisäksi kognitiivisten toimintojen heikkeneminen. Älyllisten toimintojen muutokset rajoittavat merkittävästi sosiaalista tai ammatillista toimintaa. Toiminta myös heikkenee huomattavasti entisestä tasostaan. Dementoituneen on vaikea oppia uutta ja muistaa uusia asioita. Tavaroiden tai ihmisten tunnistaminen on vaikeutunut. Oireet kehittyvät vähitellen, vähintään puolen vuoden aikana. (Erkinjuntti ym. 2006, 44 – 46.)

Potilaamme ovat usein monisairaita, ikääntyneitä ihmisiä. Muistisairauksia sairastavien ikääntyneiden määrä on lisääntynyt huomattavasti. Potilaat, erityisesti muistisaira, tarvitsevat runsaasti kannustusta, ohjausta ja apua päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Usein muistisairaudet tuovat turhautuneisuuden tunnetta, kun ei hahmota ympäristöään tai kanssaihmissään eikä tiedä, missä on ja mitä tapahtuu. Turhautuneisuus voi esiintyä levottomuutena, vaelteluna ja aggressiivisena käytöksenä. Tämä voi aiheuttaa konfliktitilanteita osastollamme.

Toimintakyky

Toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä päivittäisen elämänsä tehtävistä itseään tyydyttävällä tavalla omassa elinympäristössään (Heikkinen, Jyrkkämä & Rantanen 2013, 56).

Toimintakykyä heikentävät vähittäin iän mukana lisääntyvä sairastavuus, elämäntavan muutokset sekä vanhenemisprosessit. Nämä myös lisäävät toiminnanvajavuuksia ja avun tarvetta. Ihmisen ikääntyessä toimintakyvyn osa-alueet eivät muutu samanaikaisesti. Ikääntymiseen liittyvien muutosten alkamisikä, nopeus ja vaikutukset elämänlaadun ja itsenäisen selviytymisen kannalta vaihtelevat toimintakyvyn osa-alueiden ja yksilöiden välillä. (Heikkinen 2005.)

Usein iäkkäät ihmiset arvioivat terveyttään esimerkiksi päivittäisistä toiminnoista selviytymisellä. Oireet ja niiden haittaavuus ovat arvioinnissa keskeisiä. Osaan sairauksista sopeudutaan ja toiminnan vajavuuksia voidaan myös kompensoida. Yleensä uusilla oireilla on suurempi merkitys kuin tutuilla ja aikaisemmin vähemmän vaarallisiksi osoittautuneilla. (Heikkinen 2005.)

Osastomme potilaat ovat erilaisia toimintakyvyiltään, ja heidän suhtautumisansa toimintakykyyn on hyvin yksilöllistä. On potilaita, jotka ovat tottuneet selviytymään omatoimisesti päivittäisistä toiminnoistaan ja joiden voi olla vaikeakin ottaa apua vastaan. Toinen ääripää on potilas, joka ei välttämättä ymmärrä kuntoutuksen merkitystä oman toimintakykynsä ylläpitämiseen ja edistämiseen. Viriketoiminnan kannalta kuka tahansa voi osallistua toimintaan. Ehkä voimme tarvita hieman järjestelyä, esimerkiksi tuoda sairaaläsängyn päiväsaliiin, jotta potilas voi osallistua toimintaan. Jos potilaalla on fyysinen rajoite, järjestämme hänen viriketoimintansa niin, että hän voi osallistua esimerkiksi apuvälineitä käyttäen tai läsnäolollansa. Potilaat ovat ainutkertaisia yksilöitä, ja tämän mukaan myös viriketoimintaa voi toteuttaa.

Viriketoiminta

Viriketoiminta on ihmistä aktivoivaa toimintaa. Tavoitteena on aktivoida muistia, havainnointia ja keskittymistä. Viriketoiminta antaa sisältöä elämään, ylläpitää henkistä vireyttä sekä tarjoaa kokemuksia ja tunteita, yhdessäolon riemua ja iloa. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2006, 50.)

Viriketoiminnalla on todettu parantavan vanhusten hyvinvointia. Eri aistikanavia, kuten kuuloa, hyväksikäyttäen muistisairaille voidaan tarjota mahdollisuuksia minäkuvaan tukeviin ja mielihyvää tuoviin toimintoihin, esimerkiksi musiikkia kuuntelemalla.

Luova toiminta antaa mahdollisuuden harjoittaa monenlaisia taitoja. Se on toimintakykyä ylläpitävää ja tukevaa toimintaa. Luovuus antaa kokemuksellisen mahdollisuuden tutkia tunteitaan ja kokemuksiaan, esimerkiksi toiveitaan, pelkojaan ja muistojaan. Luovuuden olemukseen kuuluu, ettei siitä tai sen tuotoksista välttämättä tarvitse olla mitään hyötyä. Luova toiminta on arvokasta sellaisenaan. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Froder 2014, 123.)

Musiikki ilmentää ihmisen sisäistä kokemusmaailmaa. Musiikki johdattelee muistoihin ja merkityksiin. Laulaminen onnistuu usein vielä silloinkin, kun puheen tuottaminen on vaikeaa. Jokin tietty, merkittävä laulu saattaa koskettaa vielä silloin, kun muunlaista kontaktia ei enää saada.

Musiikki voi olla lohduttavaa, jäsenneily ilmaisutapa ja terapeuttinen väline. Musiikkia voi soveltaa yksilöllisesti, ja se voi tarjota mahdollisuuden luovaan ja mielikuvitukselliseen itseilmaisuun. Musiikilla voidaan vahvistaa muistisairaana tunnetta olemassaolostaan sekä antaa mahdollisuus kokea siihen saakka eletyn elämän tunteita ja tapahtumia.

Hengelliset laulut ja virret ovat tärkeitä monien vanhusten elämässä. Virsiin liittyy rakkaita muistoja, turvallisuuden tunnetta ja lohdutusta. Muistisairaana ihmisen näkökulmasta musiikin suomat mahdollisuudet ymmärtämisen apuvälineinä ovat hyvin merkittäviä. (Erkkilä & Lehtonen 1999; Hallikainen ym. 2014, Heimonen & Voutilainen 1998.)

Suosittu aihe muistisairaana hoitotyössä on muistelu. Muistelu on muistisairaana hoidossa yksi monipuolisimmista toimintamuodoista. Muistelu kuuluu oleellisena osana ihmisen olemukseen. Muistot luovat merkityksen sille, kuka olen ja mikä merkitys elämälläni on ollut. Apuvälineinä muistelussa voidaan käyttää valokuvia, selkokirjoja ja muistelukortteja.

Muistojen paratiisi on ainoa, josta meitä ei voi karkottaa.

Jean Paul (1763 – 1825)

Viriketoiminnan käynnistäminen osastolla

Osastollamme on 31 potilaspaikkaa ja 1+1 ylipaikkaa. Osastollamme hoideetaan sisätauti- ja kirurgisia potilaita, jotka ovat pääasiassa vanhuksia. Potilaat tulevat yleensä sairaalamme päivystyksestä, jatkohoitoon keskussairaalasta tai kuntoutumaan elektiivisen proteesileikkauksen jälkeen esimerkiksi Coxasta. Keskimääräinen hoitoaika osastolla on 14 vuorokautta.

Osastomme henkilökuntaan kuuluu osastonhoitaja, 16 sairaanhoitajaa, 5 lähi- ja perushoitajaa, kuntohoitaja, osastonlääkäri, ylilääkäri ja osastonsihtööri. Aamuvuorossa on 6 hoitajaa, iltavuorossa 4 hoitajaa ja yövuorossa 2 hoitajaa. Välivuoro on vaihtelevasti.

Kehittämistyön tavoitteena oli käynnistää viriketoiminta osastollamme. Viriketoiminnalle oli selkeä tarve. Osastomme potilaista melko suuri osa on muistisairaita. Tavoitteena oli järjestää toimintaa, johon muistisairaiden oli helppo osallistua, joka tuo päivään sisältöä ja joka luo turvallisuuden tunnetta sekä yhdessäoloa.

Helmikuun lopussa osastokokouksen yhteydessä informoin hoitohenkilökuntaa viriketoiminnan käynnistämisestä potilaillemme. Viriketoiminta koettiin turhaksi ja lisätyötä teettäväksi. Koettiin myös, ettei viriketoimintaan ole taitoa, välineitä eikä resursseja. Viriketoiminnan hyödyn ja tarpeellisuuden perusteluista, käytettävissä olevista välineistä, ajankohdasta sekä ajankäytöstä kertomisesta ei ollut mainittavaa hyötyä.

Maaliskuussa järjestin ensimmäisen kokeellisen viriketoimintahetken, yhdessä lähihoitajaopiskelijan kanssa. Ajankohdaksi olimme valinneet iltapäivän, jolloin potilaat ovat levänneitä ja virkeitä. Viriketoiminnaksi olimme suunnitelleet levyraatia. Osaston päiväsalin koko rajoittaa jonkin verran potilasmäärää. Lisäksi halusin kokeilla, millainen akustiikka päiväsalissa on. Kuinka hyvin musiikki kuuluu? Häiritsevätkö muut osaston tapahtumat kuuluvuutta, tai häiritseekö musiikki muita potilaita? Päiväsali on melko suuren huoneen kokoinen tila, jossa on kolme ruokapöytää, useita tuoleja ja televisio. Suuret ikkunat tekevät tilasta valoisan, ja viihtyisyyttä lisäävät viherkasvit ja taulut. Tila on avoin, ei ovea.

Viriketoimintahetken olimme valinneet viisi potilasta. Neljällä heistä oli, joko keskivaikea tai vaikea muistisairaus. Yksi potilas istui geriatrisessa tuolissa, yksi pyörätuolissa ja kolme pöydän ääressä. Olimme järjestäneet potilaat puoliympyrän muotoon, jotta näkisimme kaikki toisemme. Kerroimme, mitä aiomme tehdä. Soitimme musiikkia ja kappaleen jälkeen annoimme leikki-mielisesti pisteitä kouluarvosanoilla, eli 4 – 10. Musiikiksi olimme valinneet Tapio Rautavaaran, Laila Kinnusen, Kipparikvartetin ja Georg Otsin kappaleita. Musiikin olin valinnut ajatellen potilasryhmän ikää, sillä nämä artistit ovat olleet suosittuja potilasryhmän nuoruudessa.

Soitimme ensin Tapio Rautavaaran kappaleen ”Isoisän olkihattu”. Kun musiikki alkoi soida ja ensimmäiset laulun sanat kuuluivat, alkoivat potilaat laulaa tai hyräillä musiikin tahdissa. Kädet ja jalat liikkuiivat musiikin tahdissa. Voi sitä iloa ja riemua! Silmät loistivat kirkkaana, hymy nousi suupieliin asti!

Musiikin päättyessä kysyimme leikkimielisesti pisteitä, ja niitähän Tapio Rautavaara sai! Jatkoimme vielä kolmella kappaleella. Ajattelimme, että neljä kappaletta olisi sopiva määrä. Yllätys, yllätys, potilaat halusivat kuunnella vielä yhden kappaleen lisää. Todella mielellämme tämän toiveen toteutimme. Leikkimielisen levyraadin jälkeen potilaat jäivät päiväsalin päiväkahville. Kun järjestelimme tavarat paikoilleen, kaksi potilasta jäi keskustelemaan siitä, kuinka he nuoruudessaan lauloivat kuorossa ja nauttivat musiikin tuomasta ilosta. Tätä keskustelua tuskin olisi tullut ilman musiikkia!

Ensimmäinen kokeellinen viriketoiminta oli onnellisesti ohitse. Koin, että 4 – 6 potilasta olisi sopiva määrä viriketoimintaan päiväsalin fyysistä tilaa ajatellen. Oli myös huomioitava potilaiden tarvitsemat apuvälineet. Musiikki on helppo väline tuoda iloa ja riemua potilaille. Musiikin lajeja on lukematon määrä, mutta nämä valitsemamme artistit tuntuivat sopivilta kyseiseen hetkeen. Musiikki kuului hyvin, eikä häirinnyt osaston muuta toimintaa. Oli suurenmoista huomata, että musiikilla on todella suuri vaikutus. Musiikki, rytmi ja sävelet tuovat iloa ja muistoja mieleen. Ajankäyttö oli myös osuva. Kaikki jaksoivat istua noin 25 minuutin ajan, jonka levyraati kesti. Virkistävää oli myös potilaille tarjotut päiväkahvit musiikkituokion jälkeen.

Toinen viriketoimintatuokio oli vapunpäivänä. Päiväsalin oli laitettu kauniit keväisen vihreät pöytäliinat, servetit, jotka saatiin lahjoituksena Suomen Kerta Oy:ltä, serpentiiniä ja ilmapalloja. Jo kauniilla esille laitolla, värikkäillä pöytäliinoilla, heräsi keskustelua juhlan tunnusta. Päiväkahvin aikaan oli tarjolla simaa, munkkeja ja musiikkia. Nautittiin iloisesta vapunpäivän tunnelmasta ja muisteltiin, kuinka vappua vietettiin vuosikymmeniä aiemmin.

Suunnittelin pitäväni juhannuksen aikaan juhannusjuhlaa, mutta suunnitelma kariutui ylipaikkojen vuoksi. Kesä oli muutoinkin kiireistä aikaa. Eräänä viikonloppuna kuitenkin oli sellainen hetki, että pääsimme lähtemään ulos potilaiden kanssa. Oli aurinkoinen ja lämmin päivä sekä lievä tuulenvire. Pyörätuoliin istumaan, lakki päähän ja ulos! Kävelimme sairaalan läheisyydessä. Keräsimme muutamia kukkia ja ihmettelimme päivänkakkaran kauneutta. Auringon lämpö tuntui kasvoilla ja tuulenvire poskella. Näitä potilaat kokivat ja silminnähdessä nauttivat olostansa.

Jo näistä kokemuksista voi todeta, että miellyttävän ja iloisen kokemuksen tuominen muistisairaalle tai kenelle tahansa ei vaadi paljoa. Viriketoiminnan laatiminen ja järjestäminen ei ole mahdoton tehtävä. Pienistä asioista saa paljon iloa aikaan. Lisäksi viriketoiminta luo yhteenkuuluvuuden tunnetta, voi-

mistaa itsetuntemusta ja tuo iloa, aitoa läsnäoloa, turvallisuutta, levollisuutta sekä sisältöä päivään. Viriketoiminnasta on siis selvästi hyötyä potilaille.

Viriketoimintalaatikkoon olen kerännyt jo tavaraa. Olen kirjoittanut koneella, isolla tekstillä paperiarkeille sananlaskuja. Viriketoiminnassa voidaan kertoa sananlaskun alkuosa ja miettiä yhdessä loppuosa. Esimerkiksi ”Kenen leipää syöt sen lauluja laulat”, tai ”Ei lämmin luita riko”. Tuolijumppaohjeet ovat myös laatikossa. Tuolijumppaan voi osallistua oman fyysisen suorituskyvyn mukaan tai voi osallistua mukaan kannustamalla muita, olemalla läsnä ja nauttia yhdessäolosta. Ilmapalloja laatikossa on myös. Ilmapalloilla voidaan pelata muunneltua versiota Laiva on lastattu -pelistä. Ilmapalloa käytetään kuin hernepussia. Ilmapallot ovat kevyitä, joten pienikin kosketus saa ne liikkeelle. Lisäksi ilmapallojen kirkkaat värit ovat näkyviä ja kokokin tarpeeksi suuri. Ilmapallot on turvallisempia käyttää kuin hernepussit. Eläimet ovat hyvä esimerkki muunneltuun versioon Laiva on lastattu -pelistä. Napautetaan ilmapallo liikkeelle ja kerrotaan, millä eläimellä laiva on lastattu. Kaikki eläimet käyvät, eikä tarvitse olla aakkosjärjestyksessä, vaan lajin mukaan tai kotimaisten–ulkomaisten eläimien mukaan. Seuraava ilmapallon saaja kertoo, millä laiva on lastattu: hirvellä, karhulla, talitiaisella, siilillä jne.

Lisäksi laatikossa on Kirsti Koivulan (2007) kirjoittama kirja *Läsnäolon lämmössä – erityisryhmien ohjaajan virikekirja*. Tässä kirjassa on runsaasti ohjeita viriketoiminnasta. Tosin suurin osa sopii paremmin esimerkiksi palvelutalossa tai ryhmäkodissa pidettäväksi kuin sairaalan osastolla, välineitä, tilaa ja ajan käyttöä ajatellen. Loppuvuodesta viriketoimintalaatikkoon on tulossa A3-kokoisia, laminoituja valokuvia eri kaupunginosista. Nämä valokuvat liittyvät kaupungin historiaan. Valokuvilla on juhlistettu Imatran kymmenvuotista kauppalaa vuonna 1957. Valokuvaaja Eino Mäkinen on valokuvannut Imatran ja sen eri kaupunginosia ansiokkaasti. Valokuvissa on esitelty perinteiset nähtävyydet, kuten kuohuva koski, Valtionhotelli, Kolmen Ristin kirkko ja tehdasalueet. Mielestäni parhaat valokuvat ovat kuitenkin katunäkymät Imatran arjesta vuonna 1957. Valokuvissa eri kaupunginosista näkyy todella runsaasti sellaisia rakennuksia, kauppoja, liiketiloja ja katuja, joita ei enää ole. Joissakin valokuvissa taas tuttu rakennus on vasta rakennusvaiheessaan. Valokuvista saa suurenmoisen aiheen esimerkiksi muisteluun. Koska potilaamme ovat suurelta osin itse eläneet nuoruuttaan 1950-luvun Imatralla, heillä on muistissa esimerkiksi jonkin liikkeen kauppia tai se, millaista tavaraa kauppoissa oli myynnissä, mistä jokin katu on saanut nimensä, miten liikuttiin (pyörillä, linja-autoilla, omia autoja on ollut vain vähän), millaisia harrastuksia oli tarjolla, kuinka hienoa oli mennä vasta rakennettuun kansakouluun ja millaisia tapahtumia oli eri kaupunginosissa. Valokuvien käytöllä saa runsaasti aiheita muisteluun ja arvokasta tietoa kotikaupungin eri vaiheista.

Viriketoimintalaatikossa on myös vihko, johon kirjoitamme, milloin ja millaista toimintaa olemme pitäneet, kuinka monta potilasta osallistui, millainen oli tunnelma ja millaisia olivat potilaiden mielipiteet (jos he pystyvät ilmaisemaan) ja tuntemukset kehonkielen mukaan. Miten ilmenevät suru, ilo ja muut tunteet? Näin voimme seurata, millaisesta viriketoiminnasta potilaat pitävät, mikä toiminta luo iloa ja tuo turvallisuutta, rauhoittaa, antaa elämyksiä jne.

Pohdinta

Viriketoiminnan vaikuttavuudesta vanhuksiin on erittäin paljon tutkimuksia ja opinnäytetöitä. On mielenkiintoista havaita, että viriketoiminta ei keskity pelkästään hoitotyön näkökulmaan vaan on aktiivista erityisesti kulttuurin puolella. Viriketoiminnan tapahtumat, esimerkiksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt tai kulttuuritoimen järjestämät tapahtumat ovat usein sijoitettu palvelutaloihin ja ryhmäkoteihin. Sairaalassa, esim. vuodeosastolla toteutettavaa viriketoimintaa on harmittavan vähän. Sairaalamailmaan sijoittuvaa tutkimusta tai opinnäytetystä en ole löytänyt lukuisista yrityksistä huolimatta. On toki luonnollista, että viriketoiminta sopii paremmin palvelutalon tai ryhmäkodin päivärytmiin sekä on helpompi toteuttaa, kuin sairaalan vuodeosastolla.

Mainittavaa on, että Turun kaupunginsairaalassa on oma viriketyöntekijä, joka on terveydenhuollon ammattilainen. Hän ei kuulu minkään osaston vahvuuteen, ja hän järjestää viriketoimintaa arkisin vuodeosastoilla. Viriketyöntekijän repertuaariin kuuluu todella runsas valikoima, esimerkiksi musiikki, luonnonmateriaalit, värit, maalaus, muistelu, vuodenajat, runot ja laulut. Viriketoiminnan aikaa ei ole rajattu, vaan viriketyöntekijä voi pitää toimintaa niin kauan kuin potilaat jaksavat, yleensä noin tunnista puoleentoista tuntiin. Tässä ajassa esimerkiksi muistelu on oiva viriketoimintahetki. Aikaa voi käyttää runsaasti, eikä häiritseviä keskeytyksiä toimintaan tule.

Osastollamme viriketoiminnan järjestäminen onnistuu yleensä silloin, kun osastollamme on lähi- ja sairaanhoitajaopiskelijoita. Tämä ei tarkoita sitä, että viriketoiminta jäisi opiskelijoiden kontolle, vaan viriketoimintaa luodaan yhdessä potilaiden, opiskelijoiden ja henkilökunnan kanssa. Mielestäni on tärkeää, että opiskelijat saavat luoda harjoittelujakson aikana viriketoimintaa ja huomioivat toiminnan vaikuttavuutta hoitotyössä. Edistyksellistä olisi se, että opiskelijat huomioisivat viriketoiminnan mahdollisuuden opinnoissaan ja toteuttaisivat viriketoimintaa myöhemmin tulevissa työpaikoissaan. Ei myöskään ole tarkoitus, että viriketoiminnan järjestäminen olisi ainoastaan minun vastuullani. Tavoitteena on saada koko hoitohenkilökunta mukaan toimintaan kehittämään viriketoimintaa, kokeilemaan erilaisia ideoita, vaikkapa ve-

sivärimalausta. On erittäin mieluisaa, jos opiskelijoiden tai henkilökunnan joukossa on joku, joka soittaa jotain instrumenttia, esimerkiksi kitaraa tai viulua. Tällöin hän voi järjestää potilaille erityisen mielekkään kokemuksen soittamalla elävää musiikkia. Osaston rytmi on ajoittain kiiwas. Olemmekin sopineet siitä, että viriketoimintaa järjestetään päiväkahvin aikaan, joko ennen tai jälkeen, jolloin potilaat ovat levänneitä ja virkeitä.

Viriketoiminta ei ole itsetarkoitus, vaan hoitotyö on ensisijainen tehtävämme. Potilaat hoidamme, niin kuin sairaalassa kuuluukin. Viriketoiminta on toimintaa, jolla voimme antaa sisältöä potilaiden päivärytmiin, erityisesti muistisairaiden potilaiden, jotka ovat ajoittain suurin potilasryhmä osastollamme. Voimme tarjota muistisairaille yhteenkuuluvuuden tunnetta, turvallisuutta, välittämistä, läsnäoloa, läheisyyttä ja mielekästä tekemistä, jatkuvan osastolla vaeltelun ja turvattomuuden tunteen sijaan.

Kenenkään henkilökunnasta tai opiskelijoista ei ole tarkoitus pelätä viriketoimintaa tai ahdistua siitä. Toiminnan tarkoituksena ei ole olla ”suurta ja mahtavaa” vaan aivan tavallista toimintaa, jota jokainen osaa järjestää. Viriketoiminta voi olla esimerkiksi ex tempore toteutettavaa: potilashuoneessa voi aloittaa aamun vaikka tutun runon lausunnalla, johon potilaat varmasti yhtyvät. Päiväsalissa pöydillä on maljakoissa pihlajan oksia. Tästä saa muistelun aihetta: mitenäs se menikään, kun on paljon pihlajan marjoja, tuliko runsaasti lunta vai oliko niin, että pihlajan oksat eivät jaksakaan taakkaa kantaa? Tai iltapäivällä viriketoiminnan aikana tulee varmasti tilanteita, johon ei välttämättä voi vaikuttaa: potilas halutaan tutkimukseen juuri nyt, lääkäri haluaa tarkistaa jonkin asian juuri sinulta ja heti, fysioterapeutit hakevat potilaan terapiaan tai muuta vastaavaa.

Viriketoiminnan tarkoitus on tuoda potilaille mielihyvää ja onnistumisen iloa, kun muistaakin vaikkapa tutun laulun sanat, sekä sisältöä päivärytmiin, yhdessäoloa ja turvallisuutta.

Osaston tilanne, esimerkiksi ylipaikat, henkilökunnan minimimäärä vahvuudessa, avustavien henkilöiden tai laitoshuollon puute ja useiden potilashuoneiden eristykset ovat tilanteita, joissa viriketoimintaa ei pidetä.

Vaikka olenkin ahkera kirjastossa kävijä, ei musiikki-cd:n lainaaminen kirjastosta mennyt aivan suunnitelman mukaan. Cd:n laina-aika on vain kaksi viikkoa. Toki lainat voi uusia internetin kautta, ja työmatkani varrella on kirjasto. Tulin kuitenkin siihen tulokseen, että on parempi, jos esimerkiksi kirpputorilta löytyisi muutama kappale cd-levyjä, jotka voisi ostaa osaston viriketoiminnan laatikkoon. Näin välttyttäisiin kirjaston sakkomaksuilta ja olisi aina musiikkia saatavilla. Osastollamme on oma cd-soitin. Rahaa viriketo-

mintaan ei tarvitse käyttää kuin tuo edellä mainitsemani cd:n osto. Laulun sanoja ja runoja voi kirjoittaa paperille ja kopioida. Aikaa tämä vie, mutta ei tuota muita kuluja.

Seurakunnasta pappi käy osastolla kerran viikossa. Hartauksia järjestetään noin kerran kuukaudessa, huomioiden juhlapyhät, kuten pääsiäinen ja jouluku.

Lähtövalmiudessa tavoitteena on, että viriketoiminnasta tulee pysyvä käytäntö osastollemme. Tavoitteena on, että viriketoimintaa voidaan toteuttaa mahdollisimman usein. Luonnollisesti huomioidaan osaston tilanne, kuten yli- ja alipäivät, eristykselliset ja osaston vahvuus.

Muistisairauksien lisääntyminen tuo haastetta osaston toimintaan. Levottomuus, vaeltelu, osastolta pois pyrkiminen ja karkailu sekä kaikenlaisten tavaroiden kuljettelu voi tuoda esiin konflikteja, varsinkin kun potilastoverit eivät välttämättä ymmärrä, mistä on kysymys. Viriketoiminta pyrkii vastaamaan tähän. Tavoitteena on saada päivään sisältöä, turvallisuutta ja yhteenkuuluvuuden tunnetta.

Mielestäni olisi hyvinkin mahdollista toteuttaa enemmän ulkoilua potilaiden kanssa iltapäivisin. Ulkoiluun ei tarvitse järjestää mitään suurta, vaan tarvittaessa pyörätuoli ja sopiva vaatetus sään mukaan riittävät. Sairaalan ympäristössä on hyviä pyöräteitä, joten liikkuminen esimerkiksi pyörätuolilla on vaivatonta ja turvallista. Sairaalan ympäristö on melko puistomainen, joten muutakin nähtävää on kuin parkkipaikka.

Valitettavan paljon on potilaita, jotka eivät pääse ulkoilemaan omassa kodissa asuessaan. Tähän riittää syyskuun pelkääminen hissien puute. On huolestuttavan paljon kerrostaloja, joista puuttuu hissi. Jos asuu kolmannessa kerroksessa hissittömässä kerrostalossa ja liikkumisen apuvälineenä tarvitsee rollaattoria, voi vain kuvitella, että ulkoilu on poissuljettu mahdollisuus. Vielä ikävämpää on, jos ei ole parvekettaakaan. Usein saan kuulla, kun avustan potilasta ruokapöydän ääreen ruokailemaan, että hän haluaisi istua lähellä ikkunaa, jotta näkee ulos. Luonnon katselu rauhoittaa. Mikä onkaan nauttivampaa kuin Suomen neljän vuodenaikaa? Kevät on luonnon heräämistä uuteen alkuun, kesä kaunista, lämmintä ja aurinkoista. Syksyn ruska saa luonnon punastelemaan ja värien loisto on rehevää katseltavaa. Talvella taas voi muistella pakkasen nähtävyyksiä ja lumikasojen korkeutta. Säästä saa mukavan keskustelualoitteen pöytäseurueen kanssa. Varsinkin, kun ulos katsoessa horisontissa pilkkottaa Saimaa!

LÄHTEET

Erkkilä, J. & Lehtonen, K. 1999. Musiikkiterapian monet kasvot. Suomen musiikkiterapiayhdistys r.y. Korpilampi Oy, Jyväskylä.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Kustannus Oy. Duodecim, 1. painos.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää – muistihäiriöt ja dementia. WS Bookwell Oy. Porvoo, 3. uudistettu painos.

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Froder, M. (toim.) 2014. Muistisaira-
raan kuntouttava hoito. Kustannus Oy. Duodecim, 1. painos.

Heikkinen, E., Jyrkkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) 2013. Gerontologia. Kustannus Oy. Duodecim, 3., uudistettu painos.

Heikkinen, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Duodecim. Terveyskirjasto 2014. Kustannus Oy Duodecim. Artikkelin tunnus suo 00049 (000.049).

Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 1998. Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tammer-Paino Oy, Tampere.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 2004. Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.

Hohenthal-Antin, L. 2013. Muistellaan – luovat menetelmät muistisairaiden tukena. Bookwell Oy, Juva.

Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2006. Kuntoutuksella toimintakykyä. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Muistiliitto 2014. Saatavissa: <http://www.muistiliitto.fi>. [Viitattu 15.9.2014.]

VIRIKETTÄ VIIKKOON, PILKETTÄ SILMIIN PUNKAHARJUN VUODEOSASTOLLA

Loikkanen Kirsi

TIIVISTELMÄ

Monesti saatetaan ajatella, että ikäihmisen asiat ovat hyvällä mallilla, kun on elämän perusasiat kunnossa: koti, ruokaa, puhtautta ja riittävä yöuni. Näin ei suinkaan aina ole, vaan monet tutkimukset ovat osoittaneet, että mitä enemmän ihminen pystyy käyttämään sosiaalisia, henkisiä ja fyysisiä voimavarojaan täysipainoisesti, sitä pitempään ne säilyvät. Lisäämällä viikoittaiseen ohjelmaan säännöllistä viriketoimintaa voidaan vaikuttaa toimintakyvyn paranemisen ohella myös ikäihmisen elämänlaatuun ja mielekkyyteen. Ikäihmisen hoidon ja hoidon tavoitteena tulisi olla hänen terveytensä, toimintakykynsä, voimavarojen ja elämänlaadun tukeminen.

Kehittämistyön tavoitteena on saada Punkaharjun vuodeosastolle säännöllistä viriketoimintaa osaksi viikko-ohjelmaa ja vaikuttaa näin iäkkään elämän yhteisöllisyyteen, mielekkyyden säilymiseen ja vuorovaikutukseen muiden kanssa. Valtakunnallisten laatusuosituksen mukaisesti on Itä-Savon sairaanhoitopiirissä iäkkäiden laitoshoidtoa aloitettu vähentää ja siirtyä kohti portaaton hoitomallia, jolloin Punkaharjun vuodeosasto muutetaan vuoden kuluttua tehostetun palveluasumisen yksiköksi. Tällöin myös nykyisenlainen hoito- ja hoivatyön luonteen tulisi muuttua kuntouttavalla työotteella toteutettavaksi. Näin ollen myös viriketoiminnalla on oma tärkeä osansa tulevan tehostetun palveluasumisen yksikössä asukkaiden kuntoutumisen ja toimintakyvyn parantamiseksi.

Suurimman osan työhistoriastani olen toiminut vanhusten parissa askartelunohjaajana ja siksi lähellä sydäntäni on heidän hyvä olonsa ja mahdollisimman itsenäinen toimintakykynsä elämänkaaren ehtopuolelle saakka. Sairaanhoitajan työssä tämä asia on hautautunut kiireen alle, mutta nyt gerontologisen koulutuksen myötä mielenkiintoni on jälleen herännyt ja haluan kehittää ikäihmisten viriketoimintaa ja saada muutkin hoitajat mukaan toimintaan. Viriketoiminnalla on myös merkitystä työhyvinvoinnille, koska se lisää hoitajien työstä saatavia mielekkyyden, onnellisuuden ja onnistumisen kokemuksia.

Johdanto

Punkaharjun vuodeosasto on yksi Itä-Savon Sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon vuodeosastoista, jossa annetaan hoidon porrastuksen mukaista sairaanhoitoa, kuntoutusta sekä pitkäaikaishoitoa. Punkaharjun vuodeosastolla tarjotaan ympärivuorokautista hoitoa ja hoivaa periaatteena kuntouttavalla työotteella toiminen ja potilaan kokonaisvaltainen hyvinvointi. Vuodeosastolla on tällä hetkellä 24 hoitopaikkaa, mutta kohti portaaton hoitomallia siirryttäessä tulevassa tehostetussa palveluasumisessa hoitopaikat vähenevät 15 asukaspaikkaan. (Itä-Savon Sairaanhoitopiiri 2014.)

Portaaton hoitomalli tarkoittaa käytännössä, että ikäihmiset saavat asua joko omissa kodeissaan palvelujen turvin tai palveluasunnoissa elämänsä loppuun saakka. Valtakunnallisten suositusten mukaisesti terveyskeskusten vuodeosastojen toiminta järjestetään uudelleen ja iäkkäiden laitoshoidon vähennetään vuoteen 2020 mennessä niin, että laitoshoidossa on vain noin 2 % vanhuksista. (Itä-Savon Sairaanhoitopiiri 2012.)

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän eli Sosterin strategiassa 2014–2016 viitataan Vanhuspalvelulakiin (980/2012), joka tuli voimaan 1.7.2013. Lain mukaan pitkäaikaisen laitoshoidon mahdollisuus pitää olla lääketieteellisesti tai muista syistä perusteltua. Vanhuspalvelulaissa säädetään palvelujen laadun turvaamiseksi toimintayksikön henkilöstöstä, johtamisesta, toimitiloista ja omavalvonnasta. Viimeksi mainittu omavalvonnan velvoite on koskenut aikaisemmin vain ikäihmisille suunnattuja yksityisiä palveluja, mutta nyt vuoden 2015 alusta myös julkisen puolen palveluntuottajien on tehtävä omavalvontasuunnitelma johdon ja henkilökunnan yhteistyönä. Omavalvontasuunnitelma on oltava julkisesti nähtävillä niin, että asiakkaat, omaiset ja muut kiinnostuneet voivat tutustua siihen. Tähän asiakirjaan kirjataan kaikki ne keskeiset toimenpiteet, joilla palveluntuottajat valvovat toimintayksikköjään, henkilökuntaa sekä palvelujen laatua. Omavalvontasuunnitelmaan olisi hyvä kirjata myös viikoittainen järjestetty viriketoiminta, joka sinällään kertoo tasokkaasta hoidosta. Palvelujen laadun ja kehittämisen päivittäinen työväline on juuri omavalvontasuunnitelma. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn turvaamisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012; Valvira 2014.)

Gerontologisen hoitotyön päämääränä on ikäihmisen hyvän toteutuminen, jota tavoiteltaessa on terveys keskeisintä. Siksi onkin huomionarvoista pohtia, mitä terveyskäsitteellä tarkoitetaan. Siihen liittyvät hyvinvointi, elämänlaatu, toimintakyky ja voimavarat. Hyvinvoinnin ja elämänlaadun käsitteet sisältävät sekä hyvän elämän ehtoja kuten esim. elinolot ja materiaallinen hyvinvointi että kokemuksellisia ulottuvuuksia esim. tyytyväisyys elämään, onnellisuus, hyvä itsetunto ja itsensä toteuttamisen mahdollisuus. (Voutilainen & Tiikkainen 2010, 57.)

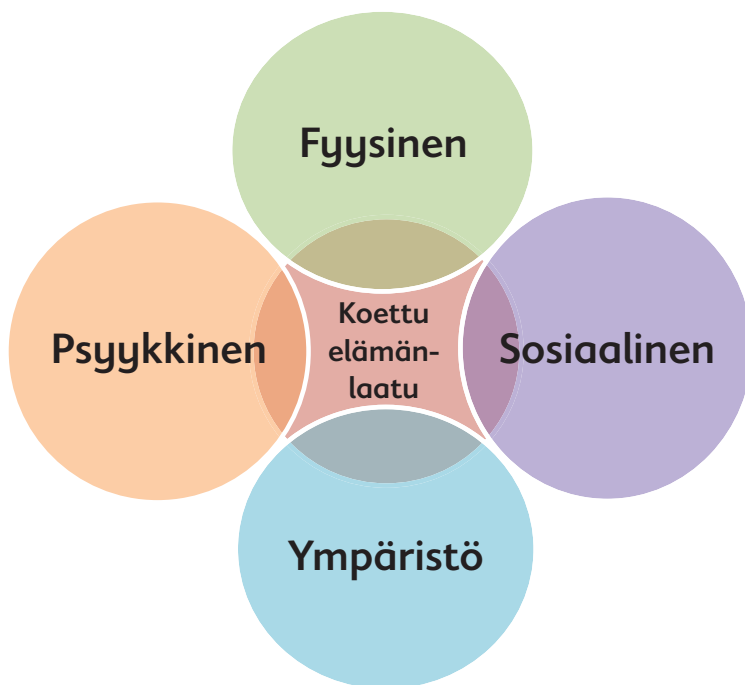
Vanhuus voidaan jaotella 3., 4. ja 5. ikään. Neljännessä iässä toimintakyky on heikentynyt ja asumismuoto muuttuu omasta kodista vanhainkodiksi tai palveluasumiseksi. Tässä riippuvuuden ja avuttomuuden vaiheessa ikäihmisen haavoittuvuus on erittäin suurta. Meidän olisikin tärkeää muistaa ja ymmärtää tämä, ettemme hoitajina tarkoituksellisesti lisää ikäihmisen haavoittuvuutta vaan pyrkisimme osaltamme lieventämään sitä. Pitäisi luoda edellytykset kii-reettömään hoitoon ja antaa aikaa ikäihmiselle. Pienelläkin tapahtumalla on merkitystä vanhuksen elämänlaadun kohentamisessa. (Sarvimäki ym. 2010.)

Viriketoiminta ei ole pelkkää ajankulua vaan se on tavoitteellista ja kuntout-tavaa toimintaa. Kuntouttava viriketoiminta pitää sisällään toimintoja ja työ-muotoja sekä ympäristöön vaikuttamisen keinoja, jotka tukevat sekä psyyk-kistä että sosiaalista toimintakykyä ja samalla kohottavat myös ikäihmisen mielialaa ehkäisten mm. masentuneisuutta. Viriketoiminta on erittäin tärkeää henkisen vireyden säilyttämiseksi etenkin huonokuntoisille vanhuksille, jotka ovat riippuvaisia toisten ihmisten tuesta ja turvasta. Tutkimukset ovat osoit-taneet, että mitä enemmän ihminen käyttää psyykkisiä, sosiaalisia ja fyysisiä voimavarojaan, sitä temppeään ne säilyvät. (Airila 2009, 5, 9, 11.)

Terveysteen liittyvään elämänlaatuun lasketaan ihmisen oma kokemus tervey-dentilastaan ja eri sairauksien hoidon vaikutukset ihmisen toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Iäkkäiden elämänlaatu käsitykseen on keskeisesti vaikuttanut Powel Lawton (1999), jonka mukaan ihmisen omien valintojen, toiminnan ja ympäristötekijöiden välillä tulee vallita tasapaino. Tällöin ymmärretään, että elämänlaatu on käsite, joka muotoutuu yksilön ja ympäristön välisessä vuoro-vaikutuksessa. Ikä-ihmisen hoidon ja hoivan tavoitteena on hänen terveyten-sä, toimintakykynsä, voimavarojen ja elämänlaadun tukeminen. (Voutilainen & Tiikkainen 2010, 74). Elämänlaatu Powel Lawtonin kuvaamana koostuu neljästä eri osa-alueesta: psyykkisestä-, fyysisestä- ja sosiaalisesta ulottuvuudes-ta sekä ympäristöön liittyvästä ulottuvuudesta että koetusta elämänlaadusta (kuvio1.)

Viriketoiminnan kehittäminen

Vuodeosastolla viriketoiminnan kehittämisessä edettiin tuotekehitysvaiheiden mukaisesti. Tuotekehitysprosessin vaiheet ovat ideointivaihe, suunnitteluvai-he ja toteutusvaihe. (Perälä 2014.) Taulukossa 1 olen kuvannut tuotekehitys-prosessin vaiheita; prototyypinä on kokeilu viriketuokio, jolloin toimintaa on testattu. Tämän avulla tuotetta voidaan kehitellä lisää, tunnistaa epäkohdat ja korjata ennen käyttöönottoa. Tuotekehityksen tuloksia voidaan arvioida ja tehdä loppuraportti. Tuotekehityksen tuotokset ovat onnistuneita, jos tuote vastaa asiakkaiden tarvetta. (Perälä 2014, 19.)



KUVIO 1. Elämälaadun ulottuvuudet Powel Lawtonin käsityksen mallia soveltaen (Voutilainen & Tiikkainen 2010, 75)

TAULUKKO 1. Tuotekehitysprosessin vaiheet

Virike-toiminnan tarve	Ideointi "Toivomuslaatikko"	Suunnittelu Osastotunti ideoiden purku	Toteutus kokeilu viriketuokio	Viriketoiminnan vakauttaminen osaksi osaston toimintaa
------------------------	-----------------------------	--	-------------------------------	--

Ideointivaihe

Heti kun kehitystarve on selvillä, voidaan aloittaa tuotekehitysprosessin ensimmäisellä vaiheella, joka on ideointi. Ideointi onnistuu parhaiten, kun mukana on monipuolinen osaajajoukko. Apukeinoina voidaan käyttää erilaisia luovuus- ja tuotekehityskeinoja: aivoriisiä, tuumatalkoita tai muuntelumene- telmiä. (Perälä 2014, 18.)

Viriketoiminnan kehittämisaiheita pohdittiin keväällä 2014 osastotunnilla. Lisäksi laitoin lomalle lähtiessäni toukokuussa vuodeosaston aulan pöydälle laatikon, jonne sekä potilaat että hoitajat voivat laittaa omia ehdotuksia viri- ketoiminnaksi. Osastotunnilla ideoina tulivat esille: lehtien lukeminen, lau-

laminen, runoesitykset, muistelu, tasapainoharjoitukset, käsityöt, pelien pelaaminen, bingo, levyraati, ulkoilu, puutarhanhoito, leipominen ja asiantuntijaluennot. Osastotunnilla ehdotettiin myös kokeilua hiljaiseen raportointiin siirtymisestä iltavuoroon tulijoille kesän 2014 alusta.

Toivelaatikon aiheina olivat: ”musiikkituokiot”, ”lauluryhmä”, ”lehdenlukua”, ”entisajan muistelot”, ”leipominen”, ”neulomista”, ”ulkoilua yhdessä”, ”lettukestit”, ”juhannusjuhla”, ”makkara- ja lettukestit, bingo, musiikkituokio- kaikki pihalla”, ”esim. muistelua: muistelulaukku, joka sisältää erilaisia vanhoja esineitä (esineiden tutkimista yhdessä ja muistelua), muistipelit”, ”askartelu; helmiaskartelu tms.” ja ”istutaan ringissä: otetaan vaikka a: lla tai millä tahansa kirjaimella alkava nimi. Jos ei tiedä, putoaa pois. Näin mennään, kunnes voittaja on jäljellä, tämä on laivan lastaus.”

Suunnitteluvaihe

Osastolla on nimetty virikevastuuhenkilö, mutta jostain syystä viriketoiminta ei ole päässyt käyntiin. Osastolla kyllä käy silloin tällöin ohjelmia esittämässä lauluryhmä, eläkeläisjärjestöt ja Lions Club järjestää pari kertaa vuodessa makkaranpaisto/lettukestejä. Lisäksi seurakunnan hartaushetket ovat osastolla kerran kuukaudessa.

Punkaharjun vuodeosastolla toimii fysioterapeuttien ohjaamat kuntoryhmät kolme kertaa viikossa aamupäivisin (maanantaisin, keskiviikkoisin ja perjantaisin). Tämän takia suunnittelimme viriketuokion päiväksi joko tiistai- tai torstai-iltapäivää. Viriketuokion aiheet voisivat vaihdella vuodenkierron mukaan. Kesäkuun puolivälistä 2014 alkaen on työvuorolistalla otettu käyttöön ns. välivuoro klo 10–18, joka antaisi mahdollisuuden keventää iltavuorolaisien työtaakkaa ja kiirettä sekä lisätä aikaa viriketoimintaan.

Viriketoiminnan toteutus

Kesällä 2014 kokeilin viriketoiminnan toimivuutta osastolla ollessani itse välivuorossa. Muut hoitajat osallistuivat potilaiden ohjaamiseen ja kuljetukseen ulos, jossa pidin laulu- ja laulunsanoihin liittyvän tietovisan. Materiaalia olin hakenut lainaksi etukäteen muista läheisistä yksiköistä. Kutsuin vuodeosaston potilaiden lisäksi mukaan myös alakerrasta Palvelutalo Helminauhan asukkaita, jotka saapuivatkin paikalle, kuka pyörätuoliaan kelaten, kuka kävellen. Kaikki olivat innokkaasti mukana sekä laulamissa että laulunsanojen muistelemisessa.

Viriketoiminnan toimivuutta on näin testattu onnistuneesti ja tästä on ollutkin hyvä jatkaa eteenpäin. Tämän jälkeen on viriketoimintaa ehditty järjestää ryhmämuotoisena pari kertaa; aiheina olivat toisella kerralla palapelien tekeminen ja kolmannella kerralla kysymyskortit. Nyt viriketoiminnan alkuvai-

heessa päävastuu suunnittelemisella ja ohjaamisella on vielä minulla, mutta tulevaisuudessa toiveena olisi, että jokainen hoitaja sitä vuorollaan toteuttaisi omien kykyjensä ja taitojensa mukaan. Ryhmänohjauksessa on tärkeää, että ryhmän koko on sopiva noin 8–10 henkilöä ja huomioidaan kaikki asiakkaat tasavertaisina ja kannustetaan heitä toimintaan mukaan.

Viriketoimintaan osallistuneilta olen saanut myönteistä palautetta; että on mukavaa olla yhdessä, keskustella ja tehdä yhdessä erilaisia asioita. Eräs ryhmään tullut rauhaton potilas poistui paikalta hetkeksi, mutta hän palasi takaisin ja sanoi: ”on niin mukavaa kuunnella, että tulin takaisin.” Sain palautetta eräältä lähes 94-vuotiaalta vanhukselta, että osastolta puuttuu yhteisistä tiloista kalenteri, missä lukisi selkeästi vuosi, kuukausi ja päivä sekä ketkä viettävät nimipäiviään. Näin heidänkin olisi helpompi pysyä ajassa mukana. Erittäin terävänäköinen huomio, joka kaipaa pikaista parannusta!

Hoitotyön lomassa olen kokeillut laulamista motivointikeinona. Lauloimme usein erään muistamattoman potilaan kanssa ”Kaunista Veeraa” wc-käynteillä, että askel nousisi paremmin ja hän alkoi kertomaan kyseisen elokuvan juonta perusteellisesti joka kerran aina uudestaan ja uudestaan. Erälle potilaalle lauloin ”Tunnetko Liisukan hei” ja hän sanoi: ”voi sinä saat minut itkemään!”

Eräs hoitaja oli saanut tarratikkataulun ja laittoi sen osaston seinälle ja kuinka ollakaan; se on ollut ahkerassa käytössä!

Pohdinta

Viriketoiminnan tarpeellisuudesta ja sen kehittämisestä on kyllä puhuttu osastotunneilla varmasti aikaisemminkin, koska on nimetty virikevastaava. Jostain syystä alkuun pääseminen vain on siirtynyt ja ehkä viriketoiminnan aloittamista ei ole otettu tosissaan. Ehkä olisi tarpeellista antaa jokaiselle mahdollisuus kokeilla vetää jonkinlainen viriketuokio vuorollaan, sillä ihan mahdollittoman helppoa ja yksinkertaista se ei missään nimessä ole. Viriketuokion suunnitteleminen vaatii aikaa ja järjestelyä sekä henkilökunnan yhteistoimintaa, koska hyvin suunniteltu on aivan kuin puoliksi tehty.

Tulevaisuudessa toivoisin enemmän mahdollisuuksia toteuttaa viriketoimintaa, mutta se nyt näyttää siirtyvän syksymmälle. Ongelmina ovat olleet ajanpuute, yllättävät sairauslomat ja näin ollen liian vähäinen henkilökunta osastolla. Itselläni ei ole kovin monta välivuoroa ollut, koska välivuorot on laitettu työvuorolistalla pääasiassa lähihoitajille, koska sairaanhoitajia on paljon vähemmän kuin lähihoitajia osastolla. Lisäksi sairaanhoitajia tarvitaan lääkärintkiertopäivinä

maanantaisin ja perjantaisin. Aamuvuoroissa iltapäivä kuluu pääasiallisesti raportointiin ja kirjaamiseen, joka sekin keskeytyy aika ajoin. Valitettavasti hiljaiseen raporttiin siirtyminen ei onnistunut; syy siihen jäi epäselväksi.

Oman ongelmansa henkilökunnan ajankäytössä tuovat aina saapuvat/lähtevät potilaat, mutta seuraavan puolen vuoden sisällä tilanne vakiintuu, koska Rauhala-kodin asukkaat muuttavat remontin ajaksi ”evakkoon” vuodeosastolle lokakuun 2014 lopulla ja näin ollen ei osastolla tule olemaan sellaista vaihtuvuutta kuin ennen. Tämän muutoksen sen myötä toivon viriketoiminnan vakiintuvan säännölliseksi ja aikaa löytyvän enemmän ikäihmisten hyväksi.

Viriketoiminta tuo iäkkäiden elämään merkityksellisyttä, elämäniloa, vaihtelua ja näin ehkäisee masentuneisuutta ja yksinäisyyttä. Sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky kohenee myös viriketoiminnan ansiosta eikä varmastikaan tarvitse niin herkästi turvautua lääkehoitoon kaikissa tilanteissa. Olen saanutkin viriketoimintaan osallistuneilta myönteisiä palautteita: ”tämä oli mukavaa” ja ”oli kivaa olla yhdessä”. Olen myös huomannut iäkkäiden kasvojen ilmeistä kertovan hyvänolon, innostuksen punan poskilla sekä silmissä tekemisen ilosta kertovan loistavan pilkkeen.

LÄHTEET

Airila, A. 2009. Vanhusten viriketoiminnan perusteet – opas vanhustyöntekijöille. Ikäinstituutti. SLU-paino.

Itä-Savon sairaanhoitopiiri 2012. Portaaton hoitomalli. Suunnitelmaluonnos. isshp/intranet

Itä-Savon sairaanhoitopiiri 2014. Laitoshoidon Sosterissa. WWW-dokumentti. <http://www.isshp.fi/index.asp>. Ei päivitystietoa. Luettu 19.8.2014.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 960/2012. WWW-dokumentti. <http://finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 19.8.2014.

Perälä, M. 2014. Siirtymätyö ”Jokainen ansaitsee mahdollisuuden”. Opinnäyte-työ. Sairaanhoitajakoulutus.

Sarvimäki, A., Heimonen S. & Mäki – Petäjä - Leinonen A. 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Edita Publishing Oy.

Valvira 2014. Vanhustenhuollon sosiaali- ja terveystalvvelut. WWW-dokumentti http://www.valvira.fi/ohjaus_ ja_valvonta/vanhustenhuolto. Ei päivitystietoja. Luettu 17.9.2014.

Voutilainen, P. & Tiikkainen P. (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki. WSOY.

KULTTUURITUOKIO VAI PALVELUTUOKIO? ASIAKASLÄHTÖINEN KULTTUURITOIMINTA PALVELUTALOSSA ASUESSA

Liikkanen Satu

TIIVISTELMÄ

Ikäihmisten kasvava osuus haastaa kehittämään ratkaisuja, jotka tukevat heidän hyvinvointiaan. Suomen Terveiden edistämisen politiikkaohjelmaan kuuluu Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia -toimintaohjelma 2010 - 2014. Ohjelman tavoitteena on, että jokaisella on oikeus ja tasa-arvoinen mahdollisuus itse tehdä taidetta ja osallistua kulttuuritoimintaan, sillä kulttuurin ja taiteen keinoin voidaan edistää terveyttä ja hyvinvointia, parantaa elämänlaatua sekä lisätä yksilön osallisuutta yhteisöön ja yhteiskuntaan.

Usein hoitajilla palvelutaloissa ei ole kuitenkaan aikaa suunnitella ikäihmisten kulttuuritoiminnan sisältöjä. Havaittu kiireisyys hoitotyössä haastaa pohtimaan, millainen kulttuuritoiminta on laadukasta ja hyvää palvelua asukkaalle. Mitä tulisi huomioida erityisesti, millaisien sisältöjen ympärille ohjattujen tuokioiden tulisi rakentua ja mitä asioita ohjaus-tilanteessa tulisi painottaa, jotta asiakas viihtyy ja on palveluun tyytyväinen? Ihmisellä on koko elämän ajan, aina lapsuudesta alkaen, erilaisia harrastuksia ja vapaa-ajanvietteitä. Palvelutalossa asuessaan tarve kokea ja tehdä mielekkäitä asioita ei katoa, vaan vanhanakin sitä toivotaan ja odotetaan. Kulttuuritoiminnan järjestämistä varten ryhmätoiminnan sisällöt on mahdollista suunnitella asiakaslähtöisesti – huomioiden asiakkaiden henkilöhistoria ja mieltymykset. Suunniteltaessa kulttuuritoimintoja ja palveluita ikäihmisille ei voida ohittaa ikäihmisten omia näkemyksiä. Näkemys riippuu näkijästä, sillä ”vain vanha tietää, millaista on olla vanha”. Asiakkaan kokemus laadusta muodostuu sekä siitä, mitä asiakas lopputuloksena saa, että siitä, miten varsinainen palveluprosessi sujuu. Tapa, jolla palvelu suoritetaan, saattaa asiakkaalle olla jopa palvelun lopputulosta tärkeämpi.

Tein kokeilumuotoisena kehittämissuunnitelmana Osallistumisen Hurmaa -hankkeessa mukana olevassa palvelutalossa kulttuurisen tuokion kehittämissuunnitelman. Siinä lähdettiin kehittämään asukkailla ohjattavia musiikkituokioita kerran viikossa yhteislaulun avulla. Kehittämissuunnitelmissa erityisesti palvelun merkitys korostui. Kehittämissuunnitelman havainnot tuovat esille kulttuurituokion ohjauksen toimintatapoja, jotka lisäävät asiakkaiden tyytyväisyyttä palvelun laatuun. Laadullinen ajattelu kulttuurista palvelutuokiona voi tulevaisuudessa parantaa palvelutaloissa asumisen laatua, hyvinvointia ja palvelutalojen kilpailukykyä.

Millaisia kulttuuripalveluita vanhukset tulevaisuudessa palvelutalon arjessa haluavat, ja pystymmekö vastaamaan kysyntään? Asiakas määrittelee laadun. Meidän on eletävä jatkuvassa muutoksessa mukana ja annettava mahdollisuus kulttuuriseen kotiin myös palvelutalossa asuessa. Kulttuuri palvelutuokiona -visio kulttuurin laadullisesta kehittämisestä vanhustyön toimintaympäristöissä puhuttelee ja haastaa meidät vanhusten parissa työskentelevät rakentamaan itsellemme tulevaisuuden kulttuurista kotia, jollaisessa itse viihtyisimme ja jotta elämä on elämisen arvoista.

Kulttuuritoiminta arjessa

Ikäihmisten kasvava osuus haastaa kehittämään ratkaisuja, jotka tukevat heidän hyvinvointiaan. Kulttuuritoiminta vanhusten palvelutaloissa tarkoittaa yleisesti viriketoiminnan järjestämistä. Usein hoitajilla ei kuitenkaan ole aikaa suunnitella kulttuuritoiminnan sisältöjä. Hoitotyön kiireisyys haastaa miettimään, millainen kulttuuritoiminta on laadukasta ja hyvää palvelua asukkaalle asiakkaana. Millaisia asioita tulisi erityisesti ottaa huomioon kulttuuritoimintaa suunniteltaessa? Millaisien sisältöjen ympärille ohjattujen kulttuurituokioiden tulisi rakentua? Millainen on sellainen kulttuurituokio sisällöltään, joka palvelee mahdollisimman montaa asiakasta? Mikä on riittävää ja laadukasta toimintaa, ja miten laatu tehdään? Kulttuuritoiminta tulisi olla palvelu muiden joukossa, jota kehitetään asiakaslähtöisesti, osana hoivatyötä.

Erilaiset harrasteet ovat olleet läsnä meidän jokaisen elämässä koko elämänkaaremme ajan, ja ne ovat sitä kulttuuria ja niitä asioita, jotka tekevät elämästämme elämisen arvoista ja antavat meille elämyksien kautta hyvinvointia. Arjen hallinta ja mielekäs tekeminen on oleellinen osa hyvinvointia myös palvelutalossa asuessa, sillä jokaisen ihmisen perusoikeus on saada nauttia kokonaisuudesta elämästä, iästä ja asuinpaikasta riippumatta. Palvelutalossa asuessaan tarve kokea ja tehdä mielekkäitä asioita ei katoa, vaan niitä asioita odotetaan.

Suomen Terveyden edistämisen politiikkaohjelmaan kuuluu Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia -toimintaohjelma (2010 - 2014), jossa on kolme painoaluetta: 1. kulttuuri osallisuuden, yhteisöllisyyden, arjen toimintojen ja ympäristön edistäjänä, 2. taide ja kulttuuri osana sosiaali- ja terveyshuoltoa ja 3. työhyvinvoinnin tukeminen taiteen ja kulttuurin keinoin. Ohjelman tavoitteena on, että jokaisella on oikeus ja tasa-arvoinen mahdollisuus itse tehdä taidetta ja osallistua kulttuuritoimintaan. Pyritään myös siihen, että kulttuurin vaikutukset hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi on tunnustettu poliittisella, hallinnollisella ja rakenteiden tasoilla. Kulttuurin ja taiteen keinoin voidaan edistää terveyttä ja hyvinvointia, parantaa elämänlaatua sekä lisätä yksilön osallisuutta yhteisöön ja yhteiskuntaan. Yhteisöllisyys ja jaetut kokemukset lievittävät yksinäisyyttä ja ehkäisevät masennusta. Useat toimintakykytutkimukset ovat osoittaneet, että kulttuuri- ja taideharrastukset edistävät terveyttä ja hyvinvointia. Eristyneisyys ja yksinäisyys ovat riskitekijöitä ikään-

tyneiden mielenterveydelle. Vanhempien ikäryhmien mielenterveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat useat tekijät. Sosiaaliset tekijät, kuten osallistuminen mielekkääseen toimintaan, sosiaaliset tapahtumat, ihmissuhteet ja sosiaaliset verkostot, ovat erittäin tärkeitä, sillä ne parantavat myös ikääntyneiden mielenterveyttä. (Tamminen – Solin 2013, s. 49 – 51 ja 61.)

Kulttuurituokio vai palvelutuokio?

Kulttuuri on tullut osaksi hoivatyötä. Palvelutaloissa työskentelevä hoitohenkilökunta toteuttaa kulttuuria arjessa esimerkiksi ohjaamalla erilaisia ryhmiä ja mahdollistamalla asukkaan eli asiakkaan osallisuuden erilaisiin kulttuuritoimintoihin. Näitä ovat esim. leipominen, käsityöt, nikkarointi ja ulkopuolinen kulttuuritoiminta, kuten teatterikäynnit. Vapaaehtoiset ryhmien vetäjät ja erilaiset esiintyjäryhmät vierailevat myös silloin tällöin, mutta säännöllinen kulttuuritoiminta on usein henkilökunnan pitämää. Koska kulttuuri ja mielekäs tekeminen ovat entistä tärkeämpiä myös tulevaisuuden vanhustyössä ja strategioissa, hoitohenkilökunnan merkitys korostuu. Hoitaja on paras asiantuntija suunnittelemaan ja toteuttamaan kulttuuritoimintaa asiakaslähtöisesti, koska hänellä on tieto asiakkaan henkilöhistoriasta ja mieltymyksistä.

Laatutietoiseen vanhusten palvelujärjestelmän rakentamiseen peräänkuulutetaan yhä enemmän julkista arvokeskustelua sekä vanhusten omien mielteiden ja tarpeiden huomioimista. Arvokeskustelun tavoitteena on nostaa esille niitä arvoja, joiden perustalle vanhusten hoito ja palvelut rakennetaan. Historiallisesta tarkastelusta käy ilmi, että julkista vanhusten palvelujärjestelmää on rakennettu eri aikoina erilaisiin arvoperustoihin. Lähitulevaisuuden haasteena palvelujärjestelmän kehittämiseksi on asiakaslähtöisyys. (Kankare - Lintula 2005, s. 19, 31.)

Kuinka voimme huomioida kulttuurituokioiden suunnittelussa yksilöllisesti asiakkaat ja tehdä arjen kulttuuritoiminnasta heidän näköistään? Voimme löytää aina uusia tapoja toteuttaa kulttuuritoimintaa vanhustyössä, mutta jos lähdemme asiakkaan näkökulmasta ja hänen toivomuksista ja odotuksistaan järjestämään kulttuuritoimintaa, se saattaa useinkin vaatia omien mukavuusrajojen ylittämistä. Uskaltautumalla mukavuusrajojen ulkopuolelle ja toimimalla asiakaslähtöisesti saamme tarjoamastamme kulttuuripalvelusta asiakkaan näköisen ja toiminta parhaiten edistää hyvinvointia. Pystymmekö mieltämään kulttuurituokiot palvelutuokioiksi? Pystymme löytämään helposti muutamia peruspilareita asiakaslähtöisen kulttuurituokion suunnitteluun ottamalla selville taustatietoja asukkaan harrasteista elämän aikana, tutustumalla hänen elämänhistoriaansa ja huomioimalla mahdollisesti laaditun hoitotahdon. Useimmiten esille nousevat esimerkiksi mieltymys musiikkiin, luonto, juhlapyhät ja yhteiset juhlat. Näiden asioiden ympärille voidaan rakentaa jo paljon. Elämys koskettaa, antaa mielihyvää. Se on jotakin, mitä odottaa; esimerkiksi dementoituneella vanhuksella se voi olla hymy ja onnellisuus juuri

siinä hetkessä. Jokaiselle asukkaalle kulttuurimieltymykset ovat siis jollakin tavalla henkilökohtaisia, mutta on myös sellaisia kuntouttavia kulttuurimuotoja, joilla voimme koskettaa useimpia vanhuksia.

Yksi helpoimmin toteutettavista muodoista onkin musiikki. Esimerkiksi dementoitunut asukas palvelutalossa ei välttämättä pysty puhumaan, mutta hän pystyy laulamaan. Vaikka hän ei liikuttaisi suutansa, hän on ehkä levollinen ja kuvittelee laulavansa. Ava Numminen kuvailee Reija Kokkolan kirjoittamassa Proud Age -lehden artikkelissa, että laulaminen on jo sinänsä liikuntaa. Musiikki aktivoi keuhkot, kielen, huulet, kasvolihakset ja kurkunpään. Ryhti paranee ja hengitys voimistuu. Numminen on ollut mukana kehittämässä musiikkipohjaista kuntouttamismenetelmää Helsingin yliopiston kognitiivisen aivotutkimuksen yksikön ja Sibelius-Akatemian musiikkikasvatusosaston kanssa. Musiikki toimii kuin fysiologinen lääke ja virittää ihmistä, myös muistisairasta ihmistä. Arkikokemuksen ja tutkimuksen perusteella tiedetään, että musiikki vaikuttaa mielialaan ja vireystilaan, Numminen kertoo. (Kokkola 2014, s. 57.) Musiikin avulla voidaan tukea ikääntyneen hoitoa ja kuntoutusta, auttaa häntä ylläpitämään hyvää oloa ja toimintakykyä (Tamminen - Solin 2013, s. 49 – 50).

Kulttuuritoiminnan suunnittelu

Kulttuuritoiminnan järjestämistä varten ryhmätoiminnan sisällöt palvelutalossa voidaan suunnitella asiakaslähtöisesti. Henkilökunnan järjestämää kulttuuritoimintaa voidaan seurata kulttuuritoiminnan seurantalomakkeella, johon kirjataan osallistujien määrä ja tarvittaessa myös nimet. Lomakkeista seuraamalla voidaan tehdä kuukausittain analyysyjä toiminnan kehittämistä varten ja tehdä havaintoja asiakkaiden osallistumismäärästä eri tuokioissa. Kulttuuritoiminta palvelutalossa voidaan suunnitella sellaiseksi, että siinä on huomioitu vuodenvaihtojen juhlat, asukkaiden mieltymykset ja monipuolisuus - liikuntasuosituksia ja ulkoilua unohtamatta. Musiikin tahdissa voi liikkuu, ja yhteislauluja voidaan kesäaikaan laulaa vaikkapa ulkona. Tärkeää olisi, että jokaisella olisi halutessaan mahdollisuus olla osallinen jossakin mielekkäässä toiminnassa. Kulttuuritoiminta arjessa tutkitusti parantaa myös työyhteisöjen hyvinvointia.

Materiaalipankit erilaisilla nettisivustoilla pursuavat ideoita ryhmä- ja yksilötoiminnan ohjaamiseen. Kirjastoista löytyy hyllyittäin erilaista kirjallisuutta ja tutkimustietoa siitä, kuinka erilaiset kulttuurin muodot vaikuttavat hyvinvointiin. Mukavan yhteisen hetken järjestäminen ei toisaalta vaadi materialistisesti paljonkaan resursseja. Toki helpottaa, jos lauluvihkoja on saatavilla kaikille asukkaille ja säestys-cd löytyy hyllystä. Tosiasiassa vanhat laulut löytyvät muistista ilman sanojakin ja pienen laulutuokion voi järjestää vaikkapa ennen ruokailua, kun kaikki asukkaat ovat jo valmiina paikalla. Tuokion järjestämisen tärkein työkalu on hoitaja itse.

Suunniteltaessa kulttuuritoimintaa ja palveluita ikäihmisille ei voida ohittaa ikäihmisten omia näkemyksiä. Tämä ajattelu on asiakaskeskeisen lähestymistavan perusta. Ikäihmisen tarpeiden huomioiminen liittyy läheisesti siihen, miten ihminen, ihmisyys ja väistämätön vanheneminen käsitetään. Näkemys riippuu näkijästä. Vain vanha tietää, millaista on olla vanha. Yhteiskunnassa suunnitelmia tekevät työikäiset ihmiset, mikä tekee suunnittelusta haastavaa. Erityisen haasteen ympäristöjen ja toimintatapojen kehittämiseen tuovat ne ikäihmiset, joilla on etenevä muistisairaus. Dementoitunut ihminen ilmaisee jäljellä olevilla kyvyillään ja yksilöllisillä keinoillaan tunteitaan ja toiveitaan. Tarpeet ja toiveet ovat yksilöllisiä, mutta dementoituneille on yhteistä korostunut tarve elää ympäristössä, joka tulee turvallisuuden ja omanarvontunteen kokemuksi. Useat tutkijat väittävät, että ”se, missä olemme, kertoo, keitä me olemme”. (Mäkinen - Kruus - Niemelä - Roivas 2009.)

Yhteislaulu kulttuuripalvelutuokiona -kehittämisprojekti

Osallistumisen Hurmaa -hankkeen (Ray 2012 – 2014) projektityöntekijänä olen ollut ideoimassa ja kehittämässä kulttuuritoimintaa sekä tekemässä kulttuurimuutostyötä vanhusten palvelutaloissa ja päiväkeskuksissa yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Projektin kohderyhmänä ovat olleet mukana olevien yhdistysten työntekijät hoivayksiköissä, vapaaehtoistyöntekijät ja omaishoitajat. Yksiköissä on toteutettu laaja-alaisesti kulttuuria, järjestetty erilaisia koulutuksia henkilökunnalle sekä luotu uudenlaisia, asiakaslähtöisiä kulttuurinmuotoja ja toimintatapoja. Oleellisesti kehittämistyöhön on kuulunut henkilökunnan pitämien kulttuurituokioiden seuranta, yhteiset palaverit kulttuurista henkilökunnan kanssa, kulttuurisuunnitelmien laadinta ja sitä kautta myös kulttuuritoiminnan kehittäminen ja kulttuuritoiminnan monipuolistuttaminen.

Yhdessä hankkeen yksiköistä valitsin kehittämiskohteeksi yhteislaulutuokioiden. Kehittämisprojektin kohde hankkeen yksiköistä oli vanhusten palvelutalo, joka tarjoaa vanhusten ympärivuorokautista asumispalvelua. Palvelutalon arjessa yhteislaulua järjestettiin kulttuuritoiminnan seurantalistojen mukaan noin kaksi kertaa kuukaudessa. Kahden ensimmäisen Osallistumisen Hurmaa -hankevuoden aikana oli selvästi tullut esille palvelutalon asukkaiden innostus yhteislauluun. Yhteislaulutuokion kehittämiseksi oli siis tilaus asiakkaiden näkökulmasta. Seurantalistojen mukaan Yhteislaulutuokioiden osallistivat palvelutalon asukkaita yhteiseen toimintaan eniten eri kulttuurin toimintamuodoista. Kehittämisprojektissa palvelutaloon päätettiin perustaa yhteislauluryhmä, joka kokoontui kahdeksan kertaa sovitusti kerran viikossa säännöllisesti tiistaisin. Olin ohjaajan apuna havainnoimassa toimintaa. Yhteislaulutuokioiden ja kehittämisprojektin oli ideana myös, että tutustutaan hankkeen tuottamiin lauluvihkoihin. Kaikille hoitajista yhteislaulu ei ollut mieluisin osa-alue,

joten haasteena kehittämisprojektissa oli omien mukavuusrajojen ulkopuolelle uskaltautuminen. Käytimme noin 45 minuutin pituisissa yhteislaulutuokioissa kahta eri lauluvihkoa, joissa molemmissa oli tausta-cd-levy. Ohjasin kokoontumiskerroista kaksi, ja kuusi kertaa vetovastuussa oli palvelutalon henkilökunta. Yhteislaulutuokioista pidettiin, ja ne osallistivat kehittämisjakson aikana usein jopa 2/3 asukkaista.

Yhteislaulutuokioita pidettäessä havaitsin, että vaikka lauluvihko usein oli sama, ohjaajan sosiaalinen vuorovaikutus vaikutti asukkaiden tyytyväisyyteen. Kun ohjaaja oli vuorovaikutteinen eli kertoi henkilökohtaisia kokemuksia ja kyseli asukkailta henkilökohtaisia kokemuksia tai muistoja, kiiteltiin mukavasta laulutuokiosta. Kun tuokiosta ei ollut ohjaajan ja asukkaiden välistä vuorovaikutusta, tuli kommentteja: ”Miksi aina näitä samoja lauluja?” Useimmiten kommentit olivat kuitenkin: ”Koska lauletaan uudelleen?” Koin erityisen hyväksi toiminnan säännöllisyyden viikoittain samana päivänä. Ohjaajan laulutaidolla en huomannut olevan minkäänlaista merkitystä asiakastyytyväisyyteen. Erityisenä haasteena mielestäni oli juuri ohjaajan innostuminen musiikkitoiminnasta, niin että se välittyisi myös asukkaille, ja ohjaajan kontaktin ottaminen asukkaisiin. Vuorovaikutteisuus oli tuokioissa tärkein työväline saavuttaa asiakastyytyväisyys.

Hyvä palvelutuokio syntyy vain siltä pohjalta, että asiakas tuntee itsensä palvelutilanteessa tasavertaiseksi palvelun tuottajan kanssa ja että hänen kohtelunsa on kunnioittavaa, ammattitaitoista ja oikeudenmukaista. (Rissanen 2005, s. 16.)

Laatu on vaikea määritellä muutamalla sanalla. Yleisesti ottaen laatu tarkoittaa sitä, miten hyvin palvelu vastaa asiakkaan odotuksia tai vaatimuksia. Asiakas on laadun tulkitsija, ja laatua tulisikin aina tarkastella asiakkaan näkökulmasta. Vain asiakas voi kertoa, onko laatu hyvä vai huono eli vastaako laatu asiakkaan odotuksia. Asiakkaan kokemus laadusta muodostuu sekä siitä, mitä asiakas palvelun lopputuloksena saa, että siitä, miten varsinainen palveluprosessi sujuu. Tapa, jolla palvelu suoritetaan, saattaa asiakkaalle olla jopa palvelun lopputulosta tärkeämpi. Palveluorganisaation, henkilöstön ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on avainasemassa hyvän palvelukokemuksen muodostumisessa. (Ylikoski 1999, s. 118.)

Tämän kehittämisprojektin laadukkaassa kulttuurisessa yhteislaulua sisältävässä palvelutuokiosta oli eniten kyse vuorovaikutuksesta, toiveiden huomiomisesta, kiireettömyydestä ja siitä, että tuokion ohjaaja on läsnä. Yhteislaulutuokioissa oli havaittavissa, että asiakkaisiin vaikutti eniten se, millä tavalla palvelu suoritettiin eli miten tuokion ohjaaja käytti vuorovaikutusta tuokion aikana ja ottiko ohjaaja kontaktia asiakkaisiin laulun aikana vai ei. Laulun aikanakin kontaktin pystyi saamaan katseella, hymyllä, käden puristuksella,

jalan tömistyksellä samassa tahdissa kuin asukas ja vain sillä, että tarttui hetkeen ja oli läsnä. Vuorovaikutus ei tässä tarkoita, että asiakastyytyväisyys olisi ollut sitä parempi, mitä enemmän ohjaaja kertoi tarinaa laulujen välissä, vaan ihan pieniä asioita, kohtaamisia asukkaiden kanssa. Katse ja hymy ovat yhtä hyviä keinoja kuin kysymys, joka esitetään asukkaalle.

Kulttuuripalvelutuokion laadun ulottuvuudet

Havainnoin vielä musiikin kehittämisprojektia palvelun laadun ulottuvuuksien näkökulmasta ja sitä, miten ne tulivat esille kehittämisprojektissa.

Palvelun laadussa ja ulottuvuuksissa palvelun laatua arvioidessaan asiakas muodostaa käsityksen palvelun laadun ulottuvuuksista (Ylikoski 1999). Kulttuuripalvelutuokion laadun ulottuvuudet voidaan erotella myös musiikin kehittämisprojektista.

Luotettavuus tarkoittaa asiakkaalle palvelusuorituksen johdonmukaisuutta ja virheettömyyttä. Tämä tarkoittaa että palvelun tarjoaja pitää lupauksensa. Luotettavuus on koko palvelun ydin. Palvelun luotettavuuteen vaikutti suuresti henkilökunnan vuorovaikutus ja tapa suorittaa palvelua. Asukkaat olivat tyytyväisiä, kun palvelu oli vuorovaikutteista. Palvelutalon asukkaille oli myös tärkeää saada tietää, koska seuraava yhteislaulutuokio järjestetään. Tieto tulevasta ajankohdasta sai asukkaat tyytyväisiksi ja iloisiksi.

Reagointialttius tarkoittaa henkilöstön valmiutta ja halukkuutta palvella asiakkaita. Tuokioissa asukkaat joskus kommentoivat, ja tuokioon saatiin lisäväriä tarttumalla asukkaiden kommentteihin tai keskustelunaiheisiin. Reagointialttius näkyi muun muassa yhdessä tilanteessa, kun eräs asukkaista tuli tilaan, jossa tuokio oli juuri meneillään. Kun kukaan ei juuri silloin ehtinyt reagimaan nopeasti ja laittamaan hänelle tuolia ja laulunsanoja, hän lähti pois. Vastaavassa tilanteessa toimittiin seuraavalla kerralla nopeammin.

Pätevyys tarkoittaa, että palveluntuottajilla on tarvittavat tiedot ja taidot.

Hoitaja on paras asiantuntija oikeanlaisen kulttuuritoiminnan toteuttamiseen asukkaalle. Hän pystyy kyselemään asukkailta heitä kiinnostavia asioita lauluista eli yhdistämään laulun ja asukkaan. Toiselle asukkaalle oli tärkeä lausua runo ja toiselle taas kertoa lapsuuden muisto. Nähtävissä oli myös muutamien hoitajien avoimen vähättelevä asenne omaa laulutaitoaan kohtaan. Kommentit olivat tarpeettomia, ja mielestäni ne loivat turhaan vähättelevää ilmapiiriä. Laulutaidolla ei ollut kehittämisprojektissa näkyvää merkitystä asiakastyytyväisyyteen.

Saavutettavuus merkitsee helppoa yhteydenottoa. Asiakas ei joudu odottelemaan palvelua kohtuuttoman kauan.

Tuokiot alkoivat aina sovitusti, mutta jos henkilökunnalle oli tullut yllättäviä

tilanteita tai oli henkilökunnan poissaoloja, asukkaiden hakeminen paikalle viivästyi. Useat asukkaista tosin muistivat ja tulivat itse paikalle, mutta osa asukkaista tarvitsi muistuttelua. Saavutettavuus ei ole kaikille asukkaille mahdollista ilman henkilökunnan apua.

Kohteliaisuus pitää sisällään huomaavaisen ja asiakasta arvostavan käytöksen. Henkilökunta oli kohteliasta. Kuitenkin ajoittain kiire näkyi, mikä ei antanut kohteliasta vaikutelmaa ulkopuoliselle katsojalle. Vuorovaikutteisuus näyttäytyi myös kohteliaisuutena asukkaita kohtaan.

Viestintä palvelun laatutekijänä tarkoittaa, että myös palvelun mahdollisten muutoksista tulee kertoa.

Tuokiot pystyttiin järjestämään luvatus aikataulun mukaisesti ja niistä tiedotettiin aamunavauksessa aamupalan yhteydessä. Asukkaita haettiin myös erikseen tuokioihin.

Uskottavuus merkitsee sitä, että asiakas voi luottaa toiminnan ajavan asiakkaan etua.

Palvelun uskottavuuteen vaikutti ohjaajan ammatillinen suhtautuminen ennen tuokion alkua. Haetaanko varmasti kaikki osallistujat ajoissa tuokioon ja suhtaudutaanko kulttuurisen palvelutuokion pitämiseen luontevasti vai vaivaantuneesti?

Turvallisuus merkitsee, ettei palveluun liity fyysisiä tai taloudellisia riskejä.

Tilat olivat avarat ja käytännölliset, joissa mahtui liikkumaan myös apuvälineillä hyvin.

Asiakkaan ymmärtäminen ja tunteminen tarkoittaa pyrkimystä asiakkaan tarpeiden ymmärtämiseen.

Ohjelmisto ja materiaali olivat kohderyhmälle oikeanlaiset. Laulun rytmi ja sävellajit olivat vanhemmille ihmisille sopivalta sävelkorkeudelta ja tempo hidas. Kaikki lukemaan pystyvät ehtivät seurata laulujen sanoja vihkosta laulussaan. Fonttikoko oli myös tarkoituksella iso.

Palveluympäristö käsittää asiakkaan näkemät tilat ja palveluun liittyvät asiat.

Tilat olivat toiminnalle erittäin hyvät ja viihtyisät. Asukkaat istuivat ringissä ja näkivät ohjaajan koko ajan.

Vuorovaikutuksen merkitys palvelutuokiossa

Kulttuuripalvelutuokiossa jokainen hetki on mahdollisuus hyvään kohtaamiseen. Läheisten ja ammattilaisten on hyvä muistaa, että ihminen on sairaudesta huolimatta edelleen sama ihminen, joka hän on aina ollut. Hänellä on oma elämänhistoriansa, tietyt ajan myötä muodostuneet arvot ja mielenkiinnon kohteet, persoonallisuus sekä yksilöllinen tapa sopeutua tilanteeseen. Ar-

jen tilanteet tarjoavat paljon mahdollisuuksia hyvään kohtaamiseen. Kohtaamisen tärkeys näkyi selkeästi myös kulttuuripalvelutuokion kehittämisprojektissa. Yhteisistä onnistumisista kannattaa iloita, ja hankalissa tilanteissa auttaa, jos asiaan pystyy suhtautumaan huumorilla. Ammattilainen hoitotyössä voi tukea vuorovaikutusta monin eri keinoin myös kulttuuripalvelutuokioissa. Seuraavat periaatteet (Burakoff - Haapala 2013, s. 13 – 15) auttavat kohtaamisessa asiakkaan tai palvelutalon asukkaan kanssa, ja näitä voi hyvin soveltaa myös laadukkaiden kulttuurituokioiden kehittämisessä vanhusten palveluolosuhteissa:

Pysähdy kohtaamaan asukas kulttuuripalvelutuokiossa. Ole oma itsesi. Älä suorita vuorovaikutusta tai piiloudu tietyn roolin taakse vaan pyri aina luomaan luottamuksellinen, välittämisen ilmapiiri ja pyri spontaanisuuteen. Ole kiireetön ja aidosti läsnä. Rauhoita oma mielesi ja viestitä olemuksellasi kiireettömyyttä.

Ole myönteinen. Viestitä sanoillasi ja olemuksellasi positiivisuutta, optimismia ja toivoa. Hymyile ja käytä myönteistä äänensävyä ja tue turvallisuuden ja onnistumisen tunteita. Ole tilanneherkkä ja joustava. Kuuntele, katsele ja tunnustele ilmapiiriä. Lue ilmeitä ja sanattomia viestejä. Ole kärsivällinen ja valmis yllättäviin käänteisiin. Älä luovuta vaan käytä luovuuttasi. Odota ja anna aikaa. Odota rauhassa, että asiakkaat saavat ilmaistua asiansa. Älä keskeytä, arvaile tai korjaa heidän ilmauksiaan. Anna aikaa reagoida ja vastata.

Yritä ymmärtää heidän näkökulmaansa. Pyri sisäistämään heidän kokemuksensa ja tunnetilansa. Ole empaattinen ja vastaa heidän tunteisiinsa. Mukauta oma ilmaisuasi asiakkaiden tarpeiden mukaan. Huomioi kyky ymmärtää puhetta ja muuta viestintää. Käytä normaalia puheääntä ja puhu rauhallisesti. Puhu vain yhdestä asiasta samassa lauseessa. Tarjoa vain yksi vaihtoehto kerrallaan ja odota reaktiota. Kysy tarvittaessa kysymyksiä, joihin voi vastata ”kyllä”, ”ei” tai ”en tiedä”. Kerro myönteisesti ja konkreettisesti, mitä odostat hänen tekevän.

Tarkkaile, miten hän ymmärtää ja haluaako hän jatkaa vuorovaikutusta. Toista kerran, jos sinusta tuntuu, että hän ei ymmärtänyt. Ilmaise asia tarvittaessa eri tavoin. Lopeta tilanne, jos hän ei halua jatkaa. Palaa asiaan uudelleen myöhemmin. Nauti yhdessäolosta!

Pohdinta ja tulevaisuuden visioita

Olen ohjannut monenlaista kulttuuritoimintaa kolmivuotisen Osallistumisen Hurmaa -projektin aikana monissa palveluolosuhteissa ja päiväkeskuksissa. Olen havainnut, kuinka paljon vuorovaikutus vaikuttaa kulttuuripalvelun laatuun ja parantaa asiakastyytyväisyyttä. Tämä kehittämisprojekti kertoo esimerkin laadullisesta ajattelusta kulttuuritoiminnasta palvelutuokiona palveluolosuhteissa. Projekti antaa vision mahdollisuudesta kehittää kulttuuritoimintaa laatuolosuhteista tulevaisuuden vanhustyössä ja mahdollistaa kulttuuritoiminnan

esimerkiksi kilpailuvalttina ja tuo sen osaksi ympärivuorokautisen hoivan palvelupolkua. Laadullinen ajattelu tuo esille toimintatapoja, joita muuttamalla toimintaa voitaisiin kehittää vielä asiakaslähtöisemmäksi.

Hyvään laatuun on helppo olla tyytyväinen. Tyytyväisyys on laatua laajempi käsite, ja palvelun laatu on näin vain yksi asiakastyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä. Tyytyväisyysseuranta sinänsä ei kuitenkaan riitä. Lisäksi tarvitaan seurantaan perustuvaa toimintaa, jonka avulla tyytyväisyyttä parannetaan. Asiakkaat eivät tule sen tyytyväisemmäksi, vaikka heiltä pyydetäisiin jatkuvasti palautetta tyytyväisyyden tasosta. Aina ei ole helppo selvittää, mistä asiakkaiden huonot laatukokemukset johtuvat. Laatuun vaikuttavat hyvin monet tekijät, ja huono laatu voi olla näiden yhteisvaikutusta. Hyvän laadun edellytyksenä on, että johdolla on selkeä käsitys siitä, mitä asiakkaat pitävät hyvänä palveluna. Nämä odotukset on muunnettava selviksi suunnitelmiksi ja laatumäärittäviksi eli laatustandardeiksi. On kuitenkin syytä muistaa, että laadun kehittäminen on jatkuvaa työtä. Ohjenuorana voidaankin pitää seuraavia periaatteita: Asiakkaat määrittävät, mitä hyvä laatu, hyvä palvelu tarkoittavat. Laatu on jatkuvaa työtä. Vastuu hyvästä laadusta kuuluu jokaiselle organisaatiossa. Hyvä laatu edellyttää aitoa johtajuutta ja hyvää viestintää. Työyhteisössä arvostetaan asiakkaita ja henkilöstöä. Laatu tulee suunnitella etukäteen. Laatu on lupausten pitämistä. (Ylikoski 1999.)

Kulttuuritoiminnan järjestäminen edellyttää henkilökunnalta omien voimavarojen käyttöönottoa sekä erityistaitojen hyödyntämistä. Toiminnan kehittämiseen saatetaan tarvita lisäksi kulttuuriosajia ulkopuolelta tai koulutusta. Palvelutalot yhdistyksinä voivat yhtä lailla hakea esimerkiksi apurahoja kulttuuritoiminnan kehittämiseen ja erilaisiin projekteihin.

Kulttuuri on osa hyvää vanhuutta ja hyvän vanhuuden turvaamista. Kyselytutkimus ”Miten turvataan hyvä vanhuus Suomessa” tehtiin Suomen kuntien perusturva-, sosiaali- ja vanhustyön johtajille tai päälliköille. Siinä selvitettiin, miten kuntien vanhuspalvelut on nykyisin järjestetty ja miten niitä kehitetään ja toteutetaan jatkossa. Tulokset julkaistiin 26.6.2012. Vastausprosentti oli 45 %, ja vastaajien mielestä merkittävää tulevaisuuden vanhustyön toteuttamisessa on, että koko palvelusektorin ajattelussa ja toiminnassa on siirryttävä nykyisestä sairausnäkökulmasta yhä enemmän vanhusten kokonaisvaltaisuutta korostavaan näkökulmaan. Tulevaisuuden hoiva edellyttää nykyistä enemmän, että vanhukset kohdataan ihmisinä. Heidän on tultava kuulluksi ja heitä arvostetaan vuorovaikutuksessa, yhdistettynä vanhuksien yksilöllisiin, omista tarpeista lähtevään ja elämänkaarta kunnioittavaan tukeen. Kuntien tulee vanhuspalveluissaan kehittää vuorovaikutustaan vahvasti eri tahojen kanssa mm. lisäämällä vanhuksien kuulemistä niin yksittäisen vanhuksen kuin vanhusneuvostojen kautta. Kyselytutkimuksen mukaan kehitystyön mahdollistaa se, että vanhuspalveluihin lisätään vapaaehtoistoimintaa, rahaa ja monipuolista uutta osaamista. Uutta osaamista tarvitaan ennaltaehkäisevään toimintaan,

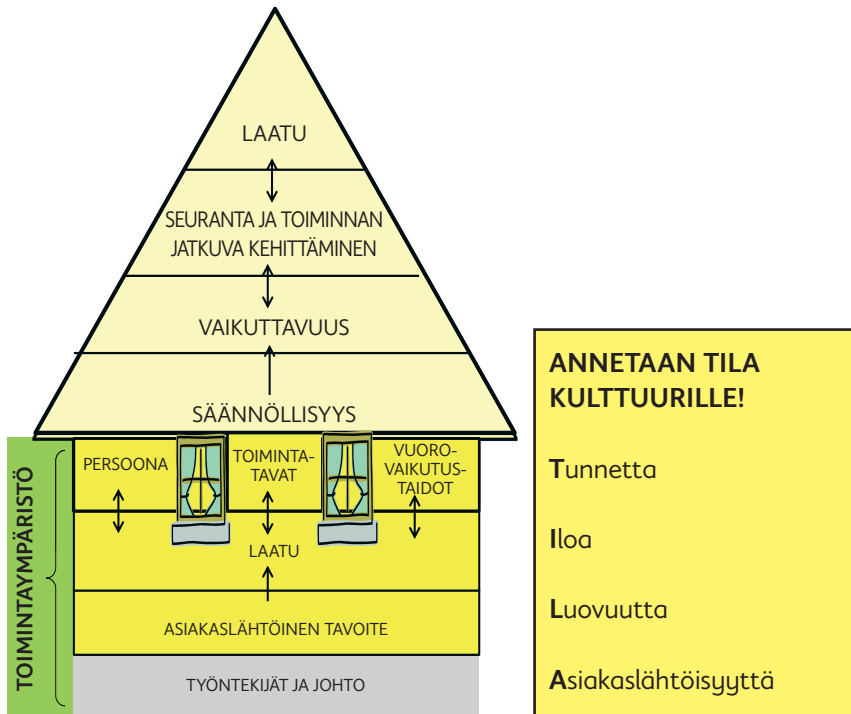
kulttuurin tuottamiseen, kuntoutukseen, liikuntaan ja liikkumiseen, erilaisen viriketoiminnan ja kulttuuritoiminnan osaamiseen, dementiahoitoon jne. Lisättävien palvelumuotojen ja osaamisen luettelo on pitkä, koska sen määrittelevät tulevaisuudessa vanhukset itse. (Kuikka 2012, s. 2.)

Millaisia kulttuuripalveluita asukkaat haluavat palvelutalon tulevassa arjessa, ja pystymmekö vastaamaan kysyntään? Meidän on elettävä jatkuvassa muutoksessa mukana, uudistuttava ja annettava ikäihmisille mahdollisuus kulttuuriseen kotiin palvelutalossa asuessa. Muutaman vuoden kuluttua asiakaslähtöisesti ajatellen yhteislauluvihkoissakin on jo uudenlainen repertuaari lauluja ja mukana myös ulkomaankielisiä kappaleita. Eletään ajan hermoilla.

Lopuksi esitän vielä oman visioni ja näkemykseni kulttuurisesta kodista. Se kuvaa palvelutaloa, jossa tehdään suunnitelmallista ja tavoitteellista kulttuurityötä. Tiedämme kodin olevan paikka, joka merkitsee turvallisuutta, rauhallisuutta, menneisyyden muistoja ja tulevaisuuden suunnitelmia. Se on paikka, jossa ihminen kokee olevansa oma itsensä ja jossa hän voi tehdä itselleen tärkeitä asioita. Kodilla on siis yhteys ihmisen identiteettiin. Kun vanhenemme ja tulee ajankohtaiseksi mahdollinen muutto palvelutaloon, on toivottavaa, että meillekin mahdollistetaan mielekästä tekemistä arkeen, huomioidaan mieltymyksemme ja henkilöhistoriamme sekä saamme toiveidemme mukaisesti harrastaa tärkeitä asioita.

Kulttuurinen koti rakentuu palvelutaloissa työntekijöiden ja johdon yhteistyönä asiakasta ja omaisia kuunnellen. Kulttuuritoimintaa hoivayksiköissä kehitetään asiakaslähtöisistä tavoitteista laatu-tietoisesti. Asiakasta kuunnellaan. Hän määrittää palvelun tarpeen ja laadun. Toiminta suunnitellaan asiakkaiden tarpeesta ja toivomuksista. Ohjaustilanteessa ohjaaja on läsnä ja ohjaa toimintaa omalla persoonallaan tasavertaisena asukkaan kanssa valituilla toimintatavoilla ja vuorovaikutustaitoja käyttäen. Kun kulttuuritoiminta, jota suunnitellusti toteutetaan palvelutalon arjessa, on säännöllistä ja asiakaslähtöistä, siitä tulee vaikuttavaa ja hyvinvointivaikutukset ovat nähtävissä esimerkiksi toimintakyvyssä ja mielialassa. Seuranta, säännöllisyys ja toiminnan jatkuva kehittäminen tekevät toiminnasta laadukkaan ja sitouttavat jatkamaan toimintaa. Kulttuurinen tila toiminnalle annetaan vain kulttuurisessa kodissa. Sanaa TILA voisi kuvailla lähtien alkukirjaimista: tunne, ilo, luovuus ja asiakaslähtöisyys. Kulttuuritoiminta pohjautuu asiakaslähtöisyyteen, unohtamatta tietenkään kulttuuripalvelutuokion laadullisia ulottuvuuksia eli luovuutta, iloa ja tunnetta. Toteutusmuotoja on monia. Tärkein työkalu on ohjaaja.

Annetaan tila kulttuurille. ”Se missä olemme, kertoo keitä olemme.”



KUVA 1. KULTTUURITUOKION LAADULLINEN KEHITTÄMINEN (Satu Liikkanen -04)

LÄHTEET

Burakoff, K. & Haapala, P. 2013. Kohdaten - opas vuorovaikutukseen muistisaira-
raan ihmisen kanssa. OIVALLA vuorovaikutukseen -hanke, Kirjapaino Keili Oy
2013 Helsinki, s. 13 - 15. Saatavilla: [http://papunet.net/sites/papunet.net/files/
materiaalia/Julkaisut/Kohdaten%20NETTI.pdf](http://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Julkaisut/Kohdaten%20NETTI.pdf)

Hyyppä, M. & Liikkanen, H-L. (Assi) 2005. Kulttuuri ja terveys. Edita Prima Oy
Helsinki, s. 58.

Kankare, H.& Lintula, H. 2005. Kuuleeko palvelujärjestelmä vanhuksia? Kustanus-
osakeyhtiö Tammi, Helsinki, s. 19, 31.

Kokkola, R. 2014. Missä olin, mitä tunsin, kun kuulin tämän laulun? Proud Age,
vol.2/2014, s. 57. Saatavilla: http://issuu.com/peakpress/docs/proudage_low_issuu. Viitattu 5.11.2014.

Kuikka, A. 2012. Miten turvataan hyvä vanhuus Suomessa? Raportti kuntien van-
hustyöstä vastaaville johtajille toteutetusta kyselytutkimuksesta: VALTAA VAN-
HUUS -kampanja, Vanhus- ja lähimmäispalveluliitto ry (Valli), s. 2.

Liikanen, H-L. 2010. Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia. Ehdotus toimintaohjelmaksi 2010–2014. Opetusministeriön julkaisuja 2010:1, s. 3. Saatavilla: <http://www.minedu.fi/OPM/Julkaisut/2010/liitteet/OPM1.pdf> . Viitattu 5.11.2014.

Mäkinen, E., Kruus-Niemelä, M. & Roivas, M. 2009. Ikäihmisen hyvä elämä – ympäristön merkitys vanhustenkeskuksissa. Yliopistopaino Helsinki, Metropolia ammattikorkeakoulun julkaisuja, s. 52, 61, 9 – 15.

Rissanen, T. 2006. Hyvän palvelun kehittäminen. Kustannusosakeyhtiö Pohjantähti Vaasa, s. 16.

Tamminen, N. & Solin, P. 2013. Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. Suomen Yliopistopaino Oy Tampere, s. 49 - 51 ja 61.

Ylikoski, T. 1999. Unohtuiko asiakas? Otavan kirjapaino Oy Keuruu, s. 118, 126 - 129, 142, 145, 149

4. VANHUSPALVELULAKI TOIMINNALLA TODEKSI

MIKKELIN SEUDUN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN VASTUUTYÖNTEKIJÄ- MALLI HOITOTYÖSSÄ

Yli-Karro Ulla

TIIVISTELMÄ

Laki Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (28.12.2012/980) mukaan on tarvittaessa iäkkäälle henkilölle nimettävä vastuutyöntekijä vuoden 2015 alusta. Vastuutyöntekijä on tarvittaessa nimettävä palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen liittyvissä asioissa.

Työn aiheena oli luoda vastuutyöntekijämalli Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimeen. Vastuutyöntekijän tarvetta arvioidaan palveluohjauksyksikön ennakkoivilla käynneillä sekä kartoituskäynneillä kotona jaltai vastaanotolla. Tarvittaessa sovitaan moniammatillisen tiimin kokous, johon osallistuu asiakkaan ja palveluohjaajan lisäksi asiakkaan läheinen, muistihoitaja, geriatri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, sas-hoitaja, kotisairaanhoitaja, järjestöjen edustajat tms. asiantuntijat. Ryhmä valitaan sen mukaan, mitkä ovat asiakkaan tarpeet.

Omaishoidossa vastuutyöntekijä nimetään aina omaishoidon tuen sopimuksen teon yhteydessä omaishoitajalle/perheelle palveluohjauksyksikössä. Lähtökohtana on omaishoidettavan ja -hoitajan tarpeet. Menettelytapana on, että omaishoitaja, perheen omainen tai yhteyshenkilö on yhteydessä vastuutyöntekijään jatkossa suoraan. Omaishoitotilanteessa tehdään moniammatillinen arvio, joka sisältää tarvittaessa omaishoidon tiimin, omahoitajan, kotihoidon, kotisairaalan, päivätoiminnan, muistineuvojan, sosiaalityöntekijän ja lyhytaikaishoidosta vastaavat yksiköt. Kolmas sektori on myös tarvittaessa mukana moniammatillisessa ryhmässä.

Mikkelin seudulla vastuutyöntekijä voidaan nimetä myös nuorelle henkilölle. Vastuutyöntekijä nimetään yleensä määrääjäksi. Toimintamallin luomiseen osallistui koko vanhustenpalvelujen henkilökunta työpajatyypisissä kokoontumisissa.

Mikkelin seudun vanhustenpalvelujen laajennettu johtoryhmä nimesi varsinaisen työryhmän, joka kokosi eri ryhmien työn tulokset yhteen ja kokosi toimintamallin. Tämä nimetty ryhmä koottiin Mikkelin seudun vanhustenpalvelujen työntekijöistä, joilla on pitkä kokemus vanhustenpalveluiden eri tulosyksiköistä. Työryhmän jäseniksi nimettiin osajia omaishoidosta, kotihoidosta, asumispalveluista ja laitoshoidosta.

Johdanto

Laki Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (28.12.2012/980) määrittää vanhustyöntekijä toimintamallin yhdeksi asiakasohjauksen kehittämisen muodoksi. Asiakasohjauksessa tärkeitä asioita ovat luottamus ja asiakassuhteen pysyvyys. Palvelujärjestelmän ollessa pirstaleinen ja sekava, nähdään, että vastuutyöntekijä tyyppiselle palvelulle on selvästi tarvetta. (Väli-Suomen Ikäkaste II. Ikälain pilotointi – osahanke. Hankeraportti 24.10.2013.)

Vastuutyöntekijän tehtäviin kuuluu tukea asiakasta etuuksien ja palveluiden hakemisessa ja seurata, että asiakkaan palvelut toteutuvat hänen tarpeisiinsa nähden riittävinä ja laadukkaina sekä oikea-aikaisina. Tehtäviin kuuluu osallistua hoito- ja palvelusuunnitelman seurantaan niin, että suunnitelmaan liittyvät päätökset ovat ajantasaisia että hoito- ja palvelusuunnitelman arviointi tapahtuu säännöllisesti. Hän koordinoi tarvittaessa eri sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden palveluja niin, että asiakas saa sen tuen ja palvelut joita hän tarvitsee. Vastuutyöntekijän tehtävänä on varmistaa, että asiakasta koskeva tieto kulkee eri tahojen välillä ja että asiakas saa tukea ja palvelua silloin, kun hän sitä tarvitsee. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM 2013, 11.)

Vastuutyöntekijä toimintamallin luominen

Vastuutyöntekijän nimeämistä tarvitsevat palvelujen suurkuluttajat, joilla on toistuvia kontakteja sosiaali- ja terveydenhuoltoon lyhyellä ajalla. Asiakkaat, joilla ei ole sosiaalista turvaverkkoa tai joilla ei ole sairaudentuntoa, ovat vastuutyöntekijän avun tarpeessa. Vastuutyöntekijän nimeämistä tarvitaan myös asiakkailla, joilla itsenäinen hakeutuminen hoidon piiriin ei eri syistä onnistu. Asiakkaan tilanteen monimutkaisuus, johtuen asiakkaan monista ongelmista, on syy vastuutyöntekijän nimeämiselle.

Vanhusten palvelujen laajennetun seudullisen johtoryhmän nimeämä työryhmä kokoontui työpajatyypisesti vuoden 2014 aikana 6 kertaa. Lisäksi pidettiin useita tilapalavereita ja osastotunteja, jotka vastasivat alaryhmäkokouksia. Työyksiköiden lähiesimiehet kantoivat vastuun näistä palavereista. Itselläni oli kokonaisvastuu toimintamallin aikaansaamisesta ja kokoamisesta. Lisäksi sekä toimin nimetyn ryhmän kokoonkutsujana ja puheenjohtajana.

Vastuutyöntekijää tarvitsevat asiakasryhmät ja vastuutyöntekijä/t

Mikkelin seudulla on todettu seuraavilla asiakasryhmillä tarvetta nimetä vastuutyöntekijä tarvittaessa. Ryhmät ovat seuraavat:

- Muistisairaat.
 - o Vastuutyöntekijöinä muistihoitajat
- Yksinäiset, syrjäseudulla asuvat, kaltoin kohdellut, turvallisen elämän vaarantuminen (esim. paloturvallisuus), taloudelliset vaikeudet ja leskeytyneet.
 - o Vastuutyöntekijänä sosiaalityöntekijät, sosiaaliohjaajat, hyvinvointiteknologia ohjaaja tai palveluohjaaja.
- Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ja huumeiden käyttäjät, aloitekyvyttömät, itsetuhoiset, palveluista kieltäytyvät.
 - o Vastuutyöntekijänä kotihoidon psykiatrinen sairaanhoitaja, lääkäri, perusterveydenhuollon mielenterveysyksikkö, sosiaalityöntekijä.
- Sairaalasta kotiutuvat, paljon hoitoa ja järjestelyjä vaativat.
 - o Vastuutyöntekijänä toimii palveluohjaaja, kotiutushoitaja, sosiaalityöntekijä, sas-hoitaja.
- Palliatiivinen - ja saattohoito
 - o Vastuutyöntekijänä kotisairaalan sairaanhoitaja, kotisairaanhoidon sairaanhoitaja.
- AVH- ja vaikeasti neurologisesti sairaat.
 - o Vastuutyöntekijänä AVH-yhdyshenkilö, kuntoutusohjaaja (esh).
- Omaishoito
 - o Vastuutyöntekijänä omaishoidon palveluohjaaja, kotihoidonohjaaja.
- Vaikea- ja kehitysvammaiset
 - o Vastuutyöntekijänä vammaispalveluiden erityistyöntekijä, kehitysvammaohjaaja, palveluohjaaja.
- Maahanmuuttajat
 - o Vastuutyöntekijänä sosiaalityöntekijä ja/tai maahanmuuttajien asioita hoitava terveydenhoitaja, maahanmuuttoviranomainen
- Rintamaveteraanit ja sotainvalidit.
 - o Vastuutyöntekijänä palveluohjaaja, kotihoidonohjaaja, fysioterapeutti.
- Palveluasumiseen muutto.
 - o Vastuutyöntekijänä sas-hoitaja, palveluasumisen toiminnanohjaaja.

Vastuutyöntekijän nimeäminen ja tarpeellisuuden arviointi

Vastuutyöntekijän tarvetta arvioidaan palveluohjausyksikön ennakoivilla käynneillä sekä kartoituskäynneillä kotona ja/tai vastaanotolla. Tarvittaessa sovitaan moniammatillisen tiimin kokous, johon osallistuvat asiakkaan ja palveluohjaajan lisäksi asiakkaan läheinen, muistihoitaja, geriatri, sosiaalityöntekijä, fysioterapeutti, sas-hoitaja, kotisairaanhoidaja, Kolmas sektori ym. asian tuntijat. Ryhmä valitaan sen mukaa, mitkä ovat asiakkaan tarpeet.

Omaishoidossa vastuutyöntekijä nimetään aina omaishoidon tuen sopimuksen teon yhteydessä omaishoitajalle/perheelle palveluohjausyksikössä. Lähtökohtana on omaishoidettavan ja -hoitajan tarpeet. Menettelytapana on, että omaishoitaja, perheen omainen tai yhteistyötaho on yhteydessä vastuutyöntekijään jatkossa suoraan. Omaishoitotilanteessa tehdään moniammatillinen arvio, joka sisältää tarvittaessa omaishoidon tiimin, omahoitajan, kotihoiton, kotisairaalan, päivätoiminnan, muistineuvojan, sosiaalityöntekijän ja lyhyt-aikaishoidosta vastaavat yksiköt. Kolmas sektori on myös tarvittaessa mukana moniammatillisessa ryhmässä.

Perusteet vastuutyöntekijän nimeämiseksi

Vastuutyöntekijän nimeämistä tarvitsevat palvelujen suurkuluttajat, joilla on lyhyellä ajalla toistuvia kontakteja sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Asiakkaat, joilla ei ole sosiaalista turvaverkkoa tai joilla ei ole sairaudentuntoa, ovat vastuutyöntekijän avun tarpeessa. Vastuutyöntekijän nimeämistä tarvitaan myös asiakkailla, joilla itsenäinen hakeutuminen hoidon piiriin ei onnistu eri syistä. Asiakkaan tilanteen monimutkaisuus johtuen asiakkaan monista ongelmista on syy vastuutyöntekijän nimeämiselle. Asiakkaan tarvitessa samanaikaisesti monen eri toimijan palveluja, on huomattu, että tieto ei kulje eri toimijoiden välillä sekä työntekijöiden osaamisessa ja verkostoitumisessa on suuria eroja, jolloin asiakas on saattanut jäädä ilman niitä palveluja, jotka olisivat olleet hänelle tarpeellisia tai palvelut on annettu liian myöhään ja asiakas ei ole enää niistä hyötynyt.

Menettelytapaprosessi vastuutyöntekijän nimeämiseksi

Vastuutyöntekijän tarvetta arvioidaan pääsääntöisesti palveluohjausyksikön ennakoivilla sekä kartoituskäynneillä kotona ja/tai vastaanotolla. Lisäksi jokainen vanhustenpalvelun työntekijä arvioi, onko asiakkaalla vastuutyöntekijän tarvetta samalla, kun hän arvioi hoidon toteutumista ja onnistumista tehdessään hoito- ja palvelusuunnitelmaa.

Riskien arvioinnin tarkistuslista on vielä kesken ja sitä tullaan työstämään syksyn 2014 aikana. Riskilistan tarkoitus on helpottaa työntekijää arvioimaan paremmin vastuutyöntekijän tarvetta asiakkaalle.

Tunnista – Arvioi – Vastuuta -malli

Tunnista

Palvelutarpeen selvittämisen yhteydessä käydään läpi tarkistuslista riskeistä ja poimitaan ne riskit, jotka ovat mahdollisia asiakkaan kohdalla.

Moniammatillinen työryhmä ohjaa asiakkaan oikealle vastuutyöntelijälle tai päättää, ettei vastuutyöntekijää tarvita.

Arvioi

Kriisitilanteissa vastuutyöntekijän tarve arvioidaan pääsääntöisesti määräaikaisesti. Asiakkaan kohdalla on useita tarkistuspisteitä, joissa arvioidaan tarvitaanko enää vastuutyöntekijää.

Vastuuta

Kun kotihoidon/päivätoiminnan tms. palvelujen piirissä olevalla asiakkaalla on havaittu jokin riski, asian havainnut työntekijä täyttää riskilistan ja asia menee moniammatillisen työryhmän ja tarvittaessa muun verkoston käsitteilyyn.

Pohdinta

Työryhmä onnistui saamaan vastuutyöntekijämallin aikaiseksi hyvässä yhteistyössä. Työryhmän kokouksissa sovittiin tehtävä aina seuraavalle kokoontumiskerralle. Kokoontumisten välillä jokainen työryhmän jäsen työsti tehtävää oman henkilökuntansa kanssa ja lähetti työn tulokset ryhmän vetäjälle, joka laati niistä yhteenvedon, joka käsiteltiin sitten yhdessä.

Vastuutyöntekijämalli on yksi tae siitä, että asiakkaita ei siirretä luukulta toiselle ja mallin avulla pyritään turvaamaan asiakkaalle oikea-aikainen ja laadukas hoito. Tämä puolestaan turvaa sen, että asiakkaita hoidetaan oikeassa paikassa oikeaan aikaan, jolloin yhteiskunnan resursseja ei kulu hukkaan ja jokainen osaamisyksikkö voi täysillä keskittyä osaamaansa asiaan. Entistä tärkeämmäksi tulee tulevaisuudessa myös se, että työntekijät tekevät osaamisensa mukaisia töitä, koska resurssit on laskettu suurimmaksi osaksi minimitasolle.

Tämä toimintamalli vaatii varmasti vielä jatkossakin pohdintaa ja keskustelua. Nyt luodulla mallilla päästään hyvin alkuun ja saadaan asia varmasti jalkautettua. Kehitettävää jäi vielä mallin riskilistan laatimiseksi. Listan työstäminen on tarkoitus aloittaa tämän syksyn kuluessa. Henkilökunnalla onkin noussut jo hyviä ajatuksia asiasta. Toimintamallin käyttöönotto tapahtuu palveluohjauksyksikön kautta vuoden 2015 alusta. Toimintamallin arviointi tapahtuu vuosittain Vanhusten palvelujen toimintakäsikirjan päivityksen yhteydessä.

LÄHTEET

Laki Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.

Väli - Suomen Ikäkaste II. Ikälain pilotointi - osahanke. Hankeraportti 24.10.2013.

MONIAMMATILLINEN HENKILÖSTÖRAKENNE

Kainulainen Satu

TIIVISTELMÄ

Mikkelin seudun vanhuspalvelun toiminta-ohjelma ja vanhuspalvelulaki määrittävät laatimaan moniammatillisen henkilöstörakenteen suunnitelman vuoteen 2015 mennessä. Kehittämistyön tarkoituksena oli kuvata kehittämisprosessia, jonka kautta toimintasuunnitelma syntyi. Kehittäminen toteutui työryhmätyöskentelynä. Työryhmä tapasi neljä kertaa eri kokoonpanolla.

Kehittämisprosessi toteutettiin keväällä 2014 ja se eteni neljän eri vaiheen kautta toimintatutkimuksen periaatteita mukaillen. Ensimmäisessä vaiheessa tavattiin työryhmän kesken. Toisessa vaiheessa työstettiin työryhmän jäsenten tuotoksia. Kolmannessa vaiheessa muodostettiin toimintasuunnitelmaehdotus. Yhteinen näkemys moniammatillisen henkilöstörakenteen toimintasuunnitelmasta syntyi neljännessä vaiheessa.

Osa työryhmän jäsenistä oli kiinnostunut kehittämistyöstä ja osallistui aktiivisesti työryhmätyöskentelyyn. Moniammatillisen henkilöstörakenteen toimintasuunnitelma ajateltiin tärkeäksi paikallisella ja seudullisella tasolla. Työryhmän tavoitteena oli luoda toimintasuunnitelmasta toimiva sekä käytännöllinen. Alkukartoituksessa ilmeni asiantuntemusta paikallisella tasolla olevan vaihtelevasti. Seudullisella tasolla nousi kehittämistarpeiksi asiantuntemus ja yhteistyö. Työryhmän tuotoksena toimintasuunnitelma rakentuu yhteistyöstä, täydennys- ja täsmäkoulutuksista sekä asiantuntemuksen kehittämisestä.

Johdanto

Seudullisen vanhuspalvelun toimintaohjelman tavoitteena on turvata riittävä ja ammatitaitoinen henkilöstö vanhustenpalveluissa. Riittävän henkilöstön varmistaminen edellyttää mm. henkilöstörakenteen muodostamista nykyistä useammista ammattiryhmistä. Tavoitteena on nykyistä moniammatillisempi henkilöstörakenne. Näin ollen tämä kehittämis työ ja moniammatillinen toimintasuunnitelma tukee Mikkelin seudun vanhuspalvelun toimintaohjelmaa.

Valviran (2014) suositus on, että henkilöstöllä on oltava moniammatillista osaamista. Kotipalveluja kehittäessä ja suunniteltaessa on varmistettava, että niissä on riittävästi myös sosiaalihuollon osaamista. Valvira valvoo palveluas-

misen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksia, täydennyskoulutusta ja henkilöstömitoitusta sekä rakennetta, lisäksi vielä henkilöstön hyvinvointia.

STM (sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön 2013) laatusuosituksessa turvallisen ja laadukkaan palvelun takaamiseksi iäkkäille henkilöille edellyttää riittävää määrää osaavaa henkilöstöä. Hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen on yhteydessä henkilöstön määrä, osaaminen ja osaamisen kohdentuminen.

Tämän kehittämistyön aihe nousi Mikkelin seudun vanhuspalvelun toimintaohjelmasta ja vanhuspalvelulaista sekä kiinnostuksestani kehittää moniammatillista henkilötönrakennetta. Olen työskennellyt Mikkelin kaupungin kotihoidossa vuoden 2012 alusta lähtien. Mielestäni perusterveydenhuollossa toteutuu hyvin moniammatillinen työskentely, jossa jokaisella työntekijällä on tärkeä rooli. Moniammatillisuus ajatellaan yhteiseksi työksi, jonka tekemiseen haetaan keinoja ja näkökulmia yhdistelemällä eri ammattialojen tieto-taito sekä osaaminen. Itse kiinnostuin moniammatillisesta henkilötönrakenteen kehittämisestä työskennellessäni sairaanhoitajana osana moniammatillista työryhmää. Haasteen moniammatilliseen työskentelyyn tuo se, että sosiaali- ja terveydenhuoltoalan ammattilaisilla on perinteisesti oman tieteenalansa mukainen näkökulma työhön.

Toimintamallia kehitettiin erikseen nimetyssä työryhmässä, jossa toimin työryhmän vetäjänä. Työryhmän nimesi Mikkelin seudun vanhuspalvelujen strategiatyöryhmä. Ryhmässä oli 10 henkilöä ja he olivat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisia. Toimintamalli pohjautuu vanhuspalvelulakiin. Kehittämistyö kuvaa keskeisiä käsitteitä ja toimintamallin kehittämisprosessia sekä toimintamallia.

Asiantuntemus ja yhteistyö

Vanhuspalvelulaki määrittelee seuraavaa (asiantuntemus 10.§:ssä): Kunnassa tarvitaan monipuolista asiantuntemusta, jotta ikääntyvän väestön hyvinvointia edistävät palvelut sekä iäkkäille järjestettävät sosiaali- ja terveyspalvelut osataan suunnitella ja toteuttaa niin, että ne toimivat laadukkaasti ja vakuuttavasti. Vahva osaaminen on tärkeä edellytys sille, että iäkkäiden henkilöiden palvelujen tarve pystytään selvittämään kattavasti ja monipuolisesti.

Kunnan käytettävissä tulee olla erityisasiantuntemusta ainakin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrian, lääkehoidon, ravitsemuksen, monialaisen kuntoutuksen sekä suun terveydenhuollon alalta. Kunnat eivät palkkaa henkilöstöönsä kaikkia näitä osaamisalueita edustavia asiantuntijoita. Asiantuntemusta tulisi hankkia muilla keinoilla käyttöön. Asiantuntemuksen turvaaminen edellyttää yhteistyötä muiden kuntien kanssa. Kunnan palveluksessa olevan henkilöstön asiantuntemusta on tarpeen vahvistaa myös täydennyskoulutuksen keinoin.

Verkostot ja moniammatillinen yhteistyö vanhustenpalveluissa on päivittäistä työtä. Yhteistyötä tehdään asiakkaan, omaisten ja eri verkostojen sekä järjestöjen kanssa. Tämän takia erityisesti työntekijöiden yhteistyö ja vuoroalitus- taidot korostuvat.

Vanhuspalvelulaki määrittää (2013), että ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukeminen edellyttää laajaa yhteistyötä eri toimijoiden kesken. Vanhuspalvelulaki velvoittaa kunnan eri toimialat tekemään yhteistyötä tässä tarkoituksessa. Lisäksi kunnassa on tehtävä yhteistyötä muiden kunnassa toimivien julkisten tahojen sekä yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa. Ikääntyneen väestöä edustavat järjestöt mainitaan erikseen tahoina, joiden kanssa kunnan on tehtävä yhteistyötä.

Stakesin raportissa: Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi (Perälä ym.2006, 37) todetaan hoidon onnistumiseen vaikuttavan henkilöstön ammatillinen osaaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyöpalaverissa käsitellyn kommunikation ja tiedon määrä sekä laatu. Myös kokemus kaikkien hoitoon osallistuvien tasa-arvoisesta kuulluksi tulemisesta edistää yhteistyön sujuvuutta ja asiakkaan sekä palvelujen sujuvuutta.

Isoherrasen (2008, 35) mukaan moniammatillista yhteistyötä toteuttaessa on huomioitava seuraavat: asiakaslähtöisyys, tiedon ja eri näkökulmien kokemuksen mahdollisuus, vuorovaikutustaidot, roolien rajojen muutokset ja yhteydet verkostoihin. Moniammatillisuudessa pitää selvittää ja kirkastaa omaa erityisosaamistaan ja asiantuntemustaan ja toisaalta kyetä rakentamaan yhteistä osaamista. Oman erityisosaamisen ja tiedon tunnistaminen sekä jakaminen yhteiseen käyttöön on oleellinen seikka pyrkiessä keräämään yhteen kaikki ryhmään kuuluvien erilaiset näkemykset (Isoherranen 2005 14–19.)

Kehittämisen prosessin toteutuminen Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimessa

Tutkimuksellinen kehittämistyö voi saada alkunsa erilaisista lähtökohdista, kuten organisaation kehittämistarpeesta tai halusta saada aikaan muutos. Tutkimukselliseen kehittämistyöhön kuuluu siis yleensä käytännön ongelman ratkaisu ja uusien ideoiden, käytäntöjen, tuotteiden ja palveluiden tuottamista ja toteuttamista. (Ojasalo ym. 2009, 19.)

Kehittämistoiminta rakentuu tyypillisesti eri toimijoiden sitoutumisesta ja aktiivisen osallistumisen varaan. Kehittämisessä sovitellaan näkemyksiä ja muodostetaan yhteistä ymmärrystä. Erilaisten näkemysten hyväksyminen mahdollistaa toimijoiden aidon ja tasavertaisen osallistumisen. Osallistuvalla kehittämisellä pyritään selkeästi muutokseen, jolloin kehittämisen päämääränä on myös vapautuminen itsestään selvinä pidetyistä ajatusmalleista ja ide-

ologiasta. Yhteiseen kehittämiseen pyritään ennen kaikkea yhteisen dialogin avulla (Toikka & Rantanen 2009, 10–11).

Tämä kehittämistyö sai alkunsa vanhuspalvelujen toiminta-ohjelman päivityksestä suhteessa vanhuspalvelulakiin. Tämän kehittämistyön avulla kuvataan moniammatillisen henkilöstörakenteen toimintasuunnitelman kehittämisprosessia ja sen viitekehyksenä käytetään toimintatutkimuksen periaatteita.

Toimintatutkimuksella tuotetaan tietoa käytännön kehittämiseksi ja tutkitaan ihmisten toimintaa. Tällöin tavoitteena on kehittää käytäntöjä paremmaksi. Toimintatutkimus pohjautuu vuorovaikutukseen kohdistuen erityisesti sosiaaliseen toimintaan ja on tavallisesti ajallisesti rajattu tutkimus- ja kehittämisprojekti, jossa kehitetään ja kokeillaan uusia toimintatapoja. Menetelmä edellyttää yhteisyyttä muiden kanssa ja vaatii ihmisten välistä yhteistoimintaa ja vuorovaikutuksen edistämistä. (Heikkinen ym. 2006, 16–18.)

Tässä kehittämisprosessissa ongelmana voidaan nähdä se, että Mikkelin seudulta puuttuu selkeä toimintasuunnitelman Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen moniammatillisen henkilöstörakenteesta. Tämä ongelma pyrittiin ratkaisemaan kehittämisprosessin aikana niin, että työryhmän työskentelyyn osallistui henkilöitä koko seudun alueelta ja he yhdessä kehittivät toimintasuunnitelman.

Toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti kehittämisprosessin aineisto kerättiin useassa eri vaiheessa. Sitä kerättiin työryhmän tapaamisten yhteydessä ja sähköpostin välityksellä. Saatua aineistoa käytettiin hyväksi jatko-työskentelyssä. Yhdessä kerätyn ja aikaansaadun aineiston avulla kehitettiin toimintasuunnitelma.

Toimintasuunnitelman kehittämisprosessi

Ensimmäinen vaihe

Ensimmäisessä vaiheessa tavattiin työryhmä. Työryhmä oli moniammatillinen ja se koostui seudullisen alueen työntekijöistä. Tapaamisessa käsiteltiin vanhuspalvelulakia ja asiantuntemusta sekä toimintasuunnitelman rakennetta. Työryhmän jäsenet saivat tehtäväksi selvittää ja lähettää materiaalia työryhmän vetäjälle. Tavoitteena oli kartoittaa paikallisella tasolla moniammatillinen henkilöstörakenne, käydyt täydennyskoulutukset ja kehittämatarpeet moniammatillisen henkilöstörakenteen näkökulmasta.

Toinen vaihe

Toisessa vaiheessa Työryhmä tapasi vielä kaksi kertaa ja tapaamisten välissä he työstivät ennakkotehtäviä. Työryhmän vetäjä kokosi ennakkotehtävät ja esitti tulokset työryhmätapaamisessa. Toisessa vaiheessa selvitettiin alueellista ja

seudullista asiantuntemusta sekä sen lisätarpeita. Kartoitettiin alueen järjestö ja vapaaehtoistyö. Kartoituksessa selvisi, että järjestöt ja vapaaehtoistoiminta toteuttavat paikallisella tasolla sosiokulttuurista toimintaa. Heidän tavoitteena on antaa elämyksiä, vireyttä, iloa ja sisältöä arkeen, edistäen samalla yhteisöllisyyttä ja asiakkaiden hyvää vanhuutta ja inhimillistä arkea. Paikallisesti toimii myös kulttuurikaveritoiminta. Myös seurakunnan työntekijät, omaiset ja opiskelijat toimivat aktiivisesti vanhustenpalvelujen kanssa yhteistyössä. Lisäksi pohdittiin yhteistyötä seudullisella tasolla ja keskusteltiin hoiva-avustajan roolista. Kartoitettiin lisä- ja täsmäkoulutustarpeita.

Kolmas vaihe

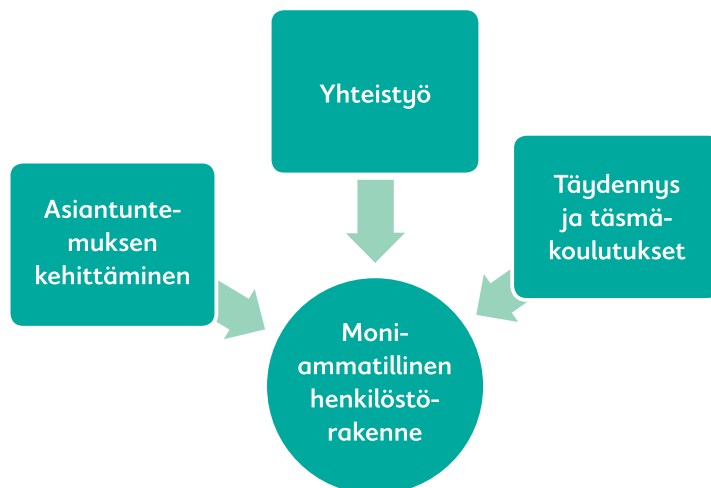
Kolmannessa vaiheessa tehtiin toimintasuunnitelmaehdotus tapaamisten pohjalta. Ehdotus lähetettiin sähköpostin kautta kaikille työryhmän jäsenille kommentoitavaksi ja hyväksyttäväksi. Näin jokaisen työryhmän jäsenen näkökanta tuli huomioituksi lopulliseen versioon toimintasuunnitelmasta.

Neljäs vaihe

Neljännessä vaiheessa luotiin lopullinen moniammatillisen henkilöstörakenteen toimintasuunnitelma. Tämä suunnitelma esitettiin Vanhuspalvelujen strategiatyöryhmässä ja Seutu JoRyssä. Heillä oli myös mahdollisuus vaikuttaa suunnitelman sisältöön. Toimintatutkimuksen periaatteiden mukaisesti kehittämistyön sisältöä kerättiin usealla eri tavalla ja tapaamisissa. Saatua aineistoa työstettiin ja uuden tiedon avulla laadittiin lopullinen suunnitelma.

Toimintasuunnitelma

Toimintasuunnitelma on kuvattu kuviossa 1.



KUVIO 1. Toimintasuunnitelma

Asiantuntemuksen kehittäminen

Toimintasuunnitelma sisältää asiantuntemuksen kehittäminen vanhustenpalveluissa. Henkilöstön rekrytointivaiheessa on mahdollisuus jo huomioida asiantuntemus sekä kiinnittää siihen huomiota. Kehittämiskohteita ovat käytännössä fysioterapeutin asiantuntemuksen hyödyntämistä sekä eri alojen asiantuntemuksen hyödyntäminen erityisryhmien hoidossa koko seudullisella alueella. Näitä erityisryhmiä ovat vammaiset, mielenterveys- ja päihdeongelmaiset sekä monisairaavat. Osa asiantuntemuksen kehittämistä moniammatillisessa henkilöstörakenteen toimintasuunnitelmassa on toimintaterapeutin ja jalkojenhoitajan asiantuntemuksen hankkiminen seudullisesti omana toimintona tai ostopalveluna. Asiantuntemuksen kehittämiseen kuuluu myös sosionomi ja sosiaaliohjaajan koulutuksen hyödyntäminen sekä sosiaalityön osaamisen lisääminen paikallisella tasolla kunnissa.

Yhteistyö

Seutusotessa on jo aiemmin luotu yhdessä linjaukset hoidon järjestämisestä ja yhteisestä kriteeristä. Tämä luo hyvän pohjan yhteistyölle. Yhteistyö rakentuu käytännön hoitotyön yhteisestä kehittämisestä ja yhteisten käytänteiden luomisesta.

Yhteistyö sisältää vanhustenpalveluissa ammatillisen konsultaation. Seudullisella tasolla yhteistyötä voidaan tehdä yhteisen rekrytointijärjestelmän ja palveluohjauspuhelimen avulla.

Täydennyskoulutus

Osa toimintasuunnitelmaa on täydennys- ja täsmäkoulutus. Sen avulla lisätään asiantuntemusta ja vahvistetaan muistiosaamista sekä ennaltaehkäisevää työtä. Toimintakykyä ylläpitävän toiminnan vahvistaminen on osa täydennyskoulutusta. Täydennyskoulutus muodostuu Soten yhteisestä koulutuskalenterista, joka sisältää palo-, pelastus-, turvallisuus-, ergonomia-, Effica ja Love-koulutukset.

Täsmäkoulutusten tarkoitus on antaa henkilöstölle tarkkaa tietoa tietystä sairaudesta ja niiden hoitamisesta. Täsmäkoulutukset sisältävät tietoa: verenpaineesta, diabeteksestä, päihde- ja mielenterveysongelmista, aivohalvauksesta sekä lonkkamurtumien ehkäisystä ja kuntoutuksesta. Täsmäkoulutukset voivat kohdentua myös ravitsemuksen hoitoon ja seurantaan sekä suun ja jalkojen hoitoon.

Johtopäätökset

Kehittämistyön tuloksena syntyi moniammatillisen henkilöstörakenteen toimintasuunnitelma Mikkelin seudun alueen vanhustenpalveluihin. Kehittämistyö on osoitus siitä, että kehittämistyöhön on haluttu panostaa seudullisella tasolla ja työntekijät ovat kiinnostuneita kehittämistyöstä. Lisäksi kiinnostusta kehittämistyöhön ja sen tuloksiin osoitti vanhuspalvelujen strategia- ja Seutusoten työryhmä.

Työryhmätyöskentelyn tuloksista nousi esiin yhteistyö, tähdennys- ja täsmäkoulutukset sekä asiantuntemuksen kehittäminen osaksi moniammatillista henkilöstörakennetta. Yhteistyön ajateltiin sujuvan hyvin paikallisella ja seudullisella tasolla sekä kolmannen sektorin kanssa. Yhteistyön pohjaksi oli jo aiemmin luotu linjaukset Seutusotessa hoidon järjestämisestä ja yhteisistä kriteereistä. Paikallisella tasolla toivottiin käytännön työn yhteistä kehittämistä ja yhteisten käytänteiden luomista. Tämä toteutuu osaksi sillä, yhdessä on luotu asiakkaiden hoitopolkua seudullisesti. Yhteistyön tarkastelu työryhmätyöskentelyssä työntekijätasolla jäi pintapuoliseksi. Rekolan (2008) mukaan moniammatillinen yhteistyö edellyttää osapuolien roolien selkeyttä, päätöksentekoon osallistumista ja vastuuta. Työryhmän jäsenet toivat avoimesti esille ajatuksia yhteistyöstä, mutta ristiriitaa herätti yhteistyön sujuvuus. Jatkossa on hyvä pohtia yhdessä työntekijöiden kanssa työn sisältöä ja kehittämisideoita yhteistyön sujuvuudesta.

Alkukartoituksessa selvisi, että henkilöt olivatkin käyneet täydennyskoulutuksia jo aiemminkin runsaasti. Jatkossa toivottiin yhteistä koulutuskalenteria koko Soten alueelle. Yhteisen koulutuskalenteri pohjan Mikkelin kaupunki on luonut Mamkin (Mikkelin ammattikorkeakoulun) kanssa Moodleen. Seudun muita kuntia suositeltiin vanhuspalvelujen strategiatyöryhmässä osallistumaan myös yhteistyöhön Mamkin kanssa. Toimintakykyä ylläpitävä ja toiminnan vahvistaminen sekä terveyden edistämisen osaamisen vahvistaminen toteutuu täydennyskoulutuksen kautta. Työryhmätyöskentelyssä nousi esille myös täsmäkoulusten tarve työntekijöille perustehtävään sekä osaamisen vahvistaminen esim. suun- ja jalkojen hoidossa. Täsmäkoulutukset antavat työntekijälle enemmän työvälineitä ja ymmärrystä asiakastyöhön. Asiakkaan kohtaaminen ja hoitaminen on kokonaisvaltaisempaa.

Työryhmän työskennellessä selvisi, ettei Mikkelin seudun vanhuspalvelujen alueella ei ole vanhustenhuollossa työskentelevää toimintaterapeuttia. Tämä ajateltiin puutteeksi ja jatkossa suositellaan toimintaterapeutin palkkaamista. Lisäksi jalkojenhoitajan työpanosta suositeltiin vanhuspalveluihin. Paikallisella tasolla työskentelee fysioterapeutteja, mutta heidän asiantuntemuksen laajenemista toivottiin seudullisesti. Sosionomin ja sosiaaliohjaajan koulutuksen sekä ammattitaidon hyödyntäminen nykyistä tehokkaammin ajateltiin tärkeänä työryhmässä.

Mikkelin vanhuspalvelujen paikallisella ja seudullisella tasolla on jo olemassa monipuolista asiantuntemusta. Vahvaa osaamista on saatavilla laaja-alaisesti ja henkilöt olivat käyneet täydennyskoulutuksia runsaasti. Haasteena on saada tämä osaaminen laajaan ja tehokkaaseen käyttöön. Erityisasiantuntemusta on saatavilla gerontologinen hoito- ja sosiaalityön, geriatrian, ravitsemuksen, monialaisen kuntoutuksen ja suun terveydenhuollon alalta. Seudullisesti yhteisessä käytössä on ravitsemusterapeutti, geriatri ja sosiaalityöntekijä.

Tulevaisuuden haaste on asiantuntemuksen turvaaminen vanhustenpalveluissa ja tämä vaatii yhteistyön tehostamista sekä avointa kehittämistä. Asiantuntemuksen ylläpitäminen tulee huomioida täydennyskoulutuksissa sekä uuden henkilöstön rekrytointitilanteessa.

Pohdintaa

Kehittämistyön tekeminen oli mielenkiintoista ja antoisaa. Työryhmän vetäjän roolin tunsin ajoittain haasteelliseksi, sillä henkilöiden aktiivisuus vaihteli työryhmässä. Tarkoitus oli tehdä suunnitelma, joka on käytännönläheinen ja toteutettavissa. Mielestäni tässä onnistuttiin hyvin. Lisäksi tuli todennettua, että monipuolista osaamista löytyy Mikkelin seudun vanhustenpalveluista. Tämä oli ristiriidassa Seudullinen vanhuspalvelujen toimintaohjelman (2014) kanssa, sillä siinä on tavoitteena henkilöstörakenteen muodostumista nykyistä useammasta ammattiryhmästä ja nykyistä moniammatillisempi henkilöstörakenne.

Toimintasuunnitelma on pelkistetty ja tulevaisuudessa sitä voi täydentää sekä päivittää. Lähtökohtana on, että suunnitelma on toteutettavissa vuonna 2015.

LÄHTEET

Heikkinen, H., Ravio, E. & Syrjä, L. (toim.) 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähentymistavat. Vantaa: Dary Oy.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Porvoo: WSOY.

Ojansalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOY.

Perälä, M-L. Grönroos, E. & Sarvi, A. 2006. Kotihoidon henkilöstön työ ja hyvinvointi. STAKESIN raportti 8/2006. Helsinki.

Rekola, L. 2008: sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen vaikuttavia kehityssuuntia. Teoksessa Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R., Enemmän yhdessä moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

STM. Sosiaali ja terveministeriö 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki. WWW-dokumentti: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 1.7.2014

Toikka, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

VALVIRA (sosiaali- ja terveysalan lupa ja valvontavirasto) WWW-dokumentti: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/vanhustenhuolto

PIEKSÄMÄEN KAUPUNGIN KOTIHOIDON OMAVALVONTASUUNNITELMA

Kosonen Heli, Lempinen Laura ja Talotie Sirkka Liisa

TIIVISTELMÄ

Kehittämistyön tarkoituksena oli toteuttaa Pieksämäen kaupungin kotihoidolle omavalvontasuunnitelma. Ajatus kehittämistyöstä tuli kotihoidon esimiehiltä. Kehittämistyö toteutettiin yhteistyössä hoitohenkilöstöstä koostuvien työryhmien kanssa. Kehittämistyön tavoitteena oli luoda yhtenäisiä toimintamalleja ja -tapoja kotihoidon tiimeihin. Materiaalin keräämisessä hyödynsimme kotihoidon tiimien erilaisia näkökulmia hoitotyöstä. Työryhmistä nousi käytäntöön uusia työvälineitä, joiden myötä työskentelytavat eri kotihoidon tiimien välillä yhtenäistyvät. Vanhuspalvelulain velvoittamana kehittämistyönä toteutettu kotihoidon omavalvontasuunnitelma tulee julkisesti nähtäville kaupunkimme kotisivuille.

Johdanto

Työnantajan toiveesta teimme kehittämistehtävänä kotihoidon omavalvontasuunnitelman. ”Omavalvonnalla tarkoitetaan palvelujen tuottajan omatoimista laadun ja asiakasturvallisuuden varmistamista siten, että toiminnassa toteutuvat lainsäädännön, lupaehtojen ja palvelujen tuottajan itse omalle toiminnalleen asettamat laatuvaatimukset. Omavalvonta on osa toimintayksikössä toteutettavaa laadunhallintaa ja perustuu riskinhallintaan.” (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2014.)

Suunnitelma tulee laatia yhteistyönä toimintayksikön johdon ja henkilöstön kanssa. Valviran määräys omavalvontasuunnitelmasta tulee voimaan 1.1.2015 ja on voimassa toistaiseksi. Määräys koskee kaikkia yksityisiä ja kunnan tai yhteistoiminta-alueen ikääntyneille tuottamia sosiaalihuollon palveluja. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2014.) Omavalvontasuunnitelmalla pyritään kuvaamaan toimintayksikön itselleen asettamat laatuvaatimukset ja tavat hallita riskejä.

Kotihoidon asiakkaat ovat usein iäkkäitä ja monisairaita vanhuksia. Usein koti koetaan turvalliseksi ja viihtyisäksi ympäristöksi, jossa halutaan asua mahdollisimman pitkään. Kotihoito kohdentaa aiempaa enemmän palveluja entistä huonompikuntoisille vanhuksille. Hoitotyöstä kotihoidossa on tullut aiempaa haasteellisempaa ja vastuullisempaa toteuttaa.

Jaoinne omavalvontasuunnitelman neljään eri osioon, joista suurimman osan toteutimme me opiskelijat ja osan esimiehet. Omavalvontasuunnitelman sisällön tuottamiseen osallistui koko kotihoidon henkilöstö. Pieksämäen kaupungin kotihoito koostuu kuudesta tiimistä: kotisairaala, itäinen tiimi, läntinen tiimi, Naarajärven tiimi, Virtasalmen tiimi ja Jäppilän tiimi. Tiimeistä osallistui henkilökuntaa kolmeen eri työryhmään, joille kullekin jaettiin omat aiheet omavalvontasuunnitelmasta. Työryhmät kokoontuivat opiskelijan ohjauksessa kaksi kertaa kevään 2014 aikana, ja niiden tuottamasta materiaalista me opiskelijat kokosimme suunnitelman sisällön. Esimiehen hyväksyttyä materiaalin esitimme omavalvontasuunnitelman toukokuussa kotihoidon kevätkokouksessa koko henkilöstölle. Suunnitelma tulee julkisesti nähtäväksi Pieksämäen kaupungin verkkosivuille. Omavalvontasuunnitelmaa päivitetään kotihoidon toiminnassa tapahtuvien muutosten myötä (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2014).

Pieksämäen kaupungin kotihoito

Pieksämäen kaupungissa on asukkaita hieman alle 20 000, joista yli 65-vuotiaita on noin 27 %. Ikäihmisten määrän kasvaessa myös kotihoidon tarve lisääntyy (Tilastokeskus 2014). Kotihoidossa säännöllisen palvelun piirissä oli vuonna 2013 noin 500 asiakasta ja tilapäisen palvelun piirissä noin 160 asiakasta.

Pieksämäen kaupunki on yksi kokeilukunnista, jossa kotipalvelu ja kotisairaanhoido on yhdistetty kotihoidoksi. Kuntien antaman myönteisen palautteen mukaan eri toimintojen yhdistäminen on parantanut asiakkaan palvelutarpeen arviointia, sekä palvelun laatua ja joustavuutta. Hallitus esittää eduskunnalle, että vuonna 2005 aloitettua kotihoidon kokeilua jatkettaisiin vuoden 2016 loppuun, kunnes sosiaali- ja terveysalueet aloittavat toimintansa vuoden 2017 alussa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Mitä on kotihoito?

Kotihoito on asiakkaan kotona annettavaa hoivaa ja huolenpitoa, joka sisältää kotipalvelua, perushoitoa ja sairaanhoitoa. Kotihoidon asiakkaat ovat eri-ikäisiä kuntalaisia. Palvelun piiriin voidaan ottaa asiakas, jonka toimintakyky on alentunut ja hän tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa. Aloitteen kotihoidon palvelutarpeesta voi tehdä asiakas itse, omainen, tai muu yhteistyötaho. Palvelutarpeiden arvioinnin ja kotihoidon tilaukset ottaa vastaan kotiutushoitaja. Hoito- ja palvelusuunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan ja omaisten kanssa. Suunnitelmaa tehtäessä huomioidaan asiakkaan omat voimavarat, toiveet, tarpeet ja tavoitteet. Lisäksi kirjataan keinot tavoitteiden saavuttamiseksi. Tavoitteena on turvata asiakkaan kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään. Hänen omaa toimintakykyä, hyvinvointia ja terveyttä pyritään tukemaan riittävien palveluiden avulla. Yksilölliseen palvelutarpeeseen vastataan

yhteistyössä omaisten, läheisten ja eri toimijoiden kanssa. Kotona asumisen tueksi voidaan myös käyttää erilaisia tukipalveluja, kuten turvapalvelu, ateriapalvelu, kauppapalvelu, päivätoiminta ja kotikuntoutus. Kotihoitoa on mahdollista saada ympäri vuorokauden

Kotihoidon toimintaympäristö

Pieksämäen kotihoidon toimitiloja on pääterveysaseman viereisessä rantarivitalossa, jossa toimivat itäinen ja läntinen kotihoidonyksikkö. Rantarivitalossa on myös kotihoidon esimiesten toimistot, vanhustyön sosiaalityöntekijän toimisto ja palveluohjaajan toimisto. Naarajärven tiimin toimitilat sijaitsevat Naarajärvellä Mäntypihan alueella, Jäppilän tiimin toimitilat palvelukeskus Peltokartanossa ja Virtasalmen tiimin toimitilat Virtasalmen terveysaseman yhteydessä. Lisäksi kotisairaalan toiminta on osa kotihoitoa ja se toimii Pieksämäen aluesairaalan tiloissa.

Kotihoidon henkilöstöön kuuluu niin sosiaali- kuin terveydenhuollonkin koulutuksen saaneita hoitotyöntekijöitä. Kotihoidon työskentelyperiaatteena on tiimityö. Tiimissä työskentelee kotihoidon palveluohjaajia, kodinhoitajia, lähihoitajia ja terveyden- ja sairaanhoitajia. Tiimityöskentelyn tavoitteena on saada henkilöstön erityisosaaminen käyttöön, koko tiimiä hyödyntävästi. Kotihoidon moniammatillisessa työryhmässä toimii sosiaalityöntekijä, lääkäri, fysioterapeutti, päivätoiminnan ohjaaja, muistihoitaja ja mielenterveys- ja päihdevastuuhoitaja. Moniammatillisella osaamisella ennaltaehkäistään sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia ja edistetään asiakkaiden hyvinvointia.

Suurin osa kotihoidon asiakkaista on ikäihmisiä, joille kodin merkitys on suuri. Kodin merkitys perustuu emotionaaliseen turvaan ja siihen, että omassa kodissa voi vapaasti liikkua ja toimia. Muistin heikentyessä ikäihminen selviytyy arjesta rutiinien avulla pitkään, kun ympäristö on hänelle tuttu ja turvallinen paikka. (Lähdesmäki & Koistinen 2009.)

Tenkasen (2003) tutkimuksen mukaan koti merkitsee paikkaa, jossa kokemus omasta itsestä säilyy myönteisenä siitakin huolimatta, että voimavarat vähenevät. Hoidon ja avun saaminen päivittäisissä asioissa toteutuu hänen tutkimuksensa mukaan hyvin, mutta vanhusten liikkumiseen ja sosiaaliseen tukeen kiinnitetään liian vähän huomiota. Elämänlaatuun vaikuttavina keskeisinä tekijöinä hän nostaa esille asuinympäristön ja sosiaaliset suhteet.

Vanhukset osallistuvat omaa elämäänsä koskevaan päätöksentekoon kotihoidon hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä. Tuossa yhteydessä arvioidaan muun muassa asuinympäristö ja mahdollisten asunnon muutostöiden ja apuvälineiden tarve. Samalla kiinnitetään huomiota ympäristön esteettömyyteen, asumisen turvallisuuteen kokonaisuutena ja lähipalveluiden saatavuuteen liittyviin tekijöihin.

Asiakkaan ja hoitotyöntekijän turvallisuutta pyritään parantamaan apuvälineiden käytöllä. Rollaattorin tai jonkin muun apuvälineen käyttö vaatii tilaa ja esteettömiä kulkureittejä.

Monet ongelmat ja epäkohdat, jotka liittyvät turvallisuuteen ja asunnossa liikkumiseen, voidaan korjata kohtuullisin kustannuksin. Tällaisiin asunnon muutostöihin on mahdollista hakea kunnan avustusta. Kylpyhuoneen ja keittiön muutostyöt, ovien leventäminen, kynnysten poistaminen ja luiskien rakentaminen ovat niitä tavallisimpia vanhusten asunnoissa tehtäviä muutostöitä (Tenkanen 2003).

Samalla kun arvioidaan asiakkaan turvallista ympäristöä, kiinnitetään huomiota myös hoitotyöntekijöiden turvallisuuteen. Vaikka tupakoivaa asiakasta veloitetaan olemaan tupakoimatta kotihoidon työntekijän läsnä ollessa, niin usein joudutaan tekemään työtä savuisessa kodissa. Mikäli asiakas on päihtyneenä hoitokäynnillä, voidaan hänen yleistila tarkistaa, mutta käynti tehdään myöhemmin uudelleen yhdessä toisen kotihoidon työntekijän kanssa. Tilanteen toistuessa tulee työntekijän neuvotella jatkohoidosta kotihoidon lääkärin ja asiakkaan kanssa. Kotihoidon palvelut voidaan jopa harkita lopetettavaksi, mikäli työntekijöiden koskemattomuutta ei voida turvata, tai hoidettavan kotiympäristö todetaan kotihoidon henkilökunnalle vaaralliseksi.

Kotihoidon työn haasteellisuus

Kotihoidossa työskentely on haasteellista ja vastuullista. Kotihoidossa on asiakkaita eri ikäryhmistä. Hoitajan tulee osata huomioida asiakkaan ikä työskentelytavoissaan. Kotihoidon asiakkaat tulevat erilaisista kasvuympäristöistä ja kulttuureista. Lisäksi asiakkaina on maahan muuttajia. Suomen kielen osaamattomuus tuo haasteita vuorovaikutukseen ja tuolloin tarvitaan usein tulkkipalvelua.

Kotihoidon työssä koetaan haasteeksi erikoisalojen laajuus. Asiakkaita on esimerkiksi sisätautien, neurologian, kirurgian ja syöpätautien erikoisaloilta. Kotihoidossa korostuu yhteistyön laajuus eri toimijoiden kanssa. Kolmas sektori on tärkeä yhteistyö kumppani kotihoidon arjessa. Se auttaa usein asiakkaiden ulkoilussa tai erilaisten vastaanotto käyntien saattamisessa. Lisäksi kolmas sektori järjestää erilaista virike- ja kerhotoimintaa kotihoidon asiakkaille.

Kotihoidossa työskennellään asiakkaiden luona pääsääntöisesti yksin, joten työ on hyvin itsenäistä ja vastuullista. Erilaisten tilanteiden arviointi ja itsenäiset päätökset on usein tehtävä nopeasti. Yksintyöskentely on myös psyykkisesti ja fyysisesti raskasta. Työn kuormittavuutta lisää haasteellisesti toteutettava työergonomia. Työtä tehdään ajoittain heikossa valaistuksessa, ahtaissa ja liikkaisissa tiloissa.

Omaevalvontasuunnitelma

Omaevalvontasuunnitelman rakenne alkaa palvelun tuottajaa koskevista tiedoista, joiden jälkeen esitellään yksikön toiminta-ajatus, arvot ja toimintaperiaatteet. Pieksämäen kaupungin kotihoidon toiminta-ajatuksena on järjestää hoitoa ja huolenpitoa asiakkaille, joiden toimintakyky ja itsestään huolehtiminen on alentunut ikääntymisen, sairastumisen, vammautumisen tai muun syyn vuoksi. Kotihoidon arvoista ja toimintaperiaatteista omaevalvontasuunnitelmassa on nostettu esille asiakaslähtöisyys, tasa-arvoisuus, luottamuksellisuus, vastuullisuus, yksilön kunnioitus ja uusiutumistahto. Suunnitelmassa esitellään omaevalvonnan organisointi, johtaminen ja vastuuhenkilöt sekä asiakkaan ja omaisten osallistuminen ja asiakaspalaute.

Riskien ja epäkohtien tunnistaminen ja korjaavat toimenpiteet käsiteltiin yhdessä työryhmässä, jossa nousi esille erilaisia epäkohtia. Kotihoidossa riskeinä koettiin muun muassa asiakkaiden vaihtuvuus, lääkehoito ja tiedonkulku. Työryhmässä laadittiin korjaavia toimenpiteitä riskeinä koetuille epäkohdille.

Omaevalvontasuunnitelmassa kuvataan kotihoidon henkilöstörakenne ja -mitoitus. Työryhmässä päivitettiin kotihoidon perehdyttämissuunnitelma uudelle työntekijälle. Työturvallisuuslaki edellyttää työnantajaa perehdyttämään työntekijä työtehtäviinsä, työympäristöönsä sekä tiedot mahdollisista haitta- ja vaaratekijöistä (Työturvallisuuslaki 738/2002). Hyvästä perehdyttämisestä on hyötyä sekä uudelle työntekijälle, että työnantajalle. Saatuaan hyvän perehdytyksen työntekijällä on mahdollisuus sopeutua paremmin uuteen työyhteisöön ja sen toimintatapoihin. Hyvän perehdyttämisen avulla voidaan parantaa työn viihtyvyyttä ja ehkäistä mahdollisia riskejä ja virheitä.

Kotihoidon asiakkaat asuvat omissa kodeissaan. Osalla kotihoidon asiakkaista on kuitenkin mahdollisuus käyttää yhteisiä toimitiloja esimerkiksi kerhotiloina tai yhteisruokailussa. Omaevalvontasuunnitelmaan laaditaan kuvaus toimitiloista, laitteista ja tarvikkeista. Työryhmässä kehitettiin laitteita ja tarvikkeita koskevana kehittämissuunnitelmana hoitotarvikkekassi työntekijöiden käyttöön. Kotikäynneillä tarvittavat hoitotarvikkeet ovat tuolloin aina työntekijän käytössä työvuoron aikana.

Asiakasturvallisuutta käsittelevässä kohdassa omaevalvontasuunnitelmaan on laadittu kuvaus välittömään asiakastyöhön liittyvistä turvallisuusriskeistä. Kotihoidossa asiakkailla on käytössä henkilökohtaiset valvontalaitteet, kuten turvarannekkeet ja ovihälyttimet, jotka kotihoito testaa säännöllisesti. Kaikki potilasturvallisuutta vaarantavat riskitilanteet kirjataan HaiPro-järjestelmään. Vaaratapahtumista kirjaamisen tarkoituksena on oppia riski- tai läheltä piti -tilanteista. Yksikön toimintaa voidaan kehittää hyödyntämällä kirjattua tietoa. HaiPro-järjestelmään kirjattu tieto on luottamuksellista ja se voidaan kirjata nimettömänä. (Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä

2014.) Kotihoidossa järjestelmään tallennetut tiedot käsitellään henkilöstön kanssa tiimipalaverissa.

Kohdassa asiakkaan asema ja oikeudet kuvataan menettelytapa, jolla asiakkaan palvelutarve arvioidaan, ja laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma asiakkaan kanssa. Kyseiseen suunnitelmaan kirjataan asiakkaan omat toiveet ja kunnioitetaan hänen itsemääräämisoikeuttaan.

Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä sekä ikäihmisten kotona asumista edistävää työtä. Asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen muuttuessa suunnitelmaa tarkistetaan ja sitä päivitetään yhdessä asiakkaan ja hänen lähiomaisensa kanssa. (Päivärinta & Haverinen 2002.)

Omavalvontasuunnitelmassa asiakastyön laadun varmistamiseksi kotihoidossa kuvataan asiakkaiden suoriutumista, toimintakykyä, elämänhallintaa sekä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Näitä asioita kartoitetaan tekemällä joka toinen vuosi asiakastyytyväisyyskysely, josta saadulla tiedolla pyritään kehittämään kotihoidon toiminnan laatua. Kotihoidossa hoito- ja palvelusuunnitelma päivitetään säännöllisesti vastaamaan asiakkaan tarpeita.

Ihmiset pitävät terveyttä ja hyvinvointia korkeassa arvossa. Terveydenhuolto nousee keskeisimmäksi palveluksi, kun kuntalaisia pyydetään laittamaan eri palvelut tärkeysjärjestykseen. Kunnan talouden ollessa heikossa tilanteessa eivät kuntalaiset haluaisi terveydenhuollosta tinkiä. Perusturvan tunteen tuo pelkästään jo tieto palveluiden saatavuudesta. (Helin 2003, 35.) Omavalvontasuunnitelmassa kuvataan terveydenhuollon, sairaanhoidon ja lääkäripalveluiden järjestäminen asiakkaille sekä yksikön omat vastuutehtävät.

Kotihoidon vastuutehtäviin kuuluvat muun muassa asiakkaiden vuosikontrollit, muistitesti MMSE, toimintakykymittari Rava sekä eri sairauksien seuranta. Rava-mittarilla seurataan liikkumista, aistien toimimista, puheen tuottamista, avun tarvetta syömisessä, lääkityksessä, pukeutumisessa ja peseytymisessä, myös psyykinen toimintakyky huomioidaan. Mittaamisen tukena käytetään MMSE-testiä ja GDS-seulaa (Geriatric Depression Scale). (Finnish Consulting Group.) Lisäksi yksikön lääkehoitosuunnitelman ylläpitäminen ja päivittäminen kuvataan omavalvontasuunnitelmassa.

Työryhmistä nousseet kehittämisideat

Työryhmässä, jossa käsiteltiin riskien ja epäkohtien tunnistamista sekä niiden korjaavia toimenpiteitä, nousi esille esimerkiksi tiedonkulku. Tilanteita, joissa todettiin puutteita, ovat esimerkiksi lääkemuutokset, riittämätön kirjaaminen ja eri yksiköiden välinen tiedonkulku. Työryhmä koki korjaavana toimenpiteenä päivittäisen raportointiajan lisäämisen aamu- ja iltavuoron vaihtuessa.

Työryhmässä keskusteltiin, että jokaisen työntekijän tulisi kiinnittää huomiota omaan toimintaansa, jotta työohjeet olisivat riittävän selkeät ja ajantasaiset seuraavalle työntekijälle.

Henkilöstön perehdyttämissuunnitelmaa muokannut työryhmä päivitti uuden perehdyttämislomakkeen ajan tasalle. Uusi työntekijä saa perehdyttämislomakkeen lähiesimieheltä aloittaessaan työt kotihoidossa. Lomake toimii työntekijän apuvälineenä perehdytettävälle asioille.

Laitteita ja tarvikkeita käsittelevässä työryhmässä koettiin, etteivät tarvittavat hoitotarvikkeet ja työvälineet ole työntekijän mukana asiakkaan kotikäynnillä. Työryhmä suunnitteli kotikäynneille mukaan otettavaksi hoitotarvikkekassin, jonka avulla tarvittavat työvälineet ovat työntekijän käytössä. Kasseja hankitaan tiimeihin jokaiselle työnvuorossa olevalle hoitajalle.

Välittömään asiakasturvallisuuteen liittyviä riskejä pohtinut työryhmä nosti esille turvalaitteiden käytön. Turvalaitteina kotihoidossa on käytössä muun muassa asiakkaiden turvarannekkeet. Henkilöstö testaa rannekkeiden toimivuuden säännöllisen kotihoidon asiakkailta kerran kuukaudessa. Työryhmässä päätettiin, että testausajankohta lisätään työtehtäviin, jotta turvarannekkeiden toimivuus tulee säännöllisesti testattua.

Työryhmässä, jossa käsiteltiin palveluyksikön asiakastyön laadun varmistamista, keskusteltiin kotihoidon laatuun liittyvistä asioista. Keskustelua herättivät esimerkiksi yhteiset toimintatavat, sekä muistisairaana asiakkaan ravitsemus. Osa kotihoidon asiakkaista on riippuvaisia kotihoidon avuista ruoan hankinnassa, valmistuksessa, ruokailuajankohdissa sekä ruokailussa.

Ravitsemustila heikkenee iän ja sairauksien myötä. Moni kotihoidon iäkäs asiakas on virheravitsemusriskissä ja muutama prosentti on virheravittuja. Ruokahalu voi heikentyä sairauksien seurauksena. Myös lääkkeet saattavat vaikuttaa ruokahuuun. Yksipuolinen ruokavalio tai alkoholin runsas käyttö saattavat heikentää ravitsemustilaa ilman painonlaskua. Vähäinen proteiinien saanti kiihdyttää lihaskatoa, joka heikentää kehon hallintaa, aiheuttaen kaatumis- ja murtumavaaraa. (Ravitsemussuositukset ikääntyneille 2010).

Kotihoidossa asiakasta ohjataan ja tuetaan ravitsemuksessa terveellisiin ruokailutottumuksiin. Tarvittaessa heitä ohjataan ateriapalvelun ja kauppapalvelun piiriin. Kotihoidon työntekijä avustaa asiakasta kauppalistan suunnittelussa huomioiden asiakkaan toiveet, erityisruokavaliot ja taloudelliset mahdollisuudet. Ravitsemustilaa seurataan, jotta riittävä päivittäinen ravinnon saanti toteutuisi.

Hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto ovat laatineet iäkkäiden ihmisten

palvelujen laatusuositukset. Laatusuositusten tavoitteena on turvata iäkkäälle ihmiselle mahdollisimman terve ja toimintakykyinen ikääntyminen ja laadukkaat palvelut. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013).

Pohdinta

Saimme kehittämistyömme aiheen esimiehiltämme. Aluksi aihe tuntui haastavalta ja laajalta toteuttaa. Rajasimme työtämme meidän opiskelijoiden ja esimiestemme kesken. Henkilökunta jaettiin kolmeen eri työryhmään, jotka koostuivat kotihoidon tiimien työntekijöistä. Työryhmien ohjaamisessa koettiin haasteena keskustelun pysyminen aiheessa sekä työryhmien motivoiminen kehittämistehtävään, joka aluksi koettiin opiskelutehtävänä. Ohjaajina koimme eri tiimien työntekijöiden kokoontumisen uutena ja antoisana työskentelytapana. Normaalisti työpäivän aikana olemme tiiviisti yhteistyössä oman kotihoidon tiimin kanssa ja yhteistyö muiden tiimien kanssa on vähäistä. Tapaamme koko kotihoidon henkilöstön kanssa vain noin kaksi kertaa vuodessa kotihoidon kevät- ja syyskokouksissa. Tämän vuoksi eri tiimien työntekijöistä kootut ohjausryhmät olivat mielestämme positiivinen ja hyvää vaihtelua tuova työskentelymalli.

Omavalvontasuunnitelman materiaalia kerätessä työryhmiin osallistuneilla työntekijöillä oli hyvä mahdollisuus jakaa erilaisia kokemuksia kotihoidon työstä ja sen erilaisuudesta. Kotihoidon tiimit työskentelevät erilaisissa toimintaympäristöissä, osa maaseudulla ja osa kaupunkialueella. Näiden eroavuuksien vuoksi työryhmissä nousi esille monenlaisia näkökulmia kotihoidon työn haasteellisuudesta ja riskeistä työskennellä erilaisissa toimintaympäristöissä sekä uusia toimintamalleja kotihoidon työn toteuttamiseen.

Omavalvontasuunnitelman työryhmien tavoite kotihoidolle on, että toimintatavat tulevat yhtenäisiksi, tunnistetaan erilaiset riskit ja kehitetään yhdessä niihin ennaltaehkäisyä menetelmiä. Yhtenäiset toimintatavat toteutuvat esimerkiksi asiakaskäyntien kirjaamisissa ja turvalaitteiden testaamisissa. Tämä yhdessä tehty omavalvontasuunnitelma sitouttaa koko kotihoidon henkilökunnan työskentelemään yhdessä sovitulla toimintatavoilla. Omavalvontasuunnitelman ollessa julkinen myös asiakkailta ja heidän läheisiltään on mahdollisuus tutustua kotihoidon toimintaperiaatteisiin ja toimintatapoihin.

Mielestämme omavalvontasuunnitelman työstämisprosessista nousi uusia ja hyödyllisiä kehittämissideoita laadukkaaseen kotihoitotyöhön. Osa työryhmien kehittämistä uusista tai päivitetystä toimintatavoista on jo otettu käyttöön ja osa on vielä kehitteillä. Mielestämme omavalvontasuunnitelman käyttöönotto valtakunnallisesti on suuri, mutta tärkeä ja ajankohtainen haaste ikäihmisten määrän jatkuvasti lisääntyessä. Omavalvontasuunnitelma on laaja tietopaketti koko yksikön toiminnasta. Yksityiskohtaisesti laadittuna omaval-

vontasuunnitelman kautta pystyy ulkopuolinen henkilö saamaan kokonaisvaltaisen kuvan yksikön toimintatavoista ja sen periaatteista. Mielestämme on tärkeää, että suunnitelman tekoon osallistui koko kotihoidon henkilökunta, jotta omavalvontasuunnitelman sisältö tulee tutuksi kaikille. Yksikön itselle asettamat laatuvaatimukset muuttuvat näin käytännössä toteutettaviksi lakia noudattaen.

Yhteiskunta kehittää ja painottaa ikäihmisten hoitoa aiempaa enemmän kotiin. Yhteiskunnan paine ja kuntien heikko taloudellinen tilanne on muuttanut kotihoidon työnkuvaa. Aiemmin toteutetut niin sanotut vointikäynnit, jolloin tarkastettiin vain asiakkaan yleisvointi, ovat jääneet kotihoidon palvelun pääsyn kriteerien ulkopuolelle. Mielestämme vointikäynnit olisivat olleet ennaltaehkäisevää työtä, jolloin hoitaja olisi pystynyt havaitsemaan asiakkaan voinnissa tapahtuneen muutoksen hyvissä ajoin. Tiukentuneiden palveluiden piiriin pääsyn kriteereiden vuoksi kotihoidon asiakkaat ovat aiempaa enemmän apua tarvitsevia. Mielestämme ennaltaehkäisevää hoitotyötä ei nykyisin tueta riittävästi, vaan asiakkaat ohjataan kunnan palveluiden ulkopuolelle. Kaikilla kuntalaisilla ei ole mielestämme tällöin tasavertaista mahdollisuutta kunnallisiin palveluihin. Näin ollen yhteiskunnan asettamat tavoitteet ikäihmisten hoidolle ovat ristiriidassa käytännön hoitotyön kanssa. Jäämmekin pohtimaan, miten omavalvontasuunnitelman tavoitteet toteutuvat tulevaisuuden ennaltaehkäisevässä hoitotyössä?

LÄHTEET

Finlex. Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738> [viitattu 21.10.2014].

Finnish Consulting Group. Mikä on RAVA-mittari. Saatavissa: <http://www.rava-mittari.fi/mika-rava-mittari> [viitattu 25.10.2014].

HaiPro 2014. Terveysthuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä. Saatavissa: <http://www.awanic.com/haipro/> [viitattu 23.10.2014].

Lähdesmäki, L. & Koistinen, P. Toimintakyvyn tukeminen taidolla ja laadulla 2009. Saatavissa: [viitattu 26.10.2014].

Päivärinta, E. & Haverinen, R. Ikäihmistien hoito- ja palvelusuunnitelma 2002. Saatavissa: <http://webfronter.com/verkkonen/hoitotyönkirjaaminen/other/Ik%C3%A4ihmistien%20hoito-%20ja%20palvelusuunnitelma.pdf> [viitattu 13.10.2014].

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2014. Määräys 1/2014 – Yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhustalveluiden omavalvontasuunnitelma. Saatavissa: http://www.valvira.fi/tietopankki/maaraykset/maarays_1_2014_-_yksityisten_sosiaalipalvelujen_ja_julkisten_vanhustalveluiden_omavalvontasuunnitelma [viitattu 17.9.2014].

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2004. Kotihoidon kokeilua jatketaan vuoden 2016 loppuun. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedot/-/view/1893881> [viitattu 25.10.2014].

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nauta/-/_julkaisu/1860580 [viitattu 21.10.2014].

Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Saatavissa: http://www.granum.uta.fi/granum/kirjanTiedot.php?tuote_id=10989 [viitattu 27.10.2014].

Tilastokeskus 2014. Pieksämäki. Saatavissa: <http://tilastokeskus.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/593.html> [viitattu 27.10.2014].

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Saatavissa: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/> [viitattu 20.10.2014].

IKÄIHMISEN ÄÄNI

Partti Anne

TIIVISTELMÄ

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tuli voimaan heinäkuussa 2013. Lakiin on kirjattu neljä pääkohtaa yleisiä säädöksiä, joissa lain tarkoitus avataan. Lain tehtävänä on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista ja parantaa ikäihmisten mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja tarvitsemisensa palvelujen kehittämiseen kunnassa. Lain tarkoituksena on myös parantaa palvelujen saamista ja ohjausta palvelujen käyttöön tarpeitten mukaan riittävän ajoissa sekä vahvistaa ikäihmisen mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettäviin sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön, toteuttamistapaan ja osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista.

Kehittämistehtävä luo pohjan Puumalan kunnan suunnitelmalle ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemiseksi yhdistäen lait, asetukset ja suositukset. Tietoa kerättiin vuoden aikana eri foorumien kautta, pääasiassa kotihoidossa, päivätoiminmassa, vanhusneuvostolta ja ennakoivien kotikäyntien yhteydessä. Kuntalaisten huolena on mm. liikkuminen, kuljetuspalvelujen vähyyys tai sopimattomuus, viriketoiminnan puute eri kohderyhmille, yksinäisyys ja avun saaminen raskaisiin kodin töihin, esimerkiksi polttopuiden kantaminen sisälle, lämmitys ja lumityöt. Suunnitelma laaditaan kolmen suurimman pääkohdan ympärille: esteetön asuminen ja kulkeminen, yksinäisyyden ja syrjäytymisen ehkäisy sekä osallistumisen tukeminen. Ikäihmisen on vaikea osallistua päätöksen tekoon tai kulttuuritapahtumiin ilman kyytiä ja ikäihmisille tarvitaan omia, heille järjestettyjä tilaisuuksia. Kunnanvaltuusto hyväksyy suunnitelman ja se tarkistetaan valtuustokausittain. Tavoitteena on iäkkään kuntalaisen äänen kuuleminen, ikäihmisen tukeminen omatoimiseen, itsenäiseen asumiseen ja osallistumisen mahdollistaminen sekä elämänhallinnan vahvistaminen.

Johdanto

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tuli voimaan 1.7.2013. Ns. vanhuspalvelulain tavoitteena on varmistaa ikäihmisten yksilöllisen hoidon ja huolenpidon saaminen laadukkaasti sekä yhdenvertaisesti koko maassa. Laki täsmentää kunnan velvollisuuksia ja vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada tarvitsemiansa

palveluja. Laissa mainitut pykälät tulevat voimaan portaittain. Suurinta osaa pykälästä sovellettiin heti lain tultua voimaan, osaa 1.1.2014 alkaen ja loppuja sovelletaan 1.1.2015 alkaen.

Kunnan on laadittava suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi vanhushpalvelulain viidennen pykälän mukaan. Kuudes pykälä velvoittaa kunnan arvioimaan palvelujen riittävyttä ja laatua, palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta asiakkaan omalla kielellä ja osoitettava suunnitelman toteuttamiseksi riittävät voimavarat. Kunnan on asetettava vanhusneuvosto, otettava se viidennessä pykälässä tarkoitetun suunnitelman valmisteluun ja kuudennessa pykälässä tarkoitettuun arviointiin. (Vanhushpalvelulaki 2013.)

Gerontologian syventävien opintojen kehittämistehtävänä oli tutustua lakiin, asetuksiin ja suosituksiin vanhushpalvelulain vaatimaa ikäihmisten suunnitelmaa varten sekä kerätä siihen tarvittavaa tietoa kuntalaisilta. Yhteenvedon pohjalta kuntaan laaditaan eri toimialojen osalle suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi. Suunnitelma sisältää konkreettisia toimenpiteitä, joiden toteutumista seurataan vuosittain.

Lain edellyttämät muutokset vaativat kuntaa huolehtimaan työntekijöiden riittävän monipuolisesta asiantuntemuksesta. Erityisasiantuntemusta edellytetään ainakin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrian, lääkehoidon, ravitsemuksen, monialaisen kuntoutuksen ja suun terveydenhuollon alalta. (Vanhushpalvelulaki 2013.) Kunnan on lain mukaan järjestettävä ikääntyneen väestön hyvinvointia tukevia neuvontapalveluja, joista on aikaisemmin säädetty terveydenhuoltolaissa ja tarjottava oma-aloitteisesti hyvinvointia edistäviä terveystarkastuksia niille ikääntyneille, joilla arvioidaan olevan elinoloissa tai elämäntilanteessa riskitekijöitä. (Vanhushpalvelulaki 2013.)

Ikäihmisille suunnattujen palvelujen on oltava laadukkaita, oikea-aikaisia ja riittäviä. Ensisijaisia ovat kotiin annettavat palvelut. Hoitojärjestelyn pysyvyys on turvattava. Iäkkään kuntalaisen palvelutarve on selvittävä viipymättä ja kokonaisvaltaisesti ja asiakkaalle laaditaan palvelusuunnitelma, kun palvelutarve on selvitetty. Laki vahvistaa asiakkaan oma äänen kuulumista eli iäkkään henkilön näkemykset vaihtoehtoista on kirjattava suunnitelmaan. (Vanhushpalvelulaki 2013.)

Iäkkäälle henkilölle, joka tarvitsee apua palvelujen toteuttamiseen ja yhteensovittamiseen, on nimettävä vastuutyöntekijä vuoden 2015 alusta. Asiakkaalle tehdään päätös sosiaalipalvelujen myöntämisestä ja oikeudesta palveluihin. Toimintayksikössä on oltava riittävästi osaavaa henkilöstöä. Lisäksi johtamisen on tuettava kuntouttavan työotteen edistämistä, yhteistyötä ja toimintatapojen kehittämistä. Iäkkäiden henkilöiden käytössä olevat tilat on oltava riittävät, turvalliset, esteettömät, kodikkaat ja olosuhteiltaan sopivat. Pääasias-

sa iäkkäille henkilöille palveluja tuottavien toimintayksiköiden on laadittava omavalvontasuunnitelma viimeistään vuoden 2015 alusta. Omavalvontasuunnitelma pidetään julkisesti nähtävänä, toteutumista seurataan ja palveluja kehitetään saadun palautteen perusteella koko Mikkelin palvelutuotantoyksikön alueella (Mikkelin Seutusote 2014).

Suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi sisältää kunnan toimenpiteet ”ikäntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen ja omaishoidon järjestämiseksi ja kehittämiseksi”. Suunnitelmassa on määriteltävä eri toimialojen vastuut toimenpiteiden toteuttamisessa ja yhteistyö kunnassa toimivien julkisten tahojen, yritysten, järjestäjien ja muiden yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa ikääntyneen väestön hyvinvoinnin jne. tukemiseksi. Suunnitelman hyväksyy kunnanvaltuusto ja se tarkistetaan valtuustokausittain. Kunnan on otettava suunnitelma huomioon mm. talousarviota ja taloussuunnitelmaa laadittaessa. (Vanhuspalvelulaki 2013.)

Puumalan kunnan terveystoimen palvelut on järjestänyt Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi vuodesta 2007. Vuoden 2013 alusta Mikkelin sosiaali- ja terveystoimen järjestettäväksi tuli myös vanhusten palvelut ja sosiaalityö, johon kuuluvat varsinainen sosiaalityö, toimeentuloturva, lastensuojelupalvelut, vammaispalvelut ja päihdehuolto. Puumalan kunnan työntekijät edellä mainituissa palveluissa aloittivat 1.1.2013 alkaen Mikkelin kaupungin työntekijöinä.

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen yhteistoiminta-alueen tavoitteena on turvata lakisääteiset palvelut ja antaa laadukkaita palveluja kustannustehokkaasti. Yhteistoiminta-alueella on yhdenmukaistettu palvelujen saannin kriteerit, palvelutasot, saatavuus ja kustannukset. Puumalan kunnan suunnitelma ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemiseksi on linjassa isomman, Mikkelin kaupungin suunnitelman, kanssa monelta osin. Puumalan kunnan suunnitelmassa korostuvat kuitenkin kaupunkia enemmän kunnan erityistarpeet, kuten elinkeinorakenne, ikärakenne, sairastavuus ja välimatkoihin liittyvät haasteet, jotka vaikuttavat palvelujen suunnitteluun ja tuottamiseen. (Mikkelin Seutusote 2014.)

Suunnitelman kohdekuunta Puumala

Puumala on saaristokunnan nimikkeellä oleva 2300 asukkaan kunta Etelä-Savossa. Kunta sijaitsee Mikkelin, Imatran ja Savonlinnan kaupungeista muodostuvan kolmion keskellä. Kotitalouksia on noin 1200 ja rantaviivaa 3000 km. Julkinen sektori; koulutus-, terveys- ja sosiaalipalvelut muodostavat elinkeinorakenteesta 27 %, maa-, metsä- ja kalatalous 20 %, kauppa, liikenne, ravintola- ja majoituspalvelut 22 %, rakentaminen 8 %, teollisuus 7 % ja muut 16 %. Kunnan ikärakenne on haastava. Kuntalaisista yli 65 vuotta täyttäneitä

oli vuoden 2013 lopussa 34,8 %. Väestöennuste Puumalassa vuonna 2020 on 2404 asukasta, joka on jo tämän vuoden aikana alitettu. Vuonna 2030 ennuste on 2268 ja 2040 kuntalaisia on ennusteen mukaan 2106. Noin 60 % kuolleista on vähintään 75 vuotta täyttäneitä (Heikkinen ym. 2003, 26). Väki kunnassa vähenee ja kuntalaisten keski-ikä nousee. Suunnitelmassa on huomioitava palvelujen varaaminen tasaisesti vähenevälle, mutta moniongelmaisille ja paljon sairastaville kuntalaisille.

Kehittämistehtävän tavoitteet

Kehittämistehtävän perustavoitteena on vanhuspalvelulain viidennen pykälän mukaisen suunnitelman laatimista varten lakiin, asetuksiin ja suosituksiin tutustuminen, kunnassa olemassa olevien julkisten ja yksityisten palvelujen kartoittaminen sekä eri toimijoiden kanssa verkostoituminen. Kotihoidonohjaajan gerontologisen erityisosaamisen täydennyskoulutukseen liittyvä kehittämistehtävä on käytännössä lain edellyttämään suunnitelmaan tarvittavan taustatietojen kerääminen ja yhteenveto eli kehittämistehtävän avulla kerätään tietoa kuntalaisten tarpeista ja saatujen tulosten yhteenvedon perusteella laaditaan varsinainen suunnitelma. Kehittämistehtävän aikana kerättyjä tuloksia verrataan olemassa oleviin palveluihin ja niiden myöntämiskriteereihin sekä olemassa oleviin tilastoihin kunnasta ja kuntalaisista suunnitelman raamien luomiseksi.

Lain vaatimassa suunnitelmassa pohditaan lähellä olevia ja tarvittavia palveluja, päivittäin tai viikoittain saatavia ja tarvittavia palveluja. Harvemmin tarvittavat palvelut voidaan luovuttaa pois Puumalasta ja järjestää osa palveluista tarpeen mukaan omassa kunnassa lähipalveluna. Esimerkkinä tarpeen mukaan kunnassa järjestettävästä palvelusta on hammashoito. Hammaslääkäri on kiireetöntä hoitoa varten Puumalassa vain kahtena päivänä viikossa, kiireellisissä tapauksissa hakeudutaan päivystykseen Mikkeliin.

Suunnitelman tavoite on vastata lain asettamiin vaatimuksiin, mutta myös tukea kunnan taloutta tiukan euron aikana kohdistamaan palvelut kysyntää vastaaviksi. Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö korostuu pienissä kunnissa suuria kaupunkeja enemmän, esimerkiksi palvelusuunnitelmaa laadittaessa, jolloin kuntalaisen saama palveluohjaus on oltava tasapuolista, puolueetonta ja oikeaa tietoa. Julkinen sektori on tärkeä toimija, sillä pienet kunnat eivät yleensä houkuttele esimerkiksi hoiva-alan yrittäjiä asiakaskunnan määrällisellä pienuudella. Yrittäjän palkka on mahdollista koota useasta pienestä palvelusta, mutta samalla se vaatii monipuolista osaamista. Yrittäjiä ja järjestöjä kuitenkin kaivataan täydentämään kunnan palveluja ja kokonaisuus muodostaa kuntalaiselle toimivan verkoston ikäihmisten palveluissa.

Kehittämistehtävän toteutus ja tulokset

Puumalan kunnanhallitus päätti kokouksessaan 9.12.2014 antaa suunnitelman ikääntyneen väestön tukemiseksi palvelujohtajan, avo- ja hoivapalvelujohtajan ja kotihoidonohjaajan tehtäväksi. Kehittämistehtävän yhteenvedon pohjalta työryhmä rakentaa kunnan varsinaisen suunnitelman. Tärkeitä suunnitelman laadinnassa työtä ohjaavia ajatuksia ovat lain ja koulutuksen hengessä ikäihmisten osallisuus, kansalaisuus ja elämänhallinnan vahvistaminen.

Tietoa kerättiin kuulemalla kuntalaisia eri foorumien kautta, pääasiassa kotihoidossa, päivätoiminnassa, vanhusneuvostossa uuden lain hengen mukaisesti ja ennakoivien kotikäyntien yhteydessä. Kehittämistehtävä ja sen kautta rakentuva suunnitelma Puumalan ikäihmisille on ollut koko vuoden kotihoidonohjaajan toiminnan päämääränä asiakkaita ja omaisia tavattaessa. Kuntalaisten tarpeet tulevat esiin viikoittain kotihoidon hoitajien työssä. Tarpeisiin pyritään vastaamaan mahdollisimman pian ja hyvin kehittäen samalla jo olemassa olevia palvelumuotoja käytettävien resurssien antamisraameissa.

Vanhusneuvostolle esitettiin kevään 2014 aikana vanhusneuvoston kokouksessa kysely suunnitelmaan liittyen ja vanhusneuvoston kokouksesta tuli todella hyviä, konkreettisia ja toteutettavia ehdotuksia.

Vanhusneuvosto keskusteli laadittavasta suunnitelmasta ja siellä kirjattiin keskustelussa esiin nousseet ajatukset. Seuraavat kokouksessa esitetyt asiat sisällytetään Puumalan kunnan suunnitelmaan ikääntyneen väestön tukemiseksi:

- muistinvirkistysryhmälle kimpakyytipalvelu
- kotona asuvien muistisairaiden kuljetuspalvelu erilaisiin tilaisuuksiin
- päivätoimintaan muistisairaille oma ryhmä
- vanhusten asumispalveluihin ryhmäkoti
- liikuntatoiminnan lisäksi vanhuksille askartelua, pelejä yms. toimintaa
- vanhuksille harrastuskuljetuksia, joiden avulla aikaa asioida virastoissa ja kirjastossa
- kulttuuritapahtumissa päivänäytöksiä ja kuljetusten järjestäminen ainakin osittain talkoilla, vapaaehtoisia mukaan auttamaan vanhuksia
- kunnantalon ovien muuttaminen niin, että asiakas pääsee pyörätuolilla yksin sisään ja ulos
- levähdyspenkkejä kirkonkylälle
- kirkonkylän suunnittelussa otettava huomioon vanhuksien
- kunnan lisäksi palvelutuotantoon ja avuksi kolmatta sektoria: seurakunta ja eri järjestöt (mm. Lions, Miestenkerho, sotaveteraanit, kulttuuri-, liikunta- ja eläkeläisjärjestöt).

Päivätoimintaa järjestetään Puumalan kirkonkylällä syyskuusta toukokuuhun joka tiistai, joka toinen keskiviikko (parillinen viikko) ja joka torstai. Ryhmiin osallistuu pääasiassa ikäihmisiä eri puolilta kuntaa; kaikkiaan noin 40 kunta-

laista. Päivätoiminta on useille ensimmäinen ja usein ainoa kosketus kunnan palveluihin. Päivätoimintaan osallistumisen syy on monilla asiakkaila sosiaalinen (yksinäisyys tai syrjäytymisen uhka), puutteelliset peseytymistilat tai muut asuintilat, liikkumisen ja asioinnin vaikeudet tai hoidollinen tarve.

Päivätoimintaryhmiltä on kyselty kevään 2014 aikana päivätoiminnassa suullisesti heidän ajatuksiaan ja kommenttejaan asioista, johon he ensimmäisenä tarvitsevat tai ovat jo tarvinneet toisten apua. Tärkeimpinä asioina kirjattiin muistiin seuraavat seikat:

- pihan ja tien lumityöt,
- polttopuiden teko ja puiden sisälle kantaminen,
- asunnon lämmitys,
- siivous sekä
- asiointi ja virkistäytyminen; liikkuminen ilman omaa autoa, perheen tai naapureiden apua on vaikeaa.

Julkista liikennettä on erittäin vähän ja arkipäivisin toimiva kunnan järjestämä kutsutaksiliikenne palvelee vain osaa kuntalaisista. Arkisin tietyillä, ennalta sovituilla, reiteillä toimiva kutsutaksiliikenne on toimiva ja edullinen sekä kunnalle että kuntalaiselle, mutta se ei tue kuntalaisen virkistäytymistä esimerkiksi kulttuurin parissa, sillä monet tapahtumat ovat usein iltaisin tai viikonloppuisin.

Puumalan kunnassa tehdään ennakoivan työn kotikäynnit 80 vuotta täyttäneille. Asiakkaalle postitetaan saatteellinen kyselylomake, johon hän voi tutustua etukäteen ennen mahdollista kotikäyntiä. Asiakkaaseen otetaan yhteyttä puhelimitse ja sovitaan kotikäynti. Käynti on asiakkaalle vapaaehtoinen ja maksuton. Vuoden 2014 aikana kirjeitä postitettiin 38 kuntalaiselle. Suurin osa heistä ottaa haastattelijan vastaan ja heiltä saatava tieto heidän ajatuksistaan tulevasta avuntarpeesta ja palveluista on todella tärkeää. Haastattelijoina toimivat kotihoidonohjaaja ja kotihoidon lähihoitaja.

Ennakoivien kotikäyntien parhainta antia kehittämistehtävää varten ovat eri puolilla kuntaa eri elämäntilanteissa asuvien kuntalaisten näkemykset omasta tulevaisuudesta ja mahdollisesta palveluntarpeesta. Kyselyssä selvitetään asiakkaan tausta, nykyhetki ja ennen kaikkea mahdollinen, tuleva palveluntarve. Iäkkään kuntalaisen näkemys tarvittavista palveluista on suunnitelman tekoa varten kaikkein tärkein aineisto. Käynnistä ja tulevaisuuden ajatuksista tarpeiden tehdään yhdessä asiakkaan kanssa yhteenveto, jota voidaan sitten tarvittaessa tarkastella myöhemminkin. Eri ikäluokkien vastauksissa on havaittavissa selkeitä eroja. Tämän hetken 80 vuotta täyttäneet ovat hyväkuntoisia ja pääasiassa vähän palveluja käyttäviä.

Puumalan ikääntyneiden kuntalaisten ensimmäisiä tarpeita omassa kodissa asumisen mahdollistamiseksi ovat seuraavat:

- asioinnin ja sosiaalisen kanssakäymisen mahdollistavat kulkuyhteydet sekä
- kodin turvallisuuteen,
- lämmitykseen ja
- siivoukseen liittyvät avut.

Suurella osalla kuntalaisilla on vähän apujoukkoja paikkakunnalla ja apua tarvitaan joko julkisen tai yksityisen sektorin toimijoilta.

Kehittämistehtävän avulla saatujen kyselyvastausten perusteella Puumalan kunnan suunnitelma rakentuu seuraavien kolmen tärkeän asian ympärille:

- esteetön asuminen ja kulkeminen,
- yksinäisyyden ja syrjäytymisen ehkäisy sekä
- osallistumisen tukeminen.

Pohdinta

Kehittämistehtävä antoi Puumalan kunnan ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemiseksi valmisteltavalle suunnitelmalle selkeät suuntaviivat. Suunnitelma laaditaan valtuustokaudelle ja jokaiseen kunnan toimialalle nimetään vastuuhenkilö, joka huolehtii suunnitelman toteuttamisesta konkreettisin toimenpitein. Tehtävän aikana tavoitettiin kehittämistehtävälle asetetut tavoitteet ja samalla päästiin tarkasti Puumalan kuntalaisten ajatuksiin ja toiveisiin, yksityiskohtiin ja saatiin vahvistus valitulle suunnalle. Tarpeet kunnassa vaihtelevat verrattuna esimerkiksi kaupunkeihin.

Suunnitelman on oltava realistinen, kustannustehokkaasti toteutettava ja ennen kaikkea kuntalaisia palveleva. Suunnitelman on oltava myös helppoluokainen ja selkokielineen, jotta siitä saa kiinni. Suunnitelmaa ei tehdä hyllyä koristamaan suunnitelmana, joka on laadittu vain lain niin määrätessä.

Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö näkyy Puumalassa hyvin selvästi ja ehkä jopa korostuu pienellä paikkakunnalla. Molempien sektorien palvelutarjontaa täydennetään toisen palveluilla. Kunnan taloudelle ja elinvoimaisuudelle on tärkeää selviytyä omista lain määrittelemistä velvoitteista ja yhteistyössä pk-yritysten kanssa kunta voi työllistää, antaa mahdollisuuden jäädä kuntaan yrittämään ja tuottaa tarvittavia palveluja. Työ pitää ihmiset paikkakunnalla ja saattaa jopa tuoda uusia kuntalaisia tai yrityksiä kuntaan. Kehittämistehtävän jatkoaiheena voisi olla julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyön vahvuudet ja heikkoudet määrittely sekä yhteistyön vahvistaminen.

Puumalan hyvinvointikertomuksen mukaan keskeisimmäksi havainnoksi nousee huoltosuhteen heikentyminen ja väkimäärän pieneneminen ikärakenteen vuoksi. Huoltosuhteeseen vaikuttaa suuresti lasten vähäinen määrä suhteessa muuhun väestöön. Väestökehitys on ollut ja on ennusteen mukaan

laskeva määrän ollessa noin 50 henkilö vuosittain. Kelan sairastavuusindeksi (2011) on korkea ja tämän myötä seuraavan valtuustokauden painopistealueeksi nousee ikääntyneiden kuntalaisten kunnan kohottaminen. Puumalassa on myös korkea, ikävakioitu dementiaindeksi, joka johdetaan Alzheimerin tautiin myönnettyjen reseptilääkemäärysten määrästä. Korkeaa indeksilukua selitetään taudin aktiivisella hoitamisella muuhun maahan verrattuna, mutta selittävänä tekijänä voidaan nähdä myös korkea sairastavuusindeksi. Sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes ja masennus heikentävät selvästi muistia ja muita kognitiivisia toimintoja. (Puumala: Laaja hyvinvointikertomus 2013–2016.). Terveys, hyvä kunto ja liikunta ovat Timo Suutaman (2003, 177) mukaan muistin toimintaa edistäviä tekijöitä yhdessä aktiivisuuden, uusien kokemusten, harjoitusten, hyvän motivaation ja myönteisten asenteiden, virkeän olon ja hyvän ravinnon kanssa. Kuntalaisten terveyteen vaikuttaminen tukee fyysisistä ja psyykkistä terveyttä muistitoimintojen tehokkuutta ajatellen.

Hyvinvointikertomuksessa (2013) todetaan Puumalan kunnan väestön olevan ikääntynyttä ja säännöllistä kotihoitoa saavien yli 75-vuotiaiden osuus on tasaisessa kasvussa. Lain ja asetusten tavoitetta kotona asumisen mahdollistamisesta tukee 75 vuotta täyttäneiden, kotona asuvien määrän keskiarvon pysyminen lähellä 90 %:ia, vaikkakin määrä vaihtelee vuosittain huomattavasti. Ikärakenteen vanhenemisen seurauksena yksin asuvien määrä koko väestöstä kasvaa (Heikkinen ym. 2003, 30). Puumalan kunnan eletävän valtuustokauden tavoitteena on ikäihmisten selviytyminen arjessa ja arviointimittarina toimii 75 vuotta täyttäneiden, itsenäisesti kotona asuvien prosenttimäärä. (Puumala: Laaja hyvinvointikertomus 2013–2016)

Voimaa vanhuuteen -ohjelma pyrkii tarjoamaan matalan kynnyksen liikuntaneuvontaa ja sen kautta saattelemaan ikäihmiset heitä sopivan ja mieluisan liikunnan pariin. Päämääränä on edistää toimintakyvyltään heikentyneiden ikääntyneiden liikkumiskykyä, elämän laatua ja kotona asumista terveystuokunnan avulla. (Ikäinstituutti, Voimaa vanhuuteen, 3). Puumalan haasteena on tuottaa riittävästi monipuolisia vaihtoehtoja valittavaksi ja saada asiakkaat yhteen. Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen (Ikäihmisten laatusuositus 2008, 23) mukaan ikääntyneet tarvitsevat ohjausta ja neuvontaa ikääntymiseen, terveyteen ja sosiaalisiin ongelmiin liittyen. Osa kuntalaisista haluaa ja tarvitsee ohjaajan kasvotusten, mutta tässä olisi myös hyvä miettiä teknologiaa, kuten hyvinvointitelevisioita. Niiden kautta on mahdollista saavuttaa samalla kertaa monta eri puolilla kuntaa asuvaa, erilaista ohjausta, motivointia haluavaa ja tarvitsevaa, innostunutta ikäihmistä. Ohjaus ja kannustus onnistuisivat ruudun kautta ja yhteinen ohjaus myös säästää matkoihin käytettävää aikaa ja rahaa. Teknologia on aivan liian vähän hyödynnetty mahdollisuus esimerkiksi liikunnan ohjauksessa, kuten muissakin ikäihmisten palveluissa.

Järjestöjen osuus ja merkitys auttajana tai palvelun tarjoajana pienessä maalaiskunnassa on tärkeä, mutta aika olematon. Järjestöiden aktiivit ovat jo itse-

kin ikääntyneitä ja monet heistä toimivat useassa järjestössä. Yksittäisiä toimijoita on siis lukumäärällisesti vähän. Esimerkiksi Suomen Punaisen Ristin tai Puumalan seurakunnan ystävätoiminnassa ovat samat henkilöt ja heillä ei ole resursseja ottaa useita ystäviä. Yksityisen sektorin toimijoiden eli käytännössä yrittäjien valikoima on rajallinen ja yrittäjien tarjoamat palvelut ovat monille kuntalaisille taloudellisesti liian kalliita kotitalousvähennyksestä huolimatta.

Tärkeää pienen kunnan ja ikäihmisten kannalta olisi vanhusneuvoston maakunnallinen ja valtakunnallinen yhteistyö. Yhteinen, seudullinen vanhusneuvosto saa helpommin näkyvyyttä ja painoarvoa tavoitteilleen Etelä-Savon ja koko Itä-Savon alueella. Vanhuspalvelulain tärkeänä tavoitteena on mahdollistaa iäkkään henkilön aito osallistuminen häntä koskevien palvelujen suunnittelussa ja ikäihmisen mielipidettä on kuultava palvelun toteutuksessa. Puumalan kunnan suunnitelmassa ikääntyneen väestön tukemiseksi yksittäisen ikäihmisen ääni kuuluu.

LÄHTEET

Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Ikäinstituutti. 2013. Voimaa vanhuuteen II – kohti toimintakykyä edistäviä toimintatapoja (2010–2015). Seuranta- ja arviointiraportteja. Voimaa vanhuuteen julkaisuja 9. Helsinki.

Koskinen, S., Nieminen, M., Martelin, T. & Sihvonen, A-P. 2003. Väestön määrän ja rakenteen kehitys. Teoksessa Gerontologia, toim. Eino Heikkinen ja Taina Rantanen, s. 25–32. Helsinki: Duodecim.

KÄKÄTE-projekti (Käyttäjälle kätevä teknologia). Saatavissa: <http://www.ikateknologia.fi/fi> [viitattu 5.8.2014].

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2012/20120980> [viitattu 5.8.2014].

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi. Saatavissa: <http://www.mikkelinseutusote.fi/> [viitattu 5.8.2014].

Puumala: Laaja hyvinvointikertomus 2013–2016.

Puumalan kunta. Saatavissa: <http://www.puumala.fi/puumala-info> [viitattu 5.8.2014].

Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkójulkaisu].

Suutama, T. 2003. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Gerontologia, toim. Heikkinen, E. ja Rantanen, T. Helsinki: Duodecim.

Tilastokeskus. Väestöennuste kunnittain ja maakunnittain vuoteen 2040 - Muuttoliiikkeen sisältävä laskelma. Helsinki. ISSN=1798–5137. 2004 [viitattu: 5.8.2014].

VALVONTA MIKKELIN SEUDUN SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMEN VANHUSPALVELUISSA

Jokinen Ria-Liisa

TIIVISTELMÄ

Valvonnan tarkoituksena on varmistaa asiakkaiden hyvän ja laadukkaan hoidon- ja hoiivan tavoitteiden asianmukainen toteutuminen lain ja asetusten mukaisesti. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen vanhushpalveluissa on hyödynnetty sosiaalihuollon valtakunnallisia valvontaohjelmia toimintayksiköiden toiminnan suunnittelussa ja valvonnan apuvälineenä. Vanhushpalveluissa tehostetun palveluasumisen kehittämistyössä keskitytään asiakasnäkökulmaan, jotta palvelut taa-taan uuden lainsäädännön ja laatusuosituksen mukaisti. Vuoteen 2015 mennessä kaikki vanhushpalvelujen toimintayksiköt tulevat toteuttamaan suunnitelmallista omavalvontaa palvelujen laadun arvioimiseksi, varmistamiseksi ja kehittämiseksi. Vanhushpalvelulain 6 §:n myötä palvelujen laadun ja riittävyyden arvioimiseksi kerätään säännöllisesti palautetta palveluita käyttäviltä, heidän omaisiltaan ja läheisiltään sekä kunnan henkilöstöltä. Myös sosiaaliasiamiehen vuosittaisessa sel-vityksessä esitetyt havainnot otetaan huomioon palvelun laadun kehittämisessä ja tehdään tarvittavat toimenpiteet. Omavalvonta on yksi keskeisimmistä vanhushpal-velujen toiminnan ja seudullisen toimintaohjelman tavoitteiden saavuttamisen ar-viointikeinoista. (Vanhushpalvelujen seudullinen toimintaohjelma 2014, 31 –34.)

Itä-Suomen aluehallintovirasto ja Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi ovat tehneet yhteistä kehittämistyötä aluehallintoviraston ja kunnan roolien, vastuun, yhteistyön ja työnjaon kehittämisessä yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnassa. Tä-män kehittämistyön tuloksena on vuonna 2012 laadittu aluehallintoviraston ja kunnan toimintamalli yksityisten sosiaalipalvelujen valvontaan. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimella on seudullinen valvontasuunnitelma ja valvontamat-riisi, jossa valvontavastuut on määriteltä. Valvontavastuussa olevat viranhaltijat muodostavat valvontatiimin, jonka vetäjänä toimii vanhushpalvelujen johtaja. Suunnitelmallinen valvonta perustuu kunnan valvontasuunnitelmaan, joka kat-taa kaikki oman kunnan alueella sijaitsevat toimintayksiköt ja muissa kunnissa sijaitsevat toimintayksiköt, joista kunta ostaa palveluita asiakkailleen. Kunnan tekemä jälkikäteisvalvonta perustuu epäkohtailmoituksiin, muistutuksiin ja oma-valvontasuunnitelmissa havaittuihin puutteisiin. (Kaukonen & Kuhmonen 2012, 2; Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen valvontasuunnitelma 2012, 1.)

Tämä artikkeli käsittelee Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalvelujen toimintatapaa valvoa ympärivuorokautisten yksityisten luvanvaraisten toimintayksiköiden toimintaa.

Johdanto

Vanhusten palvelujen ympärivuorokautisten yksityisten toimintayksiköiden palvelujen tuottamisessa on kyseessä valvonnan kannalta luvanvarainen ympärivuorokautinen sosiaalipalvelutoiminta. Sospa-laki § 10 korostaa kunnan ensisijaista valvontaroolia alueensa yksityisten sosiaalipalvelujen lainmukaisuuden valvonnassa. Valvonnan toimeenpanon ja sen johtamisen vastuut kunnassa on tärkeää määritellä ja nimetä. Ympärivuorokautisen sosiaalipalvelujen tuottaminen edellyttää ennen toiminnan aloittamista tai olennaista muuttamista luvan hakemista (Sospa-laki 7 §). Yksityisten sosiaalipalvelujen lain 8 §:n 1 momentissa säädetään luvan hakemisesta. Lupa haetaan kirjallisella hakemuksella siltä aluehallintovirastolta, jonka toimialueella palveluja tuotetaan. Mikäli palveluntuottajalla on toimintayksiköitä useamman kuin yhden aluehallintoviraston toimialueella, lupa haetaan Valviralta. Tässä artikkelissa ei käsitellä tarkemmin lupaprosessia. Todettakoon, että palveluntuottaja pyytää sijaintikunnan sosiaaliviranomaisen yhteiselle tarkastuskäynnille aluehallintoviraston edustajan kanssa. Tarkoituksena on arvioida tarkastuskäynnillä toimitilojen asianmukaisuus ja palvelujen järjestämisen tarkoituksenmukaisuus. Palveluntuottaja tarvitsee lupahakemuksensa liitteeksi sijaintikunnan sosiaaliviranomaisen lausunnon. Lausunnon laativalla viranhaltijalla on oltava käytössään palveluntuottajan lupahakemus ja tarpeelliseksi katsomansa liitteet, pystyäkseen ottamaan lausunnossaan kantaa toiminnan asianmukaisuuteen sekä henkilökunnan riittävyteen. (Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen valvontasuunnitelma 2012, 2 – 3.)

Valviran laatima sosiaalihuollon valvonnan yleisiä periaatteita koskeva valvontaohjelma sisältää oikeudelliset pääperiaatteet sosiaalihuollosta. Tämä kattaa sosiaalihuollon ohjauksen ja valvonnan normipohjan. Palvelukohtaiset sosiaalihuollon valvontaohjelmat sisältävät valvonnassa ja ohjauksessa esiintyvät yhteiset oikeusnormit ja -periaatteet vähimmäisvaatimusten toteamiseksi sekä toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi. Valvontaohjelmassa pidetään tärkeänä yhdenmukaistaa menettelytapoja ja ratkaisukäytäntöjä sekä kohdentaa valvontaa suunnitelmallisesti havaittujen kehittämiskohteiden perusteella. Yhteisiä toimintaperiaatteita ja linjauksia noudattamalla valvonta yhdenmukaistuu ja palveluntuottajia sekä asiakkaita kohdellaan yhdenmukaisesti riippumatta siitä, missä osassa maata palvelua järjestetään. (Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet 2012, 6 – 7.)

Vanhustenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelmassa vuodelle 2014 käsitellään yksityiskohtaisesti vanhustenhuollon valvonnan periaatteita ja toteutusta. Tämä ohjelma kattaa vanhuspäivähoito lain koko sisältöalueen ja korostaa

valvonnan toimeenpanoa. Tulevaisuudessa tavoitteena on kehittää valvonnan menetelmiä ja vaikuttavuutta siten, että valvonnan painopiste siirtyy ennakoivaan valvontaan ja palveluntuottajien omavalvontaan. (Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet 2012, 6 – 7.)

Valvira on laatinut valtakunnallisen valvontaohjelman lisäksi vanhuspalvelulain mukaisen määräyksen yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhuspalvelujen omavalvontasuunnitelman sisällöstä, laadimisesta ja seurannasta (Valvira 2014 määräys 1/2014, 3 – 8). Omavalvontasuunnitelman laatimisesta yksityisellä sosiaalipalveluja tuottavalla yrityksellä on säädetty myös sosiaalipalvelulain 6 §:n 1. momentissa. Yksityisen palveluntuottajan vastuuhenkilön on huolehdittava, että toimintayksikössä on laadittu omavalvontasuunnitelma, joka on pidettävä julkisesti nähtävillä. Omavalvonnalla tarkoitetaan palveluntuottajan omaa laadun varmistamista siten, että toiminnassa toteutuvat lainsäädännöstä ja valvontaohjelmista nousevat sekä palveluntuottajan itse omalle toiminnalleen asettamat laatuvaatimukset, joissa on huomioitu palvelujen laadusta annetut suositukset. (Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet 2012, 6 – 7; Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen valvontasuunnitelma 2012, 2.)

Omavalvontasuunnitelma lisää vanhusten tehostetun palveluasumisen avoimuutta asiakkaalle ja omaisille. Valvontaviranomaisten työ yhdessä palveluntuottajan omavalvontatyön kanssa varmistaa, että asiakkaiden oikeus hyvään hoitoon toteutuu.

Valvonta käytännössä

Kunnan tehtävänä on valvoa sekä omaa että alueellaan toimivien yksityisten palveluntuottajien toimintaa. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalveluissa asumispalvelujen toiminnanohjaaja on nimetty valvontamatriisissa vastaamaan ympärivuorokautisten yksityisten luvanvaraisten toimintayksiköiden valvonnasta. Yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta kunnan valvontaviranomaisen työssä tarkoittaa käytännössä sitä, että hankkiessaan palveluja sopimusteitse tai palvelusetelillä kunnan on huolehdittava, että ostamiensa palvelujen laatu ja asianmukaisuus vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään kunnan omalta toiminnalta. Sospalain 10 § korostaa kunnan ensisijaista valvontaroolia alueensa yksityisten sosiaalipalvelujen lainmukaisuudesta. Valvonnan ensisijaisia keinoja ovat ohjaus, neuvonta ja toiminnan kehityksen seuraaminen yhteistyössä palveluntuottajien kanssa. Sijaintikunnan on valvottava myös niitä kunnassa toimivia palveluntuottajia, joilta se ei itse osta palveluja. Kunnan on ilmoitettava valvonnassa tietoonsa tulleista epäkohdista, puutteellisuuksista sekä tekemistään tarkastuksista ja niitä koskevista johtopäätöksistä aluehallintovirastolle. (Vanhustenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma 2014, 9; Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen valvontasuunnitelma 2012, 1,17.)

Suunnitelmallinen valvonta

Palveluntuottaja vastaa siitä, että asiakkaille järjestettävä palvelukokonaisuus ja toiminta ovat jatkuvasti asianmukaista sekä täyttää sille asetetut vaatimukset. Yksityisen palveluntuottajan omavalvonta on ensisijainen valvonnan muoto. Toimintansa asianmukaisuuden varmistamiseksi palveluntuottajan on laadittava omavalvontasuunnitelma, joka kattaa kaikki palveluntuottajan sosiaalipalvelut ja palvelukokonaisuudet. Omavalvontasuunnitelma on asiakirja, joka antaa asiakkaille ja heidän omaisilleen mahdollisuuden arvioida itse saamiaan palveluita.

Itä-Suomen aluehallintovirasto ja Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi ovat tehneet yhteistä kehittämistyötä aluehallintoviraston ja kunnan roolien, vastuun, yhteistyön ja työnjaon kehittämisessä yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnassa. Tämän kehittämistyön tuloksena vuonna 2012 on laadittu aluehallintoviraston ja kunnan toimintamalli yksityisten sosiaalipalvelujen valvontaan. Tätä toimintamallia on hyödynnetty opastettaessa valvontavastuussa olevia viranhaltijoita ja se toimii myös työvälineenä valvontatyössä. Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimella on seudullinen valvontasuunnitelma ja valvontamatriisi, jossa valvontavastuut on määritelty. Valvontavastuussa olevat viranhaltijat muodostavat valvontatiimin, jonka vetäjänä toimii vanhuspalvelujen johtaja. (Kaukonen & Kuhmonen 2012, 2; Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen valvontasuunnitelma 2012, 1; Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen valvontatiimin yhteenvedo 2013, 1.)

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalvelujen (sijaintikunnan ja palvelujen ostajan) valvonnan painopistealueet vuodelle 2014 on nostettu vanhusten huollon valtakunnallisen valvontaohjelman sisältöalueista. Painopistealueet on tiedotettu sähköpostitse kaikille oman kunnan alueella sijaitseville toimintayksiköille sekä muissa kunnissa sijaitseville toimintayksiköille, joista kunta ostaa palveluja. Samassa sähköpostiviestissä myös kerrottu kaikille palveluntuottajille, mihin toimintayksiköihin Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi vanhuspalvelut tulee tekemään suunnitelmalliset seitsemän (7) valvontakäyntiä vuonna 2014. Valvonnan painopistealueet ja suunnitelmallisten valvontakäyntien kohteet on tiedotettu myös aluehallintovirastolle.

Vanhuspalvelujen valvonnan painopistealueet vuonna 2014

1. Omavalvontasuunnitelma

Palveluntuottajia pyydetään päivittämään omavalvontasuunnitelmat 3/2014 mennessä. Omavalvontasuunnitelmien päivittämisessä on kehoitettu kiinnittämään huomiota ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukeminen -nimisen lain sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista nouseviin painopistealueisiin.

2. *Henkilöstömitoituksen toteutumisen seuranta*

Toimintayksiköiden henkilöstömitoitusten toteutumista seurataan asiakirjavalvontana.

3. *Puitesopimuksen toteutumisen- ja palvelupoikkeamien seuranta*

Puitesopimuksen toteutumisen seuranta ja sopimus- sekä palvelupoikkeamien seuranta sopimuksen liitteen ja annettujen ohjeiden noudattamista seurataan.

Valvontatyön käytännön toteutusta helpottaa huomion kiinnittäminen painopistealueisiin. Kunta arvioi omaehtoisesti toimintayksiköiden tilaa valvontasuunnitelman pohjalta. Valvontakäynneistä tehdään aina tarkastuskertomus, joka lähetetään tiedoksi aluehallintovirastolle ja niille kunnille, joiden asiakkaita on sijoitettuna toimintayksikössä. Tämä toimintatapa on tiedon välityksen ja aluehallintoviraston ja kunnan välisessä yhteistyössä tarkoituksenmukaista. Mikäli kunnan suorittamalla tarkastuskäynnillä ilmenee puutteita tai epäkohtia, on kunnan ilmoitettava niistä sospa-lain 35 §:n mukaan heti aluehallintovirastolle. Velvoite ilmoittaa epäkohdista ei rajaudu vain sospa-lain 17 §:n mukaisen tarkastusoikeuden perusteella saatuihin tietoihin, vaan se koskee myös muulla tavalla saatuja tietoja. Palveluntuottaja ja kunta ovat sopimussuhteisia. Mikäli kunta havaitsee, että palveluntuottaja ei noudata sopimusta tai palvelussa on vakavia esimerkiksi asiakasturvallisuuteen liittyviä puutteita, voi kunta purkaa sopimuksen ja siirtää asiakkaat toiseen yksikköön. Tällöin kyseessä on sopimusrikkomus. Mikäli sopimus joudutaan purkamaan, tulee kunnan huolehtia siitä, että asiakkaille ei aiheudu kohtuutonta haittaa hoitopaikan vaihtumisesta. Ostopalveluna hankittavan palvelun laadun on vastattava samaa tasoa, jota edellytetään kunnan vastaavalta omalta toiminnalta. Tämä palveluja ostavan kunnan valvontavelvoite on määritelty sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain 4 §:ssä. (Kaukonen, Kuhmonen 2012, 15 – 16, 18 – 20.)

Jälkikäteisvalvonta

Kunnan tekemä jälkikäteisvalvonta perustuu epäkohtailmoituksiin, muistutuksiin ja omavalvontasuunnitelmissa havaittuihin puutteisiin. Kunnalle voi tulla reklamaatioita toimintayksikön toiminnasta tai palvelun laatuun liittyvistä epäkohdista. Kunta käsittelee tietoon tulleet ilmoitukset oman epäkohtailmoitus ja muistutusmenettely käytäntönsä mukaisesti. Tieto epäkohdasta tai puutteesta voi tulla kunnan valvovalle viranomaiselle puhelimitse, kirjeitse, sähköpostilla tai tiedotusvälineen välityksellä. Ilmoituksen voi tehdä nimettömänä niin, että yksittäistä asiakasta, jota ilmoitus koskee, ei voida yksilöidä. Mikäli ilmoitus tehdään nimettömänä tai se vastaanotetaan suullisesti kerrottuna, valvova viranomainen kirjaa ilmoituksen, kuten se hänelle kerrotaan. Epäkohtailmoituksen tai palvelua koskevan reklamaation myötä käynnistyy asiakirjavalvonta, jos ilmoituksen vakavuus huomioon ottaen ei ole tarkoi-

tuksenmukaista tehdä epäkohtailmoitukseen perustuvaa tarkastuskäyntiä toimintayksikköön. Valvova viranomainen pyytää selvitystä palveluntuottajalta epäkohtailmoituksessa mainittuihin asioihin ja havaintoihin annettuun määräaikaan mennessä. Palveluntuottajan antaman selvitykseen perustuen valvova viranomainen laatii lausunnon, joka voi sisältää mahdollisen toimenpide- tai raportointivelvoitteen. Tämä lausunto annetaan tiedoksi aluehallintovirastolle, epäkohtailmoituksen tekijälle ja palveluntuottajalle. Jos kunta on edellyttänyt lausunnossaan palveluntuottajalta toimenpiteitä, tulee myös huolehtia, että toimenpiteet suoritetaan annettuun määräaikaan mennessä. Epäkohtailmoitukseen perustuva tarkastuskäynti on tarkoituksenmukaista suorittaa silloin, kun arvioidaan, että asian selvittäminen palveluntuottajalta pyydettävällä selvityksellä ei ole riittävä. Tarkastuskäynnit ovat yleensä aina suunnitelmallisia, jotta voidaan varmistua, että toimintayksikön vastuuhenkilö on paikalla. Ennalta ilmoittamaton tarkastuskäynti on poikkeusmenettely. Tätä toimintatapaa käytetään vain, jos arvioidaan ilmoittamisen vaarantavan tarkastuskäynnin tarkoituksen. (Kaukonen & Kuhmonen 2012, 2, 18 – 19; Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen valvontasuunnitelma 2012, 1.)

Pohdinta

Kunnan tekemä valvontatyö parantaa ja lisää myös aluehallintoviraston suorittaman valvontatyön mielekkyyttä. Aluehallintovirasto voi keskittyä laadun valvonnan kokonaisuuteen yksittäisten lain vaatimusten valvonnan sijasta. Koko Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen valvonnan tulokset raportoidaan johtoryhmälle ja yhteenveto viedään tiedoksi järjestäjä- ja tuotantolautakuntiin kerran vuodessa. (Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen valvontasuunnitelma 2012, 1,17).

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalvelujen ja Itä-Suomen aluehallintoviraston välinen yhteistyö ympärivuorokautisten luvanvaraisten toimintayksiköiden valvonnassa on kehittynyt yhteisen toimintamallin laatimisen myötä. Vuosittain suunnitelmallisen valvonnan kohteena olevat toimintayksiköt on sovittu yhteistyössä. Itä-Suomen aluehallintoviraston ylitarkastaja on pyytänyt kunnan vanhuspalvelujen valvovan viranomaisen mukaan aluehallintoviraston tarkastuskäynneille suunnitelmallisen valvonnan kohteena oleviin toimintayksiköihin.

Vanhusten palvelujen valvonnan painopistealueiden nimeäminen on lisännyt omaa osaamistani valvontatyön suunnittelussa, toteutuksessa ja työn arviointikin mahdollistuu paremmin. Myös palveluntuottajien kanssa tehtävä yhteistyö puitesopimuksen toteutumisen seuranta- ja sopimusyhteistyö on selkiytynyt. Tehostetun palveluasumisen ympärivuorokautisissa luvanvaraisissa toimintayksiköissä asuvat asiakkaat ovat usein toimintakyvyltään rajoittuneita eivätkä pysty itse valvomaan omia oikeuksiaan, eikä kaikilla ole omaisia. Asiakkaiden oikeus hyvään ja laadukkaaseen hoitoon omassa kodissaan tulee

turvata. Vanhuspalvelujen tehostetun palveluasumisen toimintayksikkö on siellä asuvien asiakkaiden koti, mikäli he eivät tarvitse sairaalahoitoa. Jotta ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa olevat asiakkaat voivat asua tehostetun palveluasumisen toimintayksiköissä, hoidon laatu ja palvelun jatkuvuus tulee turvata. Tähän tavoitteeseen pyritään vaikuttamaan myös valvontaviranomaisten työllä. Palveluntuottajien omaa vastuuta korostetaan siitä, että asiakkaille tarjotaan laadukkaita palvelukokonaisuuksia. Omavalvontasuunnitelmilla on ollut positiivista vaikutusta palveluntuottajien toiminnan suunnitelmallisuuden ja näkyvyyden lisäämisessä asiakkaille ja heidän omaisilleen. Mikäli työnantaja puuttuu vanhustenpalvelujen toimintayksiköissä herkästi ja oikea-aikaisesti mahdollisiin epäkohtiin, valvovien viranomaisten toimenpiteet vähenevät. Valviran mukaan toistuvien ongelmien nostamisella julkiseen keskusteluun on ennaltaehkäisevä ja toiminnan laatua parantava vaikutus (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, 4/2013, 1).

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen vanhuspalvelujen ja Itä-Suomen aluehallintoviraston välinen mallinnettu työnjako on tehostanut ja selkiytännyt valvontatyötä. Tässä artikkelissa kuvattiin pääpiirteittäin valvontatyötä Mikkelin vanhuspalveluissa käytännön työtä tekevän viranomaisen näkökulmasta. Toivon, että myös muissa kunnissa tehtävä valvontatyö nousee entistä enemmän esille ja lisää näin valvonnan avoimuutta. Mikkelin vanhuspalvelujen ja Itä-Suomen aluehallintoviraston välinen yhteistyö toimii saumattomasti. On onnistuttu ennaltaehkäisemään epäasianmukaisia toimintakäytäntöjä sekä tarvittaessa puututtu säädösten vastaiseen ja laadun minimivaatimukset alittavaan toimintaan (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto - Katsaus, 2013, 3). Uskon, että yhteistyöllämme olemme lisänneet valvonnan vaikuttavuutta ja perimmäinen tavoite asiakkaan saama hyvä hoito ja palvelu on alueellamme mahdollista toteuttaa.

LÄHTEET

Kaukonen, N. & Kuhmonen, M. 2012. Aluehallintoviraston ja kunnan toimintamalli yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnassa.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12/980

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimi. 2014. Vanhuspalvelujen seudullinen toimintaohjelma vuosille 2014-2025.

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen valvontasuunnitelma 2012.

Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen valvontatiimin yhteenveto 2013.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). 2012. Sosiaalihuollon valvonnan periaatteet, valtakunnallinen valvontaohjelma 2012-2014, yleinen osa, Valvontaohjelmia 2:2012

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), 2013. Katsaus sosiaali- ja terveydenhuollon valvontaan.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). 4/2013. Uutiskirje.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). 2014. Yksityisten sosiaalipalvelujen ja julkisten vanhuspalvelujen omavalvontasuunnitelman sisältöä, laatimista ja seuranta koskeva määräys, 1/2014.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). 2014. Vanhustenhuollon valtakunnallinen valvontaohjelma 2014, Valvontaohjelmia 1:2014.

VASTUUHOITAJAN ROOLI KOTIHOIDON ASIAKKAAN KUNTOUTTAVAN ARVIOINTI- JAKSON AIKANA

Lindén Outi

TIIVISTELMÄ

Kehittämistyön aihe on vastuuhoidajan rooli kotihoidon asiakkaan kuntoutuksen arviointijaksolla. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote) aloitti uuden vastuuhoidajamallin juurruttamisen kotihoitoon huhtikuussa 2014. Malli otettiin aluksi käyttöön yhdellä kotihoidon alueella, mutta vähitellen malli alkoi levitä muihinkin alueisiin.

Vastuuhoidajamallin tarkoitus on vastata uuden vanhuspalvelunlain laatusuosituksiin. Pyrkimys on tuottaa asiakaslähtöistä ja toimintakykyä edistävää toimintaa kotihoidon asiakkaille. Vastuuhoidaja omassa roolissaan on moniammatillisen ryhmän jäsen, jonka tarkoitus on tuottaa asiakkaalle oikeanlaisia palveluita ja edistää hänen kotona selviytymistään. Vastuuhoidaja nimetään asiakkaan tarpeiden mukaisesti, ei organisaation mukaisesti.

Vastuuhoidajamallin seurannan toteutukseen on suunniteltu seurantalomake, joka asiakkaan tullessa kotihoitoon viedään asiakkaan kotiin ja jota täydennetään käynnillä. Lomakkeeseen kirjataan jokaiselle arviointiviikolle omat tavoitteet ja tehtävät. Asiakkaalle tehdään neljän viikon arviointijakson aikana tarvittavat toimintakyvyn mittarit, kuten mm. RaVa ja RAI. Vastuuhoidaja tekee tarvittavat seurannat ja huolehtii, että seurantalomake tulee täytettyä. Lomakkeen avulla voidaan seurata asiakkaan toimintakyvyn muutoksia. Arviointijakson jälkeen asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, jos hän jää kotihoitoon. Kotihoidon ohjaaja tekee suunnitelman yhdessä asiakkaan, omaisten ja vastuuhoidajan kanssa.

Uuden toimintamallin juurruttaminen käytäntöön vie aikaa ja vaatii työntekijöiltä sitoutumista asiaan. Ohjeistus käytännön asioista on ollut työntekijöille epäselvää ja määritelmä, ketkä asiakkaat arviointijaksolle otetaan, on ollut puutteellista. Kehittämistyötä varten seurasin erään kotihoidon asiakkaan kuntoutusta ja vastuuhoidajan roolia. Asiakasesimerkissä kuntoutukseen panostettiin hyvin ja toiminta oli moniammatillista yhteistyötä. Epäkohtina sen sijaan nousivat ajan sovittaminen näiden eri toimijoiden kesken sekä se, että optimointi vastuuhoidajuuden mukaan epäonnistui. Kun optimointi työnohjauksessa saadaan toimimaan kunnolla vastuuhoidajuuden mukaan, on vastuuhoidajalla enemmän resursseja asiakkaan asioiden ja kuntoutuksen hoitoon sekä sen seurantaan.

Johdanto

Eksote on kehittänyt uuden vanhuspalvelulain laatusuositusta kehittämällä vastuuhoitajamallin kotihoitoon. Malli otettiin käyttöön kotihoidossa huhtikuussa 2014. Eksoten tavoitteena on toteuttaa työtä asiakaslähtöisesti ja parhaalla mahdollisella tavalla. Tähän tarvitaan toimintakykyä edistävää työtettä, jota kotihoidon vastuuhoitajamalli tukee. (Lehmus & Viitikko 2014, 1.)

Eksote määrittää tavoitteekseen vastuuhoitajamallissa asiakkaan yksilöllisen palvelutarpeen arvioinnin sekä itsemääräämisoikeuden ja osallistuvuuden. Mallissa korostuu selkeästi yksilöllisyyden huomioiminen tarpeiden mukaisesti, hoidon sekä kuntoutuksen suunnittelussa ja toimintaympäristön arviointi monipuolisesti. Vastuuhoitaja omassa työssään toteuttaa ja vastaa asiakkaan laadukkaasta ja voimavaroja tukevasta toiminnasta. (Lehmus & Viitikko 2014, 1.)

Vastuuhoitajamalli on uusi toimintatapa, ja se on tarkoitus saada juurtumaan koko kotihoitoon. Juurruttaminen vaatii pitkäjänteistä työtä, ja työntekijöiltä se vaatii erityisesti sitoutuvuutta asiaan. Vastuuhoitajamallin kehittäminen alkoi Eksotessa keväällä 2013, jolloin työntekijöille kerrottiin ensimmäisen kerran mallin käyttöönotosta. Koulutuksia aiheesta järjestettiin tammikuussa 2014, ja työntekijöillä oli mahdollisuus kuunnella koulutusta joko paikan päällä tai Lyncin kautta omalta työpisteeltä. Koulutuksia järjestettiin yhteensä kolme kertaa, joista kaksi pelkästään Lyncin kautta. Koulutus videoitiin, ja se oli mahdollista katsoa haluamallaan ajalla Eksonetistä. Kotihoidossa jokainen työntekijä veloitettiin katsomaan video. Koulutukset pitivät fysioterapeutti Riikka Lehmus ja projektikoordinaattori Tarja Viitikko.

Vastuuhoitaja kotihoidossa

Arviointijakson alussa asiakkaalle nimetään oma vastuuhoitaja. Strategisena tavoitteena kotihoidossa on, että palvelut pitää kohdentaa palveluita tarvitseville sekä määrittää palvelujen tarpeiden kesto. Tämä edellyttää, että työntekijällä on siihen käytävissä oleva työaika sekä tietämys iäkkäiden ja monisairaiden palvelujentarpeesta. Työntekijöiden oma ammatillinen kasvu korostuu, kun koulutuksen lisäksi heillä on tietämystä laajemmin palveluiden järjestämisestä. Moniammatillisessa palveluiden järjestämisessä tiedon kulku vastuutyöntekijän kautta helpottuu. Vastuuhoitaja on perehtynyt asiakkaan elämäntilanteeseen ja hänen palveluidensa oikeaan järjestämiseen. Yhteistyö omaisen ja kotihoidon ohjaajan kanssa on säännöllistä. (STM 2013, 44.)

Asiakkaan avun ja kuntoutuksen tarpeita arvioidaan säännöllisesti yhteistyössä fysioterapeutin ja kuntoutusvastaavan kanssa palaverissa. Omaisen on helppo ottaa yhteyttä vastuuhoitajaan asiakkaan asioissa. Asiakkaan tietoihin on merkitty vastuutyöntekijän nimi, ja kotiutettaessa esimerkiksi sairaalasta

sairaala ottaa yhteyttä vastuutyöntekijään ja raportoi asiakkaan tilasta. Yhdessä sairaanhoitajan ja tiimin hoitajien kanssa suunnitellaan hyvä kotiutuminen ja mahdollistetaan kotona selviytyminen joko apuvälineillä tai kotiavun lisäämisellä. (STM 2013, 44.)

Vastuuhoitajan valinta

Tiimi sopii keskenään vastuuasiakkaiden jaosta. Tarkoitus ei ole, että kaikilla työntekijöillä on sama määrä asiakkaita, vaan lähtökohtana ovat asiakkaiden tarpeet ja vastuuhoidajan mahdolliset erityisosaamiset. Vastuuhoitaja valitaan heti hoidon alussa, kun asiakas tulee arviointijaksolle. Vastuuhoitajan tiedot kirjataan asiakkaan tietoihin Effican perustietolehdelle. (Korte, Tiainen & Joronen 2014, 3.)

Vastuuhoitajan tehtävät arviointijakson aikana

Arviointijakson ensimmäisellä tai toisella viikolla vastuuhoidajan tehtäviin kuuluvat asiakkaan toimintakyvyn arviointi, asiakkaan osallistaminen omaan hoitotyöhönsä sekä asiakkaalle että hänen omaisilleen kertominen, mitä kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan käytännössä. Vastuuhoitaja selvittää asiakkaan omat tavoitteet toimintakyvyn tukemiselle ja voinnin arvion sekä omaisten arvion asiakkaan voimavaroista. Kirjaukset tehdään Effican hoitokertomukseen. Yhteistyötä asiakkaan kuntoutussuunnitelmasta tehdään yhteistyössä moniammatillisen tiimin kanssa, ja tavoitteena on tukea toimintakykyä hoito- ja kuntoutussuunnitelman mukaisesti. Asiakkaan aikakriittisyyttä mietitään ja se huomioidaan toiminnanohjauksessa. Mittareina vastuuhoidajalla on käytössä RaVa, Spbb, tarvittaessa MMSE, GDS, MNA sekä kaatumisriskiarviointi. (Korte ym. 2014, 4.)

Asiakkaalle luodaan kuntoutuskansio, joka säilytetään asiakkaan kotona. Tähän on luotu erillinen paperi, johon vastuuhoidtaja tai muu käynnin suorittava hoitaja kirjaa, mistä tehtävästä asiakas on itsenäisesti tai ohjatusti suoriutunut. Arviointilomaketta käytetään apuvälineenä mittareiden tekoon. (Korte ym. 2014, 5.)

Vastuuhoitajan tehtävät viikolla 3 ovat RAI mittariston tekeminen sekä hoitaja kuntoutussuunnitelman mukaisen toimintakyvyn tukeminen arviointilomaketta apuna käyttäen (Korte ym. 2014, 6).

Viikolla 4 vastuuhoidajan tehtävänä on toimintakyvyn arviointi ja arviointijakson jälkeen vastuuhoidajan mielipide asiakkuuden jatkosta. Jos asiakkuus jatkuu edelleen kotihoidolla, tehdään asiakkaalle hoito- ja palvelusuunnitelma kotihoidon ohjaajan sekä omaisten kanssa. Jos asiakkaan toimintakyky on parantunut niin, että kotihoidon asiakkuus loppuu, tehdään siitä kielteinen päätös. Jos tähän päädytään, asiakkaalle on laadittava kuntoutussuunnitelma,

jota hän voi toteuttaa itsenäisesti tai mahdollisesti yhteistyössä kolmannen sektorin kanssa. Asiakkaalle jätetään ajan tasalla oleva lääkelista ja suunnitelmaan jatkohoito yhdessä hänen kanssaan. (Korte ym. 2014, 7.)

Kotihoidon kuntouttava arviointijakso

Arviointijakso on maksimissaan neljä viikkoa, jonka aikana asiakkaalle annetaan tehostetusti kuntoutusta ja selvitetään palvelutarve. Pyrkimys on, että arviointijakson jälkeen asiakkaan toimintakyky on parantunut niin, että hänen kotihoitoaan voidaan vähentää tai jopa lopettaa. On kuitenkin taattava asiakkaan turvallisuus. Käytössä on RAI- ja RaVa -mittarit, jotka tänä neljänä viikona tehdään ja päivitetään säännöllisesti. Työntekijän kuormaa helpottaa, kun mittaria päivitetään säännöllisesti. Lisäksi mittaristona voidaan käyttää fyysisen toimintakyvyn mittaria Spbb sekä kiinnitetään huomiota ikäihmisen ravitsemustilaan. (Lehmus ym. .2014.)

Arviointijakson tavoitteet

Asiakasta on kuunneltava ja otettava huomioon hänen toiveensa hoidosta. Asiakkaan, omaisten ja kotihoidon yhteistyön tulee toimia hyvin. Asiakkaan sairaudet on huomioitava, esim. muistisairaus. Kotiutuksen tulee toimia sujuvasti.

Kirjaukset

Arviointijaksolla asiakkaan toimintakyvyn kirjaukset tehdään hoitokertomukseen eli Whoikeen. Viikoittain kirjataan väliarviointia Whoiken perustietolehdele, jonka tarkoitus on helpottaa arviointijakson jälkeen tehtävää asiakkuuden kotihoidon jatkon päätöstä. Lisäksi on tärkeää huomioida fys. ter.-lehden käyttö, koska sairaalassa asiakkaan tiedot ja suunnitelmat kirjataan ko. lehdelle. Asiakkaan omat tavoitteet on mainittava hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa. (Korte ym. 2014, 9 - 10.)

Asiakasesimerkki kotihoidon kuntoutuksen arviointijaksolta

Eksoten yksi strateginen suunnitelma on laitoshoidon purku. Asiakkaan kuntouttaminen kotikuntoiseksi nousee tärkeäksi asiaksi suunnittelussa. Jotta toiminta oli järkevää, kuntoutus aloitetaan jo akuutissa vaiheessa ja päätös kuntoutusjaksosta tehdään tulosten perusteella. Kuntoutussairaalassa asiakkaalle annetaan toimintakykyä edistävää toimintaa päivittäin. Tavoitteena kuntoutukselle on, että maksimoidaan kotona asumisen aika. Tässä luvussa myöhemmin esitettävässä asiakasesimerkkitaipauksessa asiakas oli siirretty sairaalasta Armilan sairaalan kuntoutusosastolle. (Hupli 2014.)

Eksotessa asiakkaan kotikuntoutus tarkoittaa toimintakyvyn tukemista arjen ympäristössä. Silloin mahdollistetaan yksilön tarpeista ja hänen elinympäristöstään lähtevä kuntoutus sekä asiakkaan kuntoutussuunnitelmassa tehtyjen toimenpiteiden riittävyys ja vaikutusten jatkuva arviointi. (Hupli 2014.)

Kuntoutukseen osallistuvat kouluttautuneet kuntoutumisvastaavat, jotka säännöllisesti arvioivat ja tukevat asiakkaan toimintakykyä. Kotihoidossa on vastuuhoitajan lisäksi fysioterapeutti, kuntoutumisvastaava, hoitajat ja muita osajia. Eksote määrittää, että tehostettu kotikuntoutus on tarkoitettu henkilöille, jotka ovat toimintakyvyltään hieman parempikuntoisia ja jotka hyötyvät erilaisten toimintakykyä parantavien harjoitteiden tekemisestä. (Hupli 2014.)

Veikko (nimi muutettu) on 88-vuotias mies, joka on asuu yksin kerrostalon toisessa kerroksessa. Talossa ei ole käytössä hissiä. Veikko on ollut aiemmin täysin oma-toiminen, huolehtinut itsenäisesti omista asioistaan, ajanut itse autolla ja käynyt säännöllisesti kesämökkillään. Liikkumisen apuvälineenä on ollut rollaattori sisällä ja ulkona. Maaliskuussa 2014 Veikko sai kotonaan aivoinfarktin ja joutui sairaalahoitoon. Siellä hänelle asennettiin tahdistin, johon aloitettiin Marevan-hoito. Veikko sai sairaalassa ollessaan kuntoutusta joka päivä päivittäisissä toiminnoissa ja fysioterapiaa. Hän oli motivoitunut kuntoutukseen. Liikkuminen alkoi onnistua itsenäisesti rollaattorin avulla sairaalassaolon aikana.

Kun suunnitellaan asiakkaan kotiuttamista sairaalasta, koolle kutsutaan asiakkaan omaiset ja hänen alueensa sairaanhoitaja, joka vastaa kotiuttamisesta sekä hoidon ja ensivaiheen palvelutarpeen arvioinnista. Lisäksi suunnittelussa on mukana kuntoutuksesta vastaavia. Ryhmän kutsuu koolle sairaalan sairaanhoitaja. Yhteisesti sovitaan jatkosuunnitelmasta, mahdollisten tukipalveluiden aloittamisesta ja työnjaosta.

Sairaalasta Veikko siirtyi Armilan kuntoutussairaalan osastolle, josta hän kotiutui huhtikuussa 2014. Tiimin sairaanhoitaja kävi osastolla tekemässä palvelutarvearviointikäynnin, jossa kartoitettiin nykyinen toimintakyky ja kotona selviytyminen. Paikalla oli sairaanhoitajan lisäksi osaston fysioterapeutti, osaston sairaanhoitaja ja asiakas. Omaiset eivät päässeet paikalle.

Tavoitteeksi Veikon kuntoutumiselle kotona määriteltiin omatoimisuuden tukeminen, asiakkaan ohjaaminen arki askareissa sekä kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään omaisten ja kotihoidon turvin. Kotihoidon käynnit aloitettiin kahdesti päivässä. Käynnillä ohjataan asiakasta pikkupesuisissa ja aamu- ja iltapalan valmistamisessa sekä ohjataan asiakas ottamaan aamu- ja iltalääkkeit. Sovittiin, että suihkuapu tulee kotihoidolta kerran viikossa.

Marevan-hoidon vuoksi Veikko tarvitsee alussa säännöllistä lääkeseurantaa, ja tiimin sairaanhoitaja käy ottamassa tarvittavat verikokeet. Palvelutarvearviointikäynnillä sovittu yhteisesti, että omaiset huolehtivat kauppa-, pankki- ja muut juoksevat asiat. Ateriapalvelu tilattiin päivittäin kotiin kuljetettuna ja turvapu-helin asennus tilattiin.

Vastuuhoitajan määrittely ja ensisijaiset tehtävät

Veikolle nimitettiin oma vastuuhoitaja, joka ensisijaisesti huolehtii hänen asiois-taan ja on yhteydessä muihin yhteistyökumppaneihin sekä omaisiin. Veikon vas-tuuhoitaja määriteltiin lähinnä asuinalueen perusteella, koska Veikon hoidossa ei tarvinnut erityisiä hoidollista erityistaitoa. Vastuuhoitaja ja tiimin sairaanhoitaja huolehtivat, että Veikolle aloitettiin kotihoidon arviointijakson mukainen apu ja kotiin toimitettiin arviointijaksoon kuuluvat kuntoutuspaperit. Vastuuhoitajan tehtävä on huolehtia ensisijaisesti, että asiakkaan arviointijaksolle määritetyt teh-tävät tulee tehtyä ja täytettyä. Asiakkaan omat hoitotoiveet tulee huomioitua sekä yhteistyö omaisten ja eri yhteistyökumppaneiden välillä toimii.

Kuntoutumissuunnitelma

Asiakkaalle laadittiin kuntoutuskansio, joka säilytetään asiakkaan kotona. Arvi-ointikäynnin aikana päivittäin tehdään huomiot listaan. Vastuuhoitaja huolehtii, että kaikki Veikon luona käyvät hoitajat täyttävät kuntoutussuunnitelmalistaa.

Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma on perusteena asiakkaan kuntoutumi-selle. Suunnitelma sisältää hoidon tarpeiden määrityksen, kuntoutumiselle asetetut tavoitteet, hoitotyön menetelmien valinnan, tulosten arvioinnin ja seurannan. Kuntoutussuunnitelma laaditaan moniammatillisen työryhmän kesken, ja suunnitelma on keskeinen työväline. Suunnitelmaan kirjataan asi-akkaan suoriutumisen taso hyödyntäen käytettävissä olevia mittareita. Ensi-sijaisesti on huomioitava asiakkaan omat toiveet ja tarpeet osana hänen toi-mintaympäristöään. Paras mahdollinen toimintakyvyn taso saavutetaan, kun asiakkaalle laaditaan tavoitteellinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma tarvitta-vine harjoitteluohjelmineen sekä säännöllisesti arvioidaan hoidon tuloksia. Paras tulos saavutetaan, kun asiakas ja hoitohenkilökunta ovat sitoutuneet hoidon tavoitteisiin ja kuntoutussuunnitelman toteuttamiseen. Vastuuhoita-jan sitoutuminen näkyy mm. siinä, miten hän motivoi ja kannustaa asiakasta tavoitteiden saavuttamisessa sekä miten hän tunnistaa asiakkaan kuntoutus-mahdollisuuden ja tukee omaisten osallistumista. (Vähäkangas, Niemelä & Noro 2012, 19.)

Veikon kuntoutuksessa olivat mukana tiimin sairaanhoitaja ja hoitajat sekä teh-ostettu moniammatillinen kotikuntoutus (Tehoko). Vähitellen Veikon toiminta-kyky parani ja hän rupesi itsenäisesti tekemään omia asioitaan. Ateriapalvelu pe-ruttiin ja käynnejä harvennettiin. Lääkkeenotossa oli edelleen pientä epävarmuut-

ta, minkä vuoksi kotihoidon käyntejä jatkettiin. Veikko itse oli hyvin sitoutunut oman toimintakykynsä paranemiseen ja teki ohjeiden mukaisia kuntoutusohjeita. Kotihoito kävi Veikon luona päivittäin, ja vastuuhoidajan käynti oli noin kerran viikossa, vaikka toiminnohjaukseen oli laitettu tieto vastuuhoidajuudesta.

Tehoko

Vuoden 2014 alusta Eksoten Lappeenrannan alueelle on perustettu tehostettu moniammatillinen kotikuntoutustiimi, johon kuuluu fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja kuntouttava lähihoitaja. Heidän apunsa on ensisijaisesti tarkoitettu toimintakykynsä äkillisesti menettäneille aikuisille, jotka hyötyisivät intensiivisestä ja tavoitteellisesta moniammatillisesta kotikuntoutuksesta. Asiakkaille laaditaan kuntoutussuunnitelma alkuarvioinnin perusteella ja ajallisesti rajatun jakson päätyttyä suunnitelma päivitetään ja laaditaan mahdolliset jatkosuositukset. Tehoko-tiimi osallistuu myös asiakkaiden hoitoneuvotteluihin ennen kotiutusta. (Tehoko 2014.)

Mittarit kuntoutuksen seurannassa

Kuntoutuksen seurannassa Veikolla oli RaVa - ja RAI- mittaristo. Vastuuhoidaja huolehti testien teon yhteistyössä kotihoidon tiimin kanssa. Tehoko teki asiakkaalle Sppb-testin sekä puristusvoimatestin. Ennen kotiutusta osastolla oli tehty MMSE 29/30 ja GDS oli 9. Ensimmäisellä viikolla vastuuhoidaja teki asiakkaasta RaVan, jonka indeksi oli 1,29, luokka 1. Toisella viikolla arvot pysyivät edelleen samana. Kolmannella viikolla on tehty asiakkaalle RAI-arviointi, jossa määrittelynä oli vähäinen palveluntarve.

Tehoko teki arviointijakson jälkeen kotikuntoutuksen loppuarvioinnin, jossa Sppb-testi oli 9/12, ja puristusvoimatestin. Jatkosuunnitelmana on itsenäisen harjoittelun tekeminen päivittäin, johon kotihoito käynneillään kannustaa ja jonka se varmistaa.

Tavoitteet arviointijakson jälkeen

Neljän viikon arviointijakson jälkeen Veikon toimintakyky oli parantunut huomattavasti, mutta lääkkeiden otossa oli edelleen pieniä vaikeuksia, minkä vuoksi kotihoidon säännöllisiä käyntejä jatkettiin. Kotihoidon ohjaaja kävi vastuuhoidajan kanssa tekemässä Veikon luona hoito- ja palvelusuunnitelman, mihin yhteisesti kirjattiin ylös tämän hetkinen selviytyminen ja mahdolliset avuntarpeet. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjattiin tavoitteeksi lääkehoidon toteutumisen säännöllisesti ja turvallisesti kotihoidon järjestämänä. Asiakas pyrkii päivittäin tekemään kuntoutusharjoitteita ja suoriutumaan itsenäisesti päivittäisistä askareista.

Tehoko jatkoi edelleen käyntejä asiakkaan luona kuntoutussuunnitelman mukaisesti, ja kotihoidon vastuulle jäi lääkehoidon toteutumisen seuranta. Kotihoito

huolehtii päivittäisellä käynnillä, että asiakas saa aamulääkkeet ja päivälääke varataan kippoon valmiiksi, josta asiakas ne itsenäisesti ottaa. Lisäksi kotihoito huolehtii lääkkeenjaon ja apteekkiasiat. Vastuuhoitaja arvioi ja seuraa lääkityksen oton onnistumista ja raportoi siitä tiimin sairaanhoitajalle. Asiakas oli tyytyväinen arviointijakson aikana tapahtuneeseen kuntoutukseen ja oli motivoitunut ja sitoutunut kuntoutustavoitteisiin koko arviointijakson. Lääkehoito ei ohjauksesta huolimatta onnistunut itsenäisesti arviointijakson jälkeen.

Pohdinta ja kehittämisedat

Vastuuhoitajamalli käsitteenä on uusi ja pohjautuu uuden vanhuspalvelulain suosituksiin. Käytännössä malli on monelle tuttu ennestään. Aikaisemmin mallista on puhuttu ns. omahoitajamallina, mutta mallia on nyt kehitetty entisestään vastaamaan hyvää ikäihmisten hoitoa ja hoidon sekä palveluiden toteutumista ja seuranta. Vanhuspalvelulaki puhuu käsitteestä vastuutyöntekijä, joka on kattavampi määritelmä. Koska tässä kehittämistyössä paneudun kotihoidon kuntoutukseen arviointijakson aikana, siksi käytän tässä kehittämistyössä termiä vastuuhoitaja.

Koulutukseltani olen sosionomi ja työskentelen kotihoidossa kahden eri tiimin lähiesimiehenä. Työtehtäviini kuuluu palvelujen tuottamisen ja ohjauksen tehtävät, jotka liittyvät olennaisesti vastuuhoitajamallin toimivuuteen. Yhteistyö asiakkaan vastuuhoitajan kanssa korostuu, kun mietitään yhdessä asiakkaan sekä hänen omaisten kanssa asiakkaan hyvää hoitoa ja kotona selviytymistä.

Kotihoidon ohjaajana ja hoivapuolen vastuuhoitajana huolehdin asiakkaan hyvän hoidon ja palveluiden tuottamisen saavuttamisesta. Minulla on sosiiaalialan yleinen tuntemus ja ikääntymiseen sekä vanhustenhoitoon liittyvää erityistä gerontologista tietoa ja asiantuntijuutta. Eettinen asiantuntijuus korostuu, ja vastuuhoitaja toimii ns. välittäjänä asiakkaan ja hänen elämänsä eri osapuolten välillä. (Utriainen 2014.)

Malli on uusi toimintatapa, joka on tarkoitus juurruttaa kotihoitoon. Se vaatii henkilöstön sitoutumista ja osallistumista. Lisäksi se vaatii henkilöstön työhyvinvoinnista huolehtimista. Kehittämisessä punnitaan arvot, strategia, visio ja toiminta-ajatus. Työntekijät on otettava mukaan mallin suunnitteluun, muuten saattaa nousta muutosvastarintaa. Lisäksi uudet työntekijät ja sijaiset pitää perehdyttää vastuuhoitajamalliin. (Manninen 2014.)

Työyhteisön asenteiden ja toimintakulttuurin on muututtava. Kuntouttava kotihoito on huomioitava tärkeänä asiana. Tehokas kotikuntoutus on aloitettava heti, kun asiakas kotiutuu esimerkiksi sairaalasta. Hyvällä ja tehokkaalla kuntoutuksella pyritään saamaan asiakkaan toimintakyky entiselle tasolle. (Lehmus & Viitikko 2014.)

Haasteena vastuuhoidajuuden oikeanlaisessa toteutumisessa ja asiakkaan kuntoutuksessa on asiakkaan oma halu kuntoutua, kotihoidon työntekijöiden resurssipula ja työntekijöiden vaihtuvuus. Kuntoutussuunnitelman päivitykseen on toisinaan vaikea löytää aikaa, ja moniammatillisten palaverien yhteensovittaminen on haasteellista. Esimerkkitapauksessa yhteistyö esimerkiksi Tehokan kanssa ei toiminut odotetunlaisesti: Yhteisiä kuntoutuspalavereja asiakkaan asioista ei pidetty kertaakaan, vaikka tiimit työskentelivät saman katon alla. Tietojen välitys oli vähäistä ja tapahtui puhelimitse.

Vastuuhoidajuusoptimointi toiminnanohjauksessa epäonnistui. Asiakaskäynnit kohdistuivat liian harvoin vastuuhoidajalle, jonka tehtävänä on tehdä asiakkaalle tarvittavat testit alkuviikkoina ja seurata kuntoutusta säännöllisesti. Esimerkkitapauksessa vastuuhoidajan piti yhden tapaamiskerran jälkeen määrittellä asiakkaan RaVa-pisteet, joten tulosten luotettavuus voidaan kyseenalaistaa. Arviointijakson aikana esimerkkiasiakkaalla oli jokapäiväiset säännölliset aamuavut. Arviointijakson aikana 24.4 - 21.5.2014 vastuuhoidajalla oli aamuvuoroja yhteensä 12, joista vastuuhoidajalle työ kohdistui yhteensä neljä kertaa.

Toimiessaan vastuuhoidajamalli on käytännössä hyvä malli kotihoitoon, mutta jatkossa on syytä miettiä, ketkä asiakkaat hyötyvät kuntoutuksesta, voidaan-ko kaikki asiakkaat ottaa suoraan arviointijaksolle ja miten resurssit ja vastuuhoidajan työaika riittää sovittujen kuntoutustavoitteiden toteutumiseen ja seurantaan. Entä kuka määrittää kuntoutuksen tarpeellisuuden ja tavoitteet?

Kotihoidon arviointijakso on vasta keväällä 2014 käyttöön otettu malli, joka on käytössä yhdellä kotihoidon alueella. Ohjeistus on ollut vähäistä, eikä selviä kirjaamisohjeita ole. Varsinkin pienituloisten asiakkaiden laskutus arviointijaksolla on kohtuuton: arviointijakson aikana asiakasta laskutetaan tilapäisen kotihoidon maksuna, joka jokapäiväisenä asiakaskäyntinä on suuri laskuerä.

LÄHTEET

Hupli, M. 2014. Kuntoutuksesta Eksotessa. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden julkaisu, kesäkuu 2014.

Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. 3. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Korte, U., Tiainen, H. & Joronen, K. 2014. Kotihoidon arviointijakso. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden julkaisu, toukokuu 2014.

Lehmus, R. & Viitikko, T. 2014. Vastuuhoitaja-toimintamallin työohje ikäihmisten hoidossa ja hoivassa. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden julkaisu, tammi-kuu 2014.

Manninen, A. 2014. Laatu työyhteisössä. Kehittämistehtävän sudenkuopat. Mikkelin ammattikorkeakoulu. 13.3.2014.

STM 2013. Sosiaali- ja terveystieteiden julkaisu 2013: 1. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki, s. 41–42. Saatavissa: http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/18605803#fi .(Viitattu 18.2.2014.)

Tehoko 2014. Tehostettu moniammatillinen kotikuntoutus. Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden julkaisu, toukokuu 2014.

Utriainen, S. 2014. Gerontologinen sosiaalityö. Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Vähäkangas P., Niemelä K. & Noro A. Ikäihmisten kuntoutumista edistävän toiminnan lähijohtaminen. Raportti 48/2012. THL. Tampere 2012.

HAMINAN VANHUSTYÖN KOTIHOIDON PALVELUOHJAUS

Ahonen Teija

TIIVISTELMÄ

Asiakaslähtöisen kehittämisen keskeiset käsitteet ovat asiakaslähtöisyys ja asiakas-keskeisyys. Asiakaslähtöisyyden keskeinen ominaisuus on, ettei palveluita järjestetä pelkästään organisaation vaan myös asiakkaan tarpeista lähtien mahdollisimman toimiviksi. Asiakaslähtöisen palvelutoiminnan tulee olla vastavuoroista, joten se edellyttää asiakkaalta ja palvelutarjoajalta vuoropuhelua ja yhteisymmärrystä siitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan parhaiten tyydyttää olemassa olevien palvelumahdollisuuksien avulla ja kustannustehokkaasti. Vanhuspalvelulaki uudistui 1.7.2013. Lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Palvelumuotoilu toimii palveluiden kehittämisen yhteisenä kehikkona. Palvelumuotoilun tavoitteena on ymmärtää paremmin ihmisiä, heidän elämänsä ja tarpeitaan. Sen tarkoituksena on havaita uusia mahdollisuuksia sekä suunnitella toimivia palveluja. Sen tavoitteena on toteuttaa tehdyt suunnitelmat. Palveluohjauksen ydinosaamisen aluetta on iäkkään henkilön palvelutarpeen selvittäminen ja palvelujen yksilöllinen suunnittelu yhdessä ao. henkilön kanssa. Palvelumuotoilu voi olla yksi näkökulma tehtäessä yksilöllistä palvelutarpeen kartoitusta ikäihmiselle.

Aloitimme palveluohjaajien yhteisellä kokoontumisella, jossa jokainen palveluohjaaja toi esille omat vastuualueensa ja työtehtävänsä ydinprosessit. Ne listattiin ja koottiin sekä huomioitiin jokaisen esittämät toiveet ja mahdolliset muutokset työtehtäviin. Kokoontumisia kevään ja kesän aikana on ollut kuusi, ja niissä on saatu sovituksi töiden sisältöjen uudelleenjärjestelyt ja niihin esimiehen hyväksyntä. Samaten on aloitettu säännölliset palveluohjaajien tiimitapaamiset kerran kuukaudessa, joka on yksi sisäisen kehittämisen tavoite.

Palveluohjaajien työnkuvan muutoksista pidimme infon kotihoidon henkilöstölle talon palaverissa 2.7.2014. Samalla toimme esille hyvinvointiteknologian Pieni piiri -kuvapuhelinhankeen, joka on uusi tuleva palvelujen kehityshanke.

Palaute palvelusta ja sen laadusta saadaan suoraan kotihoidon asiakkailta suullisesti ja vuosittain tehtyjen asiakastyytyväisyyskyselyjen kautta. Myös asiakasraadın, vanhusneuvoston, seniorimessujen sekä erilaisten ryhmätapaamisten muodossa saamme ja kuulemme ruusut ja risut, ja näiden pohjalta voimme parantaa ja kehittää palvelua. Palveluiden riittävyys sekä palvelun laatu ovat niitä tekijöitä,

joita voimme tarkastella ja arvioida esimerkiksi palvelumuotoilun näkökulmasta. Sisäistä kehittämistä arvioitiin ja seurattiin suunnitelmallisesti säännöllisissä tiimitapaamisissa kerran kuukaudessa. Samalla pyrimme vahvistamaan avointa ja työkaveria arvostavaa työskulttuuria, millä tuemme myös työyhteisöimme hyvinvointia. Kotihoidon palveluohjauksen rooli korostuu entisestään. Haluamme tehdä siitä näkyvää ja suunnitelmallista esim. vuosikellon avulla. Palveluohjauksen uutena kehittämishaasteena ensi vuodelle on geronteknologian tuleminen ja sen jalkauttaminen kentälle mm. hyvinvointiteknologiana.

Johdanto

Haminan vanhuspoliittisen strategian visiona on ” Hamina on hyvä ja turvallinen kaupunki vanhuksille. Valtaosa vanhuksista on toimintakykyisiä ja asuvat itsenäisesti. Yksilölliset, tarpeiden mukaan muuttuvat palvelut tuetaan yhteistyössä eri toimijoiden ja ikääntymiseen perehtyneen henkilöstön kanssa”.

Palveluohjauksen kehittämisen alkumetreillä palautimme mieliimme vanhustyön vision ja sen, miten se toimii punaisena lankana arjen työssä. Kotihoidon palveluohjausta ovat ohjanneet lait ja asetukset sekä yhteisen strategian visiot ja arvot. Nyt on tullut aika tarkastella palveluohjauksen toimivuutta ja tuloksellisuutta asiakkaan sekä työntekijän näkökulmasta uudella tavalla. Työhyvinvointi haluttiin tuoda näkyväksi.

Palveluohjaustyön sisällön vastuualueet haluttiin jakaa uudelleen niin, että ne parhaiten palvelevat asiakkaiden yksilöllisiä tarpeita ja motivoivat työntekijää hyödyntäen hänen kiinnostuksen ja osaamisen erityisalueitaan.

Haminan vanhustyön eri alueilla toimii yhteensä 5,5 palveluohjaajaa. Kotihoidon alueella on kaksi, omaishoidossa yksi, SAS-työryhmässä yksi sekä Ikäihmisten neuvolassa 1,5 palveluohjaajaa. Asiakaskunta on pääosin yhteistä, mutta käytännössä toimimme yksinämme omilla tahoilla. Niinpä esimerkiksi tiedonkulku on hidasta tai olematonta ja kollegan tuki puuttuu. SAS-työn tarkoituksena on selvittää asiakkaan tilanne, arvioida asiakkaan tilanne ja sijoittaa asiakas oikeaan hoitopaikkaan. Päätöksenteon tueksi on haasteellisten asiakastapausten vuoksi hyvä olla luotettava foorumi, jossa voi käydä esimerkitapauksia läpi.

Kehittäminen, haasteet ja tavoitteet

Asiakaslähtöisen kehittämisen keskeiset käsitteet ovat asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys. Asiakaslähtöisyys voidaan nähdä sosiaali- ja terveyssektorilla toiminnan arvoperustana, jonka mukaan jokainen asiakas kohdataan ihmisarvoisena yksilönä hyvinvointivajeesta riippumatta. Asiakaslähtöisyyden keskeinen ominaisuus on, ettei palveluita järjestetä pelkästään organisaation,

vaan myös asiakkaan tarpeista lähtien mahdollisimman toimiviksi. Asiakaslähtöisen palvelutoiminnan tulisikin alkaa myös asiakkaan esittämistä asioista ja kysymyksistä sekä olla vastavuoroista. Tämä edellyttää asiakkaalta ja palvelutarjoajalta vuoropuhelua ja yhteisymmärrystä siitä, miten asiakkaan tarpeet voidaan olemassa olevien palvelumahdollisuuksien kannalta tyydyttää parhaalla mahdollisella tavalla kustannustehokkaasti. Asiakaslähtöiseen toimintaan sisältyy täten ajatus asiakassuhteiden jatkuvuudesta, mikä on palveluiden tarjoajan ja asiakkaan välisen yhteisymmärryksen edellytyksenä. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011: 18.)

Asiakaskeskeisyys voidaan määritellä siten, että asiakas on palvelujen keskipisteessä ja palvelut ja toiminnot organisoidaan häntä varten. Usein termejä asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys onkin käytetty synonyymeina, mutta tässä asiakaslähtöisyys nähdään asiakaskeskeisyyden seuraavana vaiheena, jossa asiakas ei ole ainoastaan palveluiden kehittämisen kohteena vaan osallistuu itse alusta asti palvelutoiminnan suunnitteluun yhdessä palvelun tarjoajien kanssa. Toisin sanoen asiakaskeskeinen toiminta on asiakaslähtöistä vasta silloin, kun se on toteutettu asiakkaan kanssa, ei vain asiakasta varten. (Virtanen ym. 2011: 18,19.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista uudistui ja astui voimaan 1.7.2013. Lain tarkoituksena on *tukea* ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista. Se parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen kunnassa. Se *parantaa* iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää. Se vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012: 1§.)

Yhtenä palveluohjauksen viitekehyksenä voimme nähdä palvelumuotoilun. Palvelumuotoilu on yhteisesti jaettu ajattelu- ja toimintatapa. Se on yhteinen kieli eri osaamisalojen yhteistyöhön palveluiden kehittämisessä. Palvelu ratkaisee asiakkaan jonkin ongelman. Palvelu on prosessi, jossa merkittävää on ihmisten välinen vuorovaikutus. Koemme palvelun, mutta emme omista sitä. (Tuulaniemi 2013.)

Yhteiskehittäminen on palvelumuotoilua. Palvelumuotoilu on yhteiskehittämistä. Palvelumuotoilun yksi keskeinen ajatus on palvelun eri osapuolten osallistaminen palvelun kehittämiseen. Palvelun keskiössä on ihminen, palvelun käyttäjä. Hän on oman elämänsä ja toimintansa asiantuntija. (Tuulaniemi 2013.)

Yhteiskehittämisen tavoitteena on, että kaikki palveluun liittyvät asiat ja näkökannat tulevat mahdollisimman laaja-alaisesti huomioituksi tiedon keräämis- ja analysointivaiheessa. Tästä laaja-alaisesta näkemyksestä palvelumuotoilijat valitsevat palvelulle määriteltyihin tavoitteisiin parhaiten sopivat elementit palvelukonseptiin edelleen kehitettäväksi. (Tuulaniemi 2013: 58,59,116.)

Palvelumuotoilun näkökulmasta hyvinvointiteknologian tiedostaminen ja tuominen kotihoidon asiakkaiden ja näiden omaisten käyttöön Pieni Piiri -projektin avulla on yksi vuoden 2015 tavoite. Halutaan lisätä tarjottavia tukipalveluja asiakkaille, ja palvelulla on mahdollista saada aikaan kotihoidon kustannuksiin säästöjä. Hanketta on ruvettu valmistelemaan kesän aikana ja tämän kehitystyön innoittamana. Pieni piiri yhdistää ikäihmisen kuvapuhelujen avulla ystäviin, perheenjäseniin ja tärkeisiin palveluihin. Kuvapuhelin on suunniteltu helppokäyttöiseksi, ja se sopii hyvin kuntoutuksen, kotihoidon ja ennaltaehkäisevän vanhustyön tueksi. Hanke on vasta aluillaan, ja neuvottelut 5 laitteen hankinnasta ovat kesken.

Palveluohjauksen ydinosaamisen aluetta on palvelutarpeen kartoitus ja palvelujen yksilöllinen suunnittelu yhdessä asiakkaan, hänen omaisensa sekä tarvittaessa muiden yhteistyötahojen kanssa. Uudelleenjärjestelyjen ansiosta kotihoidon kenttä on yhtenäinen. Siinä toimii yksi palveluohjaaja, kun se aiemmin oli jaettu kahden palveluohjaajan vastuulle, yhteensä neljän tiimin alueena. Työotteessa korostuu erityisesti asiakaslähtöisyys ja asiakaskeskeisyys.

Palveluohjauksen muu ydinosaaminen jää toisen kotihoidon palveluohjaajan vastuulle. Näin järjestellen pystymme reagoimaan lain edellyttämiin aikarajoihin ja tarvittaessa voimme tulla toistemme avuksi, vastuualueista huolimatta. Uutena vastuualueen lisäyksenä tulee geronteknologia, joka tuo uusia haasteita kotihoidon kentälle.

Kerran kuukaudessa kokoontuu omaishoidosta, SAS: sta, Ikäihmisten neuvolasta sekä kotihoidosta yhteensä 5,5 palveluohjaajaa. Se tiivistää palveluohjauksen yhteishenkeä, vahvistaa työhyvinvointia ja kehittää alaistaitoja. Teemme omaa työtämme näkyväksi palveluohjauksen yhteisessä vuosisuunnitelmassa. Kokouksissa on puheenjohtaja, ja sihteeri laatii muistion, joka tallennetaan yhteiseen tietojärjestelmään IMS:ään. IMS-ohjelmisto on selainpohjainen ratkaisu laadunhallinta-, toiminta- ja johtamisjärjestelmän kehitysalustaksi. Kirjainlyhenne IMS tulee sanoista Integrated Management System (toimintajärjestelmä). IMS-ohjelmiston keskeiset toiminnot ovat prosessien kuvaaminen, dokumenttien hallinta, palautteiden ja arviointien käsittely, tulosten mittaaminen sekä käsikirjojen koostaminen.

Hyviin alaistaitoihin liittyy olennaisena osana kyky antaa ja vastaanottaa palautetta. Palautteen antaminen mielletään usein esimiehen vastuulle kuuluvaksi. Se tulisi kuitenkin nähdä koko työyhteisön yhteisenä asiana. Jokainen

tarvitsee jatkuvaa palautetta siitä, miten on suoriutunut tai mitä itse kultakin odotetaan. Palautteen saaminen on kaiken kehittymisen ja oppimisen edellytys. (Manka, Kaikkonen & Nuutinen 2007: 18,19.)

Alaistaitoja voi kukin kehittää kiinnittämällä huomiota omiin vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoihinsa. Annammeko riittävästi tilaa toisille tuoda omia ajatuksia ja mielipiteitä esille? Osaammeko kuunnella riittävän herkällä korvalla ja asettua toisen asemaan? Hyvä työntekijä on yhtä kuin hyvä työkaveri sekä kollegoilleen että esimiehelleen. Työtoveruus on myönteinen suhde, jossa uskotaan ja luotetaan molemmin puolin. Tukea ja apua annetaan ja vastaanotetaan. Kumpikin osapuoli arvostaa toista ja antaa tilaa toisen erilaisuudelle. Hyvä työntekijä ymmärtää esimiehen aseman ja antaa hänelle tukea, jotta tämä voi parhaiten toteuttaa omaa tehtävänsä. (Manka ym. 2007: 19.)

Muutoksen hallinta ja työn kehittäminen, työn tekemisen ja organisoinnin tavat ovat nykyisin jatkuvassa muutoksessa. Usein edellistä uudistusta ei ole vielä ehditty viedä läpi, kun seuraava on jo tulossa. Erilaiset muutostarpeet kasautuvat ja lomittuvat työhön. Miten muutosten keskellä hahmotetaan tärkeimmät kehittämishaasteet?

Tämä asettaa haasteita myös kehittämisen menetelmille. Muuttuvissa tilanteissa sekä työn tekijät, esimiehet että kehittämisasiantuntijat tarvitsevat yhteisiä välineitä toiminnan arviointiin kokonaisuutena: Mitä teemme, kenelle ja miksi? Millä välineillä, järjestelmillä, periaatteilla ja toimintatavoilla saamme tuloksen aikaan? Minkälaisessa kokonaismuutoksessa nämä toiminnan osatekijät ovat?

Työn kehittäminen ja muutosten hallinta on myös merkittävä työhyvinvoinnin kysymys. Paitsi että työn tekemisen pitää olla terveellistä ja turvallista, hyvinvoinnin kannalta on keskeistä myös se, miten mielekkääksi ja hallittavaksi tekijät kokevat työnsä. Juuri muutostilanteissa työn hallittavuus on usein vaarassa kadota ja työn mieli hukkaa. Muutostilanteissa työn arki on täynnä erilaisia häiriöitä, jotka estävät työn sujuvuutta ja rassaavat näin myös yksilöitä. Lähtökohtana työn kehittämisen menetelmissä on, että työhyvinvointia voidaan parhaiten edistää lisäämällä työntekijöiden ja työyhteisöjen aktiivista toimijuutta ja vaikutusmahdollisuuksia oman työnsä hallinnassa ja kehittämisessä. (TTL 2014.)

Aloitimme työn kehittämisprosessin yhteisellä kokoontumisella, jossa jokainen palveluohjaaja esitti omat vastualueensa ja työtehtävänsä. Ne koottiin ja huomioitiin jokaisen esittämät muutostoiveet työtehtäviin. Tässä vaiheessa nousi aluksi vahvastikin esille työnkierto muutaman työntekijän kesken, mutta asia ei sittemmin edennyt. Seuraavalla kokoontumisella päätimme uudet vastuujao ja työtehtävien määräytymiset uudelleen, minkä jälkeen ”kehittämissuunnitelma” lähti esimiestason hyväksyttäväksi.

Kun muutokselle oli saatu myönteinen päätös, oli aika esitellä se kuukausittaisessa talonkokouksessa kotihoidon henkilöstölle. Tiedon jakaminen tiimeihin oli hoitajille tärkeää yhteydenpidon kannalta. Samalla tarkennettiin vastuuhoitajan ja palveluohjaajan roolin rajapintaa. Vastuuhoitajan tehtävänä on ottaa siinä vaiheessa yhteyttä palveluohjaajaan, kun hänen oma tietotaitonsa asiakkaan erityisongelmissa ei riitä, vaan hän tarvitsee apua ongelman ratkaisemiseksi. Vastavuoroisesti palveluohjaajan tulee tunnistaa omat työn rajat ja keskittyä omaan ydinosaan, palveluohjaukseen. Tässä korostuu moniammatillinen yhteistyö ja sen kehittäminen vastaamaan parhaiten asiakkaan tarpeita.

Työyhteisön hyvinvoinnin kannalta pyrimme jatkossa huomioimaan työntekijän yksilöllisen kasvun ja kehittymisen keskustellen tiimissä avoimesti vahvuuksista ja heikkouksista. Aiemmin tähän asiaan ei ole riittävästi kiinnitetty huomiota ja tilanteet ovat päässeet jopa kriisiytymään. Yhteisissä tapaamisissa pääsemme tietoisesti työstämään vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja huomioiden erilaiset persoonamme. Lähiesimiesten vetämät henkilökohtaiset kehityskeskustelut perustuvat samoihin asioihin, eli kartoitetaan kehitettävät alueet ja sovitut toimenpiteet.

Arviointi ja seuranta

Kuntalaisilta sekä kotihoidon asiakkailta saamme arvokasta palautetta Asiakasraadista, Vanhusneuvoston, seniorimessujen sekä erilaisten ryhmätapaamisten ja tietysti asiakastytyväisyyskyselyjen kautta. Palveluiden riittävyttä sekä palvelun laatua tulee jatkuvasti tarkastella ja arvioida esimerkiksi palvelumuotoilun näkökulmasta.

Palveluohjaajien kuukausikokoontuminen on kanava arvioida töiden työmäärää ja työntekijän jaksamista. Onko pysytty lain edellyttämässä aikarajoissa, esim. uusia palvelutarpeita kartoitettaessa ja huomioitu myös kuljetuspalvelutarpeet? Onko tarpeen muuttaa jotakin työtehtävää tai vastuualuetta? Jatkautuvatko työt nyt tasapuolisesti, vai kuormittuuko jokin alue liikaa? Toteutuuko palveluohjauksen vuosikello suunnitelman mukaisesti? Koenko työni mielekkääksi, olenko motivoitunut ja sitoutunut työhön ja tavoitteisiin? Mikä on tarpeellista ja pitäisikö jostain poisoppia?

Säännöllisillä tapaamisilla saadaan arvokasta tietoa kunkin työntekijän tilanteesta ja siitä, onko tarvetta tehdä muutoksia työn kulkuun tms. Tapaamisilla pyritään myös vahvistamaan avointa ja työkaveria arvostavaa työskulttuuria. Syksyn tapaamisilla suunnittelemme yhteisen palveluohjauksen vuosikellon vuodeksi 2015.

Palveluohjauksen tietoinen kehittäminen on nyt mukavasti saatu alkuun, ja se jatkuu. Yhtenä tavoitteena vuonna 2015 on geronteknologian tuominen osaksi palvelutuotantoa tukipalveluksi asiakkaillemme.

Pohdintaa

Muutoksen tarve oli ”leijunut” jo pidempään ilmapiirissä. Muutos työtehtävien vastuualueissa on lähtenyt vähitellen toteutumaan, ja erityisen tärkeänä näen kaikkien vanhustyön palveluohjaajien säännölliset kokoontumiset kuukausittain. Töiden mielekäs jakautuminen toivottavasti parantaa työhyvinvointia ja lisää työmotivaatiota. Lisäksi voimme toimia toinen toistemme työparina ja hyödyntää hyviksi koettuja käytäntöjä. Tästä on suuresti apua silloin, kun sijaistamme toinen toistamme vuosi- tai sairausloman aikana.

Esimiestaso on antanut meille kiitettävästi vapaat kädet töiden uudelleen suunnitteluun. Tosin kehittämisprosessin alussa, kun käsitelimme haastavia työhyvinvointiin liittyviä tilanteita, olisi esimiehen näkyvämpi ote voinut olla paikallaan. Johtamista ja työhyvinvointiin liittyvää puuttumista ei liene helppo lähestyä, ja se vaatii esimieheltä vahvaa otetta ja tietotaitojen päivittämistä.

Kotihoidossa palveluohjauksen rooli korostuu entisestään. On hyvä, että tämän hankkeen myötä teemme siitä näkyvämpää ja suunnitelmallisempaa esim. vuosikellon avulla. Se toimii meille palveluohjaajille yhtenä työvälineenä ja näyttää kulloinkin missä mennään. Uudet hyvinvointitekniikan haasteet ensi vuodelle takaavat mielenkiinnon työhön ja todennäköisesti antavat haasteita gerontekniikan jalkauttamiseen työkentälle sekä kotihoidon henkilöstölle.

Asiakaskunta on lisääntyvästi moniongelmaista, ja heidän palvelutarpeeseensa on hyvin haastavaa vastata. Kotihoito tarvitsee yhteistyökumppaneita, koska yksin emme pärjää. Palveluohjauksen kautta luodaan ja ylläpidetään yhteisöverkostoa, eli yhdessä saamme enemmän aikaan.

”Kun kaikki ajattelevat samalla tavalla, kukaan ei ajattele kovin paljon.”

-Walter Lipman-

LÄHTEET

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 2012: 1§. Finlex 28.12.2012/980.

Manka, M-L., Kaikkonen, M-L. & Nuutinen, S. 2007. Hyvinvointia työyhteisöön. Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Tampereen yliopisto & Euroopan Sosiaalirahasto. Tampere.

TTL 2014. Muutoksen hallinta ja työn kehittäminen: päivitetty 16.5.2014. Saatavilla: WWW.ttl.fi . Viitattu 24.8.2014.

Tuulaniemi, J. 2013. Palvelumuotoilu. Talentum.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki.

5. AMMATTI-IHMISET VANHUSTEN ASIALLA

MUUTOS VOIMAVARAKSI – HOITAJIEN MATKA HOIVAKULTTUURISTA HYVINVOINTIKULTTUURIIN

Viljakainen Tiina

TIIVISTELMÄ

Suomen ikääntymispolitiikka korostaa jokaisen ikääntyneen mahdollisuutta elää kotona tai kodinomaisessa ympäristössä mahdollisimman pitkään. Iäkkäiden eläessä entistä pidempään ja toimintakyvyn väistämättä heiketessä tämä ei kuitenkaan ole jokaisen kohdalla mahdollista. Laitosasuminenkaan ei ole enää nykypäivänä toivottava asumismuoto, joten yhä enemmän on alettu korostaa palveluasumisen merkitystä iäkkäiden kodinomaisena asumismuotona. Myös Pieksämäen kaupunki pyrkii purkamaan laitospaikkojen määrää. Kaupunkiin valmistuu vuoden 2014 lopulla uusi 60-paikkainen Hiekanpään tehostetun palveluasumisen yksikkö ikääntyneille. Palvelutalon valmistuttua suurin osa nykyisen toimipaikkani Hoivaosaston hoitajista tulee siirtymään vuodeosastotyöstä palveluasumisen ympäristöön.

Tässä artikkelissa käsittelen kehittämistehtävääni, jonka tarkoituksena on ollut tukea Hoivaosaston hoitajia muutosprosessissa, jonka työympäristön muuttuminen tuo mukanaan. Ajatuksenani oli, että tukemalla työntekijöitä ja ottamalla heidän osaamisensa huomioon muutoksen läpiviennissä voitaisiin kehittää Hiekanpään palvelukodissa toteutettavaa hoitotyötä mahdollisimman laadukkaaseen ja asiakkaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia tukevaan suuntaan. Yhtenä osana kehittämistyötäni toteutin Hoivaosaston hoitajille kyselyn, jonka avulla kartoitin heidän omia kokemuksiaan toteuttamansa hoitotyön laadusta, oman osaamisen kehittämisestä sekä subtautumisesta muutoksiin ja niiden vaikutuksesta heidän työhyvinvointiinsa. Tutkimukseni paljasti samoja asioita, joita aiemmat hoitoalaa koskevia muutoksia käsitelleet tutkimukset ja julkaisut ovat havainneet ja käsitelleet, muun muassa muutosten johtamisesta ja työntekijöiden sitouttamisesta muutosprosesseihin.

Hyvinvointia vanhusten pitkäaikaishoitoon

Muutokset ovat kiinteä osa 2000-luvun yhteiskuntaa, eikä niitä pääse pakoon etenäkään sosiaali- ja terveysalalla. Yksi suurimmista muutoksista, joita yhteiskunnassamme on tapahtunut, on väestön keskimääräisen eliniän odotteen kasvu. Vuoteen 2030 mennessä yli 65-vuotiaiden osuuden koko väestöstä on arvioitu nousevan 26 %:iin nykyisen 18 % sijaan (Tilastokeskus 2012). Ikääntyneiden ihmisten määrä yhteiskunnassamme kasvaa ja sen mukanaan tuomiin haasteisiin vastaaminen edellyttää muutoksia palvelurakenteissa, jotta pystymme tarjoamaan arvokkaan ikääntymisen jokaiselle ihmiselle. Iäkkäiden palveluiden suunnittelussa on muistettava ottaa huomioon iäkkäiden ihmisten yksilöllisyys ja erilaiset palvelujen tarpeet, sekä muuttuva toimintakyky. (Voutilainen & Tikkinen 2009, 6–7.)

Ikääntyneiden määrä kasvaa tulevaisuudessa myös Pieksämäellä. Vuoteen 2035 mennessä yli 75-vuotiaiden määrän odotetaan nousevan 24,8 %:iin koko kunnan väestöstä, nykyisen 13,6 %:n sijaan. Tällainen ikärakenteen muutos haastaa väistämättä palvelurakenteiden kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman ikääntyneiden hoidon laatusuosituksen mukaisesti myös Pieksämäki pyrkii vähentämään vanhusten laitoshoidon ja tehostamaan avohoidon palveluiden osuutta ikääntyneiden hoidossa. (Pieksämäki 2009.) Vuoden 2013 lopulla Pieksämäellä tehtiin päätökset rakentaa Hiekanpään elämänkaarikeskukseen 60-paikkainen vanhusten tehostetun palveluasumisen yksikkö, jonka on määrä valmistua vuoden 2014 loppuun mennessä. Uuden palveluasumisyksikön rakentamisen myötä vuodeosastopaikkoja on määrä karsia niin, että Hoivaosaston toiminta Pieksämäen terveyskeskuksen tiloissa lakkaa.

Gerontologisen hoitotyön osaaminen ja asiantuntijuus on tärkeässä osassa niin iäkkäiden palveluiden suunnittelussa kuin niiden laadukkaassa toteutuksessaakin. Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa korostetaan ympärivuorokautisen hoidon rakenteiden uudistamista niin, että lääketieteellisesti perustelemaan hoito terveyskeskuksen vuodeosastolla on toteutettava muilla tavoin, kuten tehostetun palveluasumisen kautta. Tavoitteena on uudistaa palvelurakenteita toimintatapoja kehittämällä, niin että laitoshoidon tilalle kehitetään uudenlainen hoivapalvelu, joka tarjoaa iäkkäille toimintakykyä tukevaa ympärivuorokautista hoitoa kodinomaisessa ympäristössä. (Voutilainen & Tikkinen 2009, 117–119.)

Vanhusten määrän kasvu haastaa myös ikääntyneiden parissa työskenteleviä. Mediassa nostetaan herkästi esille vanhustyön työvoimapulaa, vaikka enemmän huomiota pitäisi kiinnittää jo vanhustyötä tekevien osaamisen kehittämiseen ja heidän työhyvinvointiinsa. (Kivelä & Vaapio 2011, 222.) Tässäkään asiassa määrä ei siis automaattisesti korvaa laatua. Vanhusten pitkäaikaishoi-

don laadukas toteutus vaatii osaavaa ja työhönsä sitoutunutta henkilökuntaa, jolla on intoa ja kykyä kehittää vanhustyötä yhdessä vanhustyön muiden toimijoiden kanssa. Onnistunut kehittämistoiminta tukee osaltaan työntekijöiden työhyvinvointia, sitouttaa työhön ja kannustaa kehittämään lisää (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 342).

Kehittämistehtävän toteutus

Idean kehittämistehtävääni sain vuoden 2013 lopulla, kun sain työyhteisössäni kuulla, että nykyisen työpaikkani Hoivaosaston toiminta lakkautuisi vuoden päästä. Suurin osa pitkäaikaispaikoilla olevista potilaista siirtyisi uuteen vuoden 2014 lopulla valmistuvaan Hiekanpään vanhusten palvelukotiin. Keskusteltuani esimieheni ja kaupungin vanhuspalvelujohtajan kanssa sain hyväksynnän idealleni tehdä kehittämistehtävä muutoksiin liittyen, joita Hiekanpään palvelutaloon siirtyminen tuo tullessaan. Tarkoitukseni oli kehittää kehittämistehtävälläni tukea osaston henkilökuntaa muutosprosessissa ja kehittää muutosten läpivientä, niin että työyhteisö ja heidän osaamisensa nähdään voimavarana muutoksen toteutuksessa. Halusin myös motivoida työntekijöitä miettimään omaa työskentelyään ja sen kehittämistä, niin että tulevaisuudessa olisi mahdollista turvata laadukas ja asiakaslähtöinen hoitotyö ikääntyneille Hiekanpään palvelukodissa.

Kehittämistehtäväni suunnittelun aloitin tammikuussa 2014. Tammikuun lopulla sain tietää pääseväni mukaan Hiekanpään vanhusten palvelutalon toiminnan aloittamista suunnittelemaan työryhmään ja helmikuun alussa työryhmä kokoontui ensimmäisen kerran. Koin työryhmään pääsyn hyvänä väylänä saada tietoa uuden palvelutalon toiminnan suunnittelun etenemisestä ja tätä kautta saamani tiedon avulla pitämään osaston työntekijät ajan tasalla mahdollisimman hyvin muutosprosessissa.

Hoivaosaston henkilökunnan keski-ikä on melko korkea ja suurimmalla osalla on useamman kymmenen vuoden työkokemus vanhustenhoidosta. Kehittämistyöni tarkoituksena on myös tuoda esille mahdollisimman laajasti koko henkilökunnan osaaminen ja ottaa huomioon osaaminen uuden palvelutalon kehittämisessä. Näin uskon myös henkilökunnan motivoituvan ja sitoutuvan paremmin Hiekanpään palvelutaloon ja siellä työskentelyyn. Tarkoitukseni on perustaa myöhemmin syksystä työryhmä yhdessä osaston työntekijöiden kanssa ja ryhmässä voimme alkaa suunnitella Hiekanpään palvelukodin toiminnan aloitusta.

Tällaisessa melko massiivisessa muutoksessa, jossa työntekijät siirtyvät täysin uuteen työympäristöön ja kulttuuriin, pelkkä henkilökunnan motivointi ei kuitenkaan riitä, vaan muutosprosessin laadukas läpivienti tarvitsee tuekseen myös koulutusta. Hoitohenkilökunnan koulutus tai kouluttautumattomuus ja tiedon puute vaikuttavat väistämättä myös ikääntyneiden hoidon laatuun.

Tästä syystä gerontologista koulutusta tulisi aktiivisemmin tarjota ikääntyneiden parissa työskenteleville ja heitä tulisi myös motivoida lisäkoulutukseen. Tutkimuksissa on osoitettu, että muun muassa muistisairaiden yksiköissä, joissa henkilökunta oli koulutautunut muistisairaiden hoitoon, olivat hoidon laatu ja ikääntyneiden elämänlaatu korkeampia. Koulutuksen ohella tärkeä laatuun vaikuttava tekijä on hoitajien sitoutuminen työhönsä ammatillisesti. Ammattitaidon ylläpito vaikuttaa myönteisesti hoitajien ammatti-identiteettiin ja itse-tuntoon. Se myös ennakoii heidän kykyään arvioida hoitoa kriittisesti ja puuttua hoidon epäkohtiin sekä näin kehittää hoidon laatua. (Räsänen 2011, 52–53.)

Kehittämistehtäväni tarkoituksena on sitouttaa työntekijöitä uuden palvelutalon kehittämiseen ja työskentelyyn siellä. Toukokuussa 2014 toteutin Hoivaosaston hoitajille kyselyn, jonka avulla kartoitin heidän omia kokemuksiaan toteuttamansa hoitotyön laadusta, oman osaamisen kehittamisestä sekä suhtautumisesta muutoksiin. Kyselyn avulla halusin herätellä työntekijöitä pohtimaan omaa osaamistaan, vanhustyön perustana olevia arvoja sekä niiden toteutumista jokapäiväisessä työskentelyssä. Kyselyn tulosten pohjalta nousseiden kehittämiskohteiden tiimoilta aion pitää syksyllä palvelutaloon siirtyville työntekijöille myös osastotunnin muutoksista, joita palveluasumisen piiriin siirtyminen tuo mukanaan, niin työntekijöille kuin asiakkaillekin.

Tutkimuksessani käytin rinnakkain kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusotetta. Menetelmiä yhdistämällä sain laajemmin ja syvemmin tietoa tutkittavasta aiheesta. Aineiston keräsin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, jonka lähetin sähköisesti Hoivaosaston työntekijöille. Tutkimuksen toteutuksessa on huomioitava aina myös tutkimuksen eettisyys. Saatekirjeessä toin esille vastaajien luottamuksellisuuden, anonymiteetin ja itsemääräämisoikeuden toteutumisen. Ennen tutkimuksen toteutusta hain ylihoitajalta tutkimuslupaa, jonka hän myönsi. Kyselylomakkeen lähetin 19:lle Hoivaosaston hoitajalle. Vastaaajajoukko koostui sairaan-, lähi- ja perushoitajista. Vastauksia palautui määräraikaan mennessä 16 kappaletta.

Kyselyn alussa kartoitin hoitajien käsitystä heidän omasta osaamisestaan ja sen kehittamisestä. Vastauksista kävi ilmi, että kaikki vastaajat olivat tyytyväisiä tämänhetkiseen työnkuvaansa ja että heille on tärkeää pystyä vaikuttamaan omaan työnkuvaansa. Kysyttäessä työskentelyn rutiininomaisuudesta yli puolet vastaajista piti työskentelyään rutiininomaisena. 94 % vastaajista piti työpaikalla toteutettua vanhustenhoitotyötä laadukkaana. Kysyttäessä vanhustyön eettisistä arvoista ja niiden toteutumisesta jokapäiväisessä työskentelyssä suurin osa koki tasa-arvoisen kohtelun, turvallisuuden ja yksilöllisyyden toteutuvan melko hyvin työskentelyssään. Itsemääräämisoikeuden kunnioitus ja asiakaslähtöisyys toteutui lähes kaikkien mielestä melko hyvin tai kohtalaisesti. Kaiken kaikkiaan potilaiden oikeudet koettiin huomioitavan melko hyvin päivittäisessä työskentelyssä. Lisäksi yhteistyö omaisten kanssa koettiin onnistuneeksi ja hoitotyössä toteutui hyvin potilaan voimavarojen huomioon ottaminen.

Avoimella kysymyksellä kartoitin hoitajien kokemuksia oman osaamisen kehittämiskohteista. Vastaukset analysoin sisällönanalyysillä ja vastauksista nousi esille kehittämistarpeita seuraavissa kohteissa: Potilaan oikeuksista yksilöllisyys ja itsemääräämisoikeus asiat mietityttivät, lisäksi käytösoireisen potilaan kohtaamiseen kaivattiin lisätietoja ja taitoja. Vastauksista kävi ilmi myös koulutuksen tärkeys hoitotyötä kehitettäessä.

”Käytösoireisen potilaan kohtaamista voisi kehittää, ottamalla rohkeammin esille ongelmakohdat ja etsimällä niihin ei lääkkeellisiä keinoja. Haluaisin enemmän saada selville esim. omaisilta vanhusten elämää, tärkeitä asioita jne. millä voisi helpottaa oloa hoidossa. Haluaisin nähdä vanhuuden enemmän normaalina kuin sairauslähtöisenä olotilana ja siten ehkä suhtautuminen vanhuuteen ja kohtaamiseen muuttuisi.”

”Välillä yksilöllisyys ja sen huomiointi jää vähemmälle, kiire (oli se sitten todellinen tai vähemmän todellinen) vaikuttaa siihen että hoitotoimet jää ns. rutiinisti suorittamisen tasolle. Myös oman käyttäytymisen huomaa välillä peilaantuvan työtoverin/parin käytökseen, mistä mieluummin haluaisi irti oppia. Koulutuksissa käytyä, huomaa hetkittäin saavansa työhön uutta katsonta kantaa, huomaa kritisoivansa omaa (myös toisten) tekemistä, suhtautumista toisella tapaa = positiivista!”

Hoitoalalla tapahtuvista muutoksista ja niihin suhtautumisesta kysyttäessä 88 % vastaajista oli sitä mieltä, että epävarmuus tulevaisuudesta heikentää heidän työssäjaksamistaan, 82 % koki epävarmuuden heikentävän työpaikan ilmapiiriä. Vastaajista 62 % koki epävarmuuden heikentävän työmotivaatiota. Puolet vastaajista ymmärsi muutoksien tärkeyden vanhustyön kehittämisen ja laadun kannalta tärkeiksi ja puolet taas ei osannut sanoa tai oli jokseenkin eri mieltä muutosten välttämättömyydestä. Vastaajista puolet koki muutoksien motivoivan oman osaamisen kehittämiseen, 13 % ei osannut sanoa mielipidettään asiaan ja 38 % oli jokseenkin tai täysin eri mieltä muutoksien motivoivasta vaikutuksesta osaamisen kehittämiseen. Muutoksista tiedottaminen oli 63 % mielestä työpaikalla jokseenkin tai täysin epäonnistunutta.

Kyselyn lopussa kartoitin avoimella kysymyksellä hoitajien kehittämisehdotuksia ja odotuksia Hiekanpään palvelutaloa ja siellä toteutettavaa hoitotyötä kohtaan. Vastauksista nousi esille hoitajien halu toteuttaa asiakaslähtöistä, vanhusten toiveita kunnioittavaa hoitotyötä.

”Henkilökunta motivoitunutta uuden hoitokulttuurin kehittämisessä yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa. Tietyntaista innostusta kaikilla osapuolilla hyvän hoidon aikaansaamiseksi.”

”Odotan, että toiminta on asiakaslähtöistä, heidän voimavaransa ja mieltymyksensä huomioon ottavaa. Kuunnellaan asiakkaita ja omaisia, heidän toiveitaan päivän toimintoja mietittäessä.”

Vastauksista nousi esille myös selvä epätietoisuus tulevaisuudesta ja pelko nykyisen hyvin toimivan työyhteisön hajoamisesta.

”Vielä tässä vaiheessa ei ehdotuksia eikä odotuksia, lähinnä vain mietityttää mitä tapahtuu.”

”Hoivaosaston vahvuutena on osaava ja ammattitaitoinen työyhteisö, jonka taustalla on henkilökuntaa tukeva ja arvostava johtamiskulttuuri. Toivon, että muutoksessa nykyinen hyvin toimiva työyhteisö säilyisi ennallaan.”

Muutokset työyhteisössä ja työhyvinvointi muutoksissa

Laadukkaiden vanhusten pitkäaikaishoidon palveluiden takana on aina osaava henkilökunta ja heidän takanaan innovatiivinen johtaja tai johtajat. Erityisesti työelämän muutostilanteissa johtamistaitojen merkitys korostuu. Muutoksien toteuttaminen vaatii johtajalta hyviä ihmisten johtamistaitoja ja niin sanottuja muutosjohtamisen taitoja. Onnistunut muutosjohtaminen vaikuttaa henkilökunnan työhyvinvointiin ja oman työn hallinnan tunteeseen muutoksen toteutuksessa. Työntekijöiden ja työyhteisön motivointi muutokseen ja ennakoiva tiedottaminen, sekä henkilökunnan aito ja luottamuksellinen kuunteleminen muutosprosessin aikana ovat avaimia hyvin toteutuneeseen muutokseen. Avoimella vuoropuhelulla ja tiedottamisella on myös tärkeä osa henkilökunnan sitouttamisessa muutokseen. (Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009, 40.) Valitettavan usein henkilökunnan tiedottamisen tärkeys tuntuu kuitenkin muutosprosessien keskellä unohtuvan, näin koen käyneen myös Hiekanpään projektissa. Valitettavasti olen saanut havaita negatiivisen ilmapiiirin ja ajatukset, joita liian vähäinen tiedottaminen on mukanaan tuonut. Kuten kyselynikin Hoivaosaston henkilökunnalle paljasti, epävarmuus ja tiedottomuus tulevasta heikentävät työssäjaksamista ja kylvävät työyhteisöönkin kielteisyyttä.

Johtamisella on siis suuri merkitys vanhusten pitkäaikaishoidon laadulle. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että useissa sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja hoitolaitoksissa johtaminen oli osittain epäonnistunutta ja että johto ja työntekijät olivat erkaantuneet toisistaan. Johdolla on omat käsityksensä arjen työstä ja strategioista. Jos nämä käsitykset eivät kuitenkaan saavuta työntekijöitä, on sekasotku työyksiköissä valmis. Uudistuksia ja muutoksia toteutetaan, mutta työntekijöiden osallisuus muutoksiin ja heidän osaamisensa huomioon ottaminen unohdetaan. Yhä useammat terveydenhuollon työntekijät eivät enää luota johtajiin ja he kokevat omat vaikuttamis- ja osallistumismahdollisuutensa toiminnan suunnitteluun huonoiksi. (Räsänen 2011, 61–62.)

Vanhustyössä niin kuin muissakin työympäristöissä kehittäminen on avain laadukkaampiin palveluihin. Hoitotyössä kehittämistoiminnan tulisi pohjautua tiimityölle. Hyvinvoiva ja toimiva työyhteisö on hyvä kehittämistyön eteenpäin viejä. Kun tiimin työskentely on toisiaan tukevaa, toisen osaamisen huomioivaa ja kannustavaa, myös uuden kehittäminen on helpompaa. Kehittämistyöhön sitoutuneessa työyhteisössä keskustellaan avoimesti työyksikön toiminnasta ja innovoidaan aktiivisesti uusia toimintatapoja. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 337–340.) Työntekijöiden osaamisen huomiointi ja kehittämisprojekteihin mukaan ottaminen olisikin siis tärkeää huomioida vanhusten palveluita suunniteltaessa ja kehitettäessä nyt ja tulevaisuudessa. Omassa työyhteisössäni koen työilmapiiirin erittäin hyväksi. Avointa keskustelua saa helposti aikaiseksi ja vaikka työntekijöiden keski-ikä on jo melko korkea, he ovat pienen motivoinnin myötä innokkaita kehittämään niin omaa kuin työyhteisönkin toimintamalleja ja käytäntöjä. Näin kehittämistehtäväni tärkeäksi myös pitkän hoitotyön kokemuksen omaavien työntekijöiden tietojen ja taitojen tuomisessa näkyväksi. Niinpä Hiekanpään suunnittelu prosessissa työyhteisön arvokasta vanhustyön kokemusta ja osaamista olisi voitu ottaa huomioon enemmän.

Tämän päivän vanhusten hoidosta päättävien pitäisi jo tässä vaiheessa ymmärtää henkilökunnan mittaamaton tärkeys laadukkaiden vanhuspalveluiden takana. Henkilökunnan työhyvinvoinnista puhutaan, mutta vielääkään ei ehkä täysin havaita sen tärkeyttä vanhuspalveluiden laadun kannalta. Työhyvinvointi kuitenkin on avain laadukkaaseen ja tulokselliseen organisaatioon. Työhyvinvointia kehittämällä saadaan henkilökunta paremmin sitoutumaan työhönsä, jolloin työssäjaksaminen paranee ja työssäoloaika pitenee. Hyvinvoiva työntekijä on yleensä myös innokas kehittämään omaa työtään ja työyhteisönsä toimintaa, mikä vaativassa vanhustyössä on ensiarvoisen tärkeää.

Mikä muuttuu - hoidosta hyvinvointikulttuuriin

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa on linjattu, että vuoteen 2017 mennessä tavoitteena on vähentää vanhusten pitkäaikaista laitoshoidoa niin, että 75 vuotta täyttäneistä vain 2-3 % olisi laitoshoidon piirissä. Tämä tarkoittaa sitä, että suuntaus palveluiden kehittämisessä on entistä enemmän ennaltaehkäisevässä terveyden edistämisessä ja kotona asumista tukevissa hoitomuodoissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 39). Kotiin annettavia palveluita innolla kehitettäessä ei tule kuitenkaan unohtaa laitoksissa asuvia vanhuksia eikä tehostetun palveluasumisen piirissä asuvia, myös heidän hoitonsa ja palveluiden laadun kehittäminen on tärkeää. Lisäksi tulisi huomioida työntekijöiden näkökulmasta muutokset, joita laitoshoidon piiristä palveluasumiseen siirtyminen tuo mukanaan. Kiinnittämällä huomiota laatuun ja luomalla uusia toimintakulttuureja voidaan rakentaa toimivia palvelurakenteita.

Sosiaalihuoltolain mukaisesti kunta voi järjestää ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevan iäkkään sosiaali- ja terveystalvet laitoshoidona. Pitkääikaista laitoshoidoa annetaan asiakkaalle, jolle ei voida tarjota hänen tarvitsemiaan ympärivuorokautisia palveluita kotiin tai palveluasuntoon. Suomessa pitkäaikaista laitoshoidoa toteutetaan vanhainkodeissa, terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä hoito- ja hoivakodeissa. Laitoshoidon sisältyvät hoidon lisäksi lääkkeet, vaatteet, puhtaus ja sosiaalisen hyvinvoinnin kannalta keskeiset palvelut. Laitoshoidosta asiakas maksaa kunnalle maksun hoitopäivien mukaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2011.)

Palveluasuminen on osa sosiaalihuoltolain nojalla tarjottaviin kuuluvia sosiaalipalveluita. Palveluasumista tarjotaan asiakkaalle, jolle ei voida tarjota hänen tarvitsemiaan apuja ja tukea tavalliseen asuntoon. Ikääntyneiden palveluasuminen jaetaan palveluasumiseen ja tehostettuun palveluasumiseen. Molempiin sisältyy asunto, josta asiakas maksaa vuokran sekä asumista tukevat tarvittavat hoiva- ja hoitopalvelut, joista peritään asiakasmaksuja. Tehostetussa palveluasumisessa hoiva ja hoito on ympärivuorokautista, lisäksi tehostettuun palveluasumiseen sisältyy aina ateriapalvelu. (Suomen Kuntaliitto 2012, 17–19.)

Kehittämistehtävää työstäessäni olen saanut havaita kuinka tärkeiksi työntekijät, jotka ovat vuosia työskennelleet osasto-olosuhteissa ja joista suurin osa siirtyy nyt töihin palveluasumisen piiriin, kokevat konkreettisen tiedon muutoksista, joita tällainen työympäristön vaihdos tuo mukanaan. Työntekijöiden koulutus ja siihen panostaminen on yksi tärkeimmistä väylistä toteuttaa laadukkaampaa vanhustenhoitotyötä tulevaisuudessa. Ilman uutta tietoa ei synny uusia ajatuksia eikä toimintamallejakaan.

Nykyisellä laitoshoidolla Suomessa on pitkät perinteet. Laitoshoidon on myös kehitetty vuosien saatossa, mutta harvassa paikassa se vastaa täysin nykyisiä iäkkäiden elämänlaadun kannalta tärkeimmiksi asetettuja kriteerejä. Harvoin laitoshoidossa toteutuu täysin kaikki vanhusten sosiaali- ja terveystalvetuille asetetut eettiset periaatteet. Yksityisyys voi häiriintyä, jos hoitotoimenpiteiden ajaksi toisten asiakkaiden väliin vedetään vain ohuet verhot, eli yhden hengen huoneet ovat harvassa. Yleensä työskentely vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa on hyvin rutiininomaista ja ajoittain kiireistä. Nämä seikat väistämättä heikentävät autonomian ja yksilöllisyyden toteutumista. Laitoshoidossa henkilökunta on tottunut työskentelemään paineen alaisena, hoidettavat ovat entistä huonokuntoisempia, mutta henkilökunnan määrä ei ole muuttunut samassa suhteessa hoidettavien kuntoon nähden. Niinpä toimivat rutiinit ohjaavat ja selkeyttävät työskentelyä, jolloin ainakin perustoimintojen toteutus on turvattu (Noppari & Koistinen, 2005, 158.) Hoitajilla kuitenkin olisi halua toteuttaa työtään kokonaisvaltaisemmin, mutta nykyisillä palvelurakenteilla ja tiukkaan vedetyillä henkilökuntaresursseilla se ei ole täysin mahdollista. Myös omassa työyksikössäni Hiekanpään muutosten aikana olen havainnut,

että työntekijöillä on paljon kehittämisideoita uuden palvelutalon varalle. Toivoisinkin, että uudesta Hiekanpään työympäristöstä tulisi innovatiivinen ja uudistushaluinen.

Paljon on siis muutettavaa, kun laitoshoittoa puretaan ja kun tilalle tulee palveluasumisen yksiköitä. Uuden toimintakulttuurin luominen uuteen yksikköön on jo sinänsä haasteellinen tehtävä. Lisäksi jokaisen yksittäisen työntekijän tulisi pysähtyä miettimään omia arvojaan ja asenteitaan. Ilman asennemuutosta työyhteisöissä ei pystytä muuttamaan hoitokulttuuria hyvinvointikulttuuriksi, sillä sitä laitoshoidosta palveluasumiseen siirtyminen tarvitsee. Hyvinvointikulttuurissa painotetaan nimenomaan asiakkaan hyvinvointia kokonaisvaltaisesti ja hoito nähdään yhtenä osana tätä kokonaisuutta. (Gerontologian tutkimuskeskus i.a.)

Ikääntyneiden asiakkaiden kannalta onnistunut organisaation muutosprosessi voi parhaimmillaan tarkoittaa heidän toimintakykyään kokonaisvaltaisesti tukevien palveluiden toteutumista. Palveluasumista jossa ikääntyneellä on mahdollisuus yksityisyyteen kodinomaisessa asunnossa, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja virikkeellisempään arkeen, sekä turvallisuuden tunteeseen osaavan, moniammatillisen ja työstään innostuneen henkilökunnan turvatessa heidän kokonaisvaltaista hyvinvointiaan.

Johtopäätökset ja pohdintaa tulevasta

Tutkimustuloksistani ilmeni, että Hoivaosastolla toteutettu vanhustyö koettiin yleensä laadukkaaksi ja vanhusten oikeuksia kunnioittavaksi. Vanhustyön eettisiä arvoja on kuitenkin jokaisen vanhustyöntekijän hyvä pohtia aika ajoin. Halusinkin yhtenä osana kyselylläni herättää työntekijät miettimään omaa työskentelyään ja sitä ohjaavia periaatteita ja arvoja. Koen myös, että jokaisessa työyhteisössä olisi arjen keskellä hyvä aika ajoin palautella mieliin työyksikön toimintaperiaatteet ja keskeisimmät työtä ohjaavat eettiset arvot. Hiekanpään toiminnan alkaessa vuoden vaihteen jälkeen olisi ensiarvoisen tärkeää, että aivan aluksi työyhteisöön luotaisiin yhteiset toimintaperiaatteet yhdessä koko työyhteisön kesken. Yhteiset selkeästi määritellyt toimintaperiaatteet luovat pohjan uuden yksikön laadukkaalle toiminnalle.

Kyselyn tulokset paljastivat myös saman tosiasian, jonka olin tutkijana jo paljon aikaisemmin havainnut: muutokset ja erityisesti tällä hetkellä vallalla oleva organisaatiomuutos koetaan raskaana, epätietoisuus on edelleen suurta tulevaisuutta kohtaan, mikä osaltaan johtuu tiedottamisen puutteesta, konkreettista tietoa tulevasta ei ole pystytty tarjoamaan työntekijöille ja valitettavasti tämä negatiivinen ilmapiiri tuntuu vaikeuttavan myös oman kehittämistehäväni toteuttamista. Henkilökuntaa on hankala sitouttaa Hiekanpää-projektiin, kun kukaan ei vielä tiedä kuka Hiekanpäässä tulevaisuudessa työskentelee. Aikaisemmassa tutkimuksessa (Ponteva 2009, 3) on ilmennyt, että

tiedonsaanti organisaatiomuutoksessa on ensiarvoisen tärkeää työntekijän uuteen organisaatioon sitoutumisen ja työstä innostumisen kannalta. Myöskään johtajuuden merkitystä organisaatiomuutoksissa ei voi liikaa korostaa. Oikein toteutetulla johtamisella saadaan työntekijät innostumaan työstään uudessa organisaatiossa.

Eronen (2010, 54) on opinnäytetyössään selvittänyt hoitajien kokemuksia organisaatiomuutoksesta selviytymisessä. Organisaatiomuutos koettiin haastavana ja erityisesti uuden oppiminen koettiin haastavaksi. Muutoksen myötä työn vaatavuus lisääntyi, mutta koulutuksen määrä jäi liian vähäiseksi tai se tuli liian myöhässä. Seuratessani oman kehittämistehtäväni kautta Hiekanpään palvelutalon kehittämisprosessia, olen harmikseni havainnut samanlaisia puutteita muutoksen läpiviennissä. Omalta osaltani olen pyrkinyt tuomaan henkilökunnan koulutustarpeen esille, mutta tällä hetkellä näyttää että koulutuksen tarpeellisuuteen ei ole tarpeeksi kiinnitetty huomiota.

Meillä on vanhustyön parissa paljon osaavaa henkilökuntaa, mutta heidän työtään koskevien muutosten toteutuksessa heidän osaamisensa tuntuu täysin unohtuvan. Tämän johdon ja henkilökunnan väliin kasvaneen kuilun täyttöön tarvitaan mielestäni asennemuutosta molemmin puolin. Henkilökunnan on uskallettava tuoda julki enemmän omaa osaamistaan ja oman työn kehittämisehdotuksia, johdon taas on laajennettava omaa toimintakenttäänsä enemmän kohti henkilökuntaa ja rohkaistava työntekijöitä vanhustyön aktiiviseen kehittämiseen. Laadukkaan vanhustyön toteutumisen takana ovat kuitenkin aina motivoituneet ja osaavat työntekijät. Kehittämisestäni kautta olen onnekseni päässyt osallistumaan tälle muutosmatkalle hoivakulttuurista kohti hyvinvointikulttuuria. Nyt jään työyhteisössäni odottamaan tulevaa vuotta ja uusia tuulia sekä kehittämishaasteita työrintamalla.

LÄHTEET

Eronen, P. 2010. Psykogeriatrinen osasto muutoksessa – miten selvitä muutoksesta hoitajana ja esimiehenä. Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/15718/Eronen_Paivi.pdf?sequence=2 (viitattu 19.7.2014).

Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. 1. painos. Helsinki: Suomen Senioriliike ry.

Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009. Yhteistoiminta ja työelämän kehittäminen. 2.painos. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Noppiari, E. & Koistinen, P. 2005. Laatu Vanhustyöhön. Helsinki: Tammi.

Pieksämäki. 2009. Hermannin ja Miinan – Ikäihmistien Pieksämäki 2013. Saatavissa: <http://www.pieksamaki.fi/sites/pieksamaki.fi/files/atoms/files/hermannijamii-na211209.pdf> (viitattu 19.7.2014).

Pirhonen, J. i.a. Tutkimusjulkaisu: Selkeällä hoitofilosofialla voidaan lisätä asukkaiden elämänlaatua vanhojen ihmisten pitkäaikaishoidossa. Saatavissa: <http://www.gerec.fi/ajankohtaista/tutkimusjulkaisu-selkealla-hoitofilosofialla-voidaan-lisata-asukkaiden-elamanlaatua-vanhojen-ihmisten-pitkaaikaishoidossa> (viitattu 19.7.2014).

Ponteva, K. 2009. Työntekijän samaistuminen organisaatioon ja vieraantuminen työstä organisaatiomuutoksessa. Saatavissa <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66506/978-951-44-7768-3.pdf?sequence=1> (viitattu 19.7.2014).

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Saatavissa: https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/72064/R%C3%A4s%C3%A4nen_Riitta_DO-RIA.pdf?sequence=4 (viitattu 10.5.2014).

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf (viitattu 19.7.2014).

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Laitoshoido. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/laitoshoido (viitattu 19.7.2014).

Suomen Kuntaliitto. 2012. Palveluasumisen järjestäminen ja kilpailuttaminen. 1. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Tilastokeskus 2012. Ennuste 65 vuotta täyttäneiden määrästä pienenee hieman. Saatavissa: http://www.tilastokeskus.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html (viitattu 19.7.2014).

Voutilainen, P. & Tikkainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.

MUISTIKOORDINAATTORI KOTONA ASUVAN MUISTISAIRAAN TUKENA

Anttonen Arja

TIIVISTELMÄ

Kehittämistehtäväni tavoitteena on perustella muistikoordinaattorin tarvetta. Käytän perustelun apuna kirjallisuutta, verkkosivuja ja tutkimuksia. Koordinaattori voi tukea kotona asuvaa muistisairasta ja hänen omaistaan. Muistisairaudet ovat yleisiä ja vaikka suurin osa sairastuneista on iäkkäitä henkilöitä, myös työikäiset sairastuvat. Muistisairaudet ovat suuri kansanterveydellinen ja inhimillinen haaste, siksi muistisairaanhoidon pitää kehittää hyvän hoidon peruslähtökohdista: muistisairaana ihmisyttä, elämänarvoja, elämäntapaa sekä itsemääräämisoikeutta pitää kunnioittaa. Kainuun vanhuspalveluissa on viime vuosina keskusteltu muistikoordinaattorin vakanssista, kun on tehty toimintasuunnitelmia ja talousarvioita. Kuitenkaan vakanssia ei ole perustettu maakunnan huonoon taloudelliseen tilanteeseen vedoten.

Muistisairaana ja hänen omaisensa hyvä, oikea-aikainen ja ennakoiva neuvonta ja ohjaus sekä kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen yhteyshenkilönä toimiminen ovat muistikoordinaattorin keskeisiä työtehtäviä, kun pyritään muistisairaana kokonaisvaltaiseen hyvinvoinnin edistämiseen ja tukemiseen. On hyvä huomioida, että muistihoitajan ja muistikoordinaattorin tehtävät eroavat toisistaan muistipotilaan hoitoketjussa.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi sisältää kunnille asetetun velvollisuuden järjestää muistikoordinaattorin palvelut viimeistään vuoden 2015 alusta. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020 julkaistiin vuonna 2011. Sen tarkoituksena on herätellä kuntien päättäjiä, johtajia ja palveluita suunnittelevia ottamaan huomioon muistisairaiden tarpeet entistä paremmin. Kansallisen muistiohjelman tavoitteena on rakentaa muistijästyvällinen Suomi, jossa aivoterveysten edistäminen ja muistioireiden varhainen tunnistaminen otetaan vakavasti ja jossa muistisairaavat elävät arvokasta elämää ja saavat asianmukaisen hoidon, huolenpidon ja kuntoutuksen.

Muistisairaana neuvonta ja ohjaus

Kehittämistehtäväni aihe nousi omasta työstäni Kajaanin muistipoliklinikan muistihoitajana ja useista keskusteluista työparini geriatriin kanssa. Muistikoordinaattorin tarve tulee esille päivittäin asiakasohjauksen onnistumisen

ja hoidon jatkosuunnitelman toteutumisen takaajana. Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjaamisen onnistuminen vaativat hoitohenkilökunnalta erityistä ammattitaitoa, johon kuuluvat luottamuksen saavuttaminen, toisen kunnioittaminen ja arvostaminen. Luottamus, kunnioitus ja arvostus puolestaan sisältävät monia asioita, kuten toisen kuuleminen, empatia, välittäminen, läheisyyden ja etäisyyden säätely, kärsivällisyys. Asianmukainen kohtelu haasteellisessakin tilanteessa on olennainen osa kanssakäymistä ja käyttäytymisen muutosten hoitoa.

Ammatillista erityisosaamista vaatii muistisairauden etenemisestä johtuva vastavuoroisuuden ja toisen huomioon ottamisen väheneminen. Kohtaamisen, ohjauksen ja neuvonnan merkitys kasvavat. Työntekijältä vaaditaan enemmän vuorovaikutustaitoja, koska muistisairas ei enää entisellä tavalla kykene ilmaisemaan itseään ja ymmärtämään toisen tarkoitusta. Muistisairaahan ohjauksessa on pyrittävä hahmottamaan ja kuulemaan, mitä hän itse kussakin tilanteessa todella kokee ja haluaa, vaikka puhe ja käyttäytyminen vaikuttaisivat tilanteeseen sopimattomalta ja oudolta. Tällä tavalla toiminnan tavoite saavutetaan ja yhteistoiminta onnistuu.

Muistiliitossa on määritelty neuvonta ja ohjaus niin, että jokainen muistisairas ja hänen omaisensa ovat oikeutettuja laaja-alaiseen ja koko sairauden ajan jatkuvaan neuvontaan ja ohjaukseen. Se tarjoaa tietoa, tukea ja konkreettista apua sekä vastaa yksilöllisiin ja muuttuviin tarpeisiin.

Erkinjuntti ym. (2010, 536) korostaa, että muistipotilaan hoitopolku tarkoittaa sovittua palvelukokonaisuutta siitä, miten muistisairautta tutkitaan ja hoidetaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri tasoilla. Muistioireisen potilaan hoitopolun ja palveluiden kehittämisen tueksi on julkaistu useampia suosituksia. Niissä suositellaan, että muistipotilaan säännöllinen seuranta keskitetään muistikoordinaattorille hoidon sujuvuuden ja jatkuvuuden turvaamiseksi.

Kainuussa muistisairaanhoidopolulla pyritään matalan kynnyksen ja helpon yhteydenoton mahdollistamiseen. Asiakas itse, omainen tai jonkun yksikön hoitaja tai lääkäri voi ottaa yhteyttä muistineuvolan muistihoitajaan asiakkaan suostumuksella. Lähetettä ei tarvita, ja syyksi yhteydenottoon riittävät huoli tai huomiot muistin tai toimintakyvyn muutoksista. Yhteydenoton aikana muistihoitaja keskustele ja kerää etukäteistietoa asiakkaan tilanteesta ja varaa muistineuvola-ajan. Muistineuvolakäynnille pyydetään mukaan myös lähiomainen, ystävä tai hoitaja. Ensikäynnille on varattu aikaa 90 minuuttia. Muistihoitaja haastattelee asiakasta ja omaista, tekee tarpeelliset muisti- ja masennustestaukset, toimintakyvyn arvion sekä kirjaa käynnillä saadut tiedot potilasjärjestelmään. Muistihoitaja arvioi testaustulokset ja tarvittaessa pyytää muistipoliklinikan geriatrialta jatkosuunnitelman, joka ilmoitetaan kirjeellä asiakkaalle ja tarvittaessa myös omaiselle. Testaustulosten perusteella muistihoitaja voi myös suoraan kertoa asiakkaalle, että vielä ei ole tarvetta jatkotut-

kimuksiin, mutta että asiakas pidetään seurannassa muistineuvolassa. Seurantakäynnin aika sovitaan asiakkaan kanssa.

Muistipoliklinikalta saamansa jatkosuunnitelman mukaan toiminut asiakas kutsutaan aina omaisen kanssa geriatriin vastaanotolle. Siellä tehdään diagnostiikka ja hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Muistihoitaja aloittaa ohjauksen ja neuvonnan sekä ottaa yhteyttä tarvittaviin palveluntuottajiin. Seurantakäynti geriatriin tai muistihoitajan vastaanotolle suunnitellaan ensimmäisellä käynnillä.

Muistipotilaan hoito- ja palveluketjun kehittäminen asiakaslähtöiseksi vaatii kuntatasolla osaavaa johtamista, systemaattista suunnittelua, ohjeiden ja sopimusten säännöllistä päivittämistä ja taloudellista panostusta. Muistipotilaan hoitopolun vaikuttavuutta ja laatua tulee myös mitata.

Työssäni olen huomannut, että heti muistisairausdiagnoosin asettamisen jälkeen sairastunut jää ilman riittäviä tukitoimia. Erityisesti näin käy muistisairaille, jotka eivät ole kotihoidon asiakkaita, asuvat taajaman ulkopuolella tai joiden omaiset ovat kaukana tai heitä ei ole. Kotona asumista tukevien palveluiden keskeisin ajatus on, että tunnistetaan asiakkaan riittävä tuen tarve eli pystytään palveluita suunniteltaessa määrittelemään, minkä aikavälin asiakas selviytyy ilman hoitohenkilökunnan läsnäoloa. Sen jälkeen voimme parhaiten tukea kotona asumista ja tuen sisältöä.

Muistikoordinaatiotyön tulevaisuuden linjauksia

Kainuun maakunta-kuntayhtymän vanhuspalveluiden linjaukset

Vanhuspalveluiden perustehtävä on tuottaa, järjestää ja koordinoida asiakasohjauksen keinoin sosiaali- ja kansanterveyslain mukaista palvelua. Maakunnallisesti, seudullisesti ja paikallisesti palvellaan kainuulaisia vanhuksia ja tuetaan heidän omaisiaan, jotka auttavat vanhuksen kotonaan asumista.

Vanhuspalveluiden arvot ovat voimavaralähtöisyys, turvallisuus, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja osallisuus. Visio 2015 on, että kainuulainen vanhus selviytyy itsenäisesti ja turvallisesti omassa kodissaan lähiverkostonsa sekä oikea-aikaisten palvelujen turvin.

Kainuun maakunta-kuntayhtymän vanhuspalveluille on määritelty asiakkaan ja asukkaan palveluiden strateginen päämäärä. Tavoitteena on tuottaa kainuulaisten vanhusten tarpeita vastaavat helposti saatavat palvelut, joilla tuetaan ensisijaisesti vanhusten kotona selviytymistä. Kriittisinä menestystekijöinä ovat palvelujen suunnittelu ja toteutus asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden, tarveharkinnan ja asiakkaan ja omaisen yhteistyön avulla. Palvelujen tarkoitus on tukea vanhusten omia voimavaroja ja lisätä osallistumismahdollisuuksia.

Samoin toteutetaan vapaan valinnan periaatetta olemassa olevien vaihtoehtojen puitteissa ja pyritään optimaaliseen palvelurakenteeseen.

Kainuun maakunta-kuntayhtymän vanhuspalveluissa on mietitty, mitä on tehtävä sitovien tavoitteiden toteuttamiseksi ja kuka ne toteuttaa. Yksilöllinen asiakasneuvonta ja -ohjaus, hyvinvointia edistävän työn ja varhaisen puuttumisen vahvistaminen, palvelurakenteen säännöllinen arviointi sekä tarvittavat muutokset ovat keinoja tavoitteiden toteuttamiseksi.

Vanhuspalveluiden henkilöstöstä mainitaan, että henkilöstön on oltava riittävä, vakituinen, ammatillisesti osaava ja työhönsä sitoutunut. Johtamisessa on katsottu olevan oleellista toimenpiteet, joilla päästään päämääriin ja tuetaan menestystekijöitä. Esimerkiksi ”Palvelujen järjestäminen ja tuotanto” -osiossa toimilla vahvistetaan monipuolista ennakoivaa työtettä ja varhaista puuttumista. (Kainuun maakunta-kuntayhtymän vuosikertomus 2012.) Edellä mainitut vanhuspalvelujen strateginen päämäärä, tavoitteet ja keinot tarvitsevat muistikoordinaattorin työtä.

Arvio muistisairaiden määrästä Kainuussa v. 2020

Muistiliiton tekemän arvion mukaan v. 2020 Kainuussa on yli 65 vuotta täytäneitä 22 755 henkilöä, joista muistisairauden esiintyvyyksien perusteella on arvioitu olevan 3708 eriasteista muistisairautta sairastavaa. Merkittävää on, että keskivaikean vaiheen muistisairaat tarvitsevat vähintäänkin kotihoitoa ja tukipalveluita päivittäin ja vaikean vaiheen muistisairaat useita kertoja päivässä tai ympärivuorokautisesti laitoksessa.

30–64-vuotiaita kainuulaisia arvioidaan v. 2020 olevan 33 065, heistä 86 sairastaa keskivaikeaa muistisairautta. Samoin arvioidaan, että 65 vuotta täytäneitä on 22 755, joista sairastuu 2472. Vuonna 2010 sairastuneita on ollut edellisissä ikäryhmissä 101 ja 1859 eli suhteessa vuoden 2020 arvioon muistisairauksien määrä tulee lisääntymään. Kainuun väkiluvun arvioidaan v. 2020 olevan kokonaisuudessaan 77 756 ihmistä. Muistiliiton tekemä arvio perustuu tilastokeskuksen väestöennusteeseen 2009 (FinnSTAT) ja Raimo Sulkavan (2005) arviointiin keskivaikean ja vaikean dementian esiintyvyydestä.

Muistikoordinaattorin tarkoitus ja tehtävät

Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt -asiantuntijasuosituksen mukaan muistikoordinaattorin tehtävät ovat laaja-alaista sosiaali- ja terveydenhuollon töitä:

diagnoosin jälkeinen säännöllinen tilanteen seuranta ja yhteistyö muistisairaahan henkilön ja hänen omaisensa kanssa,
kokonaisvastuu kotona asumisen tukemisesta sairauden eri vaiheissa,
palveluiden kartoittaminen ja räätälöityjen tukitoimien koordinointi,

ongelmatilanteiden ennakointi, tunnistaminen ja ratkaisujen koordinointi, muistisairauksien hoitotyön koulutus ja konsultaatiot ammattilaisille.

Yksittäisinä tehtävinä muistikoordinaattorin työtä ovat myös lääkehoidon arviointi, muistitutkimukset, omaishoitajien kouluttaminen ja tukeminen. Muistikoordinaattorin työote vaihtelee sairauden eri vaiheissa. Asiakassuhteet voivat olla erilaisia ja ulottua lyhyistä konsultaatioista pitkäkestoiseen intensiiviseen suhteeseen. Alkuvaiheessa keskitytään neuvontaan, ennakointiin ja autetaan sopeutumisessa. Toivon antaminen ja säilyneiden voimavarojen löytäminen korostuvat. Sairauden vaikeammassa vaiheessa yhteistyö asiakkaaseen ja omaiseen on tiiviimpää, tunnepitoista ja kokonaisvaltaisempaa. Konkreettinen avun saaminen ajankohtaistuu, kotona asumisen riskitekijöitä tulee enemmän. Kun hoitopaikan tarpeen arviointi ja sinne muuttamisen ennakointi alkaa, muistikoordinaattorin tehtävä on tukea asiakasta ja omaista sopeutumaan tähän elämänmuutokseen. (Virta, Rautio, Toljamo 2013.)

Muistihoitajan työnkuva painottuu muistineuvolaan eli asiakkuuden alkuun. Neuvolassa tehdään muistitestit ja toimintakykyarviot erilaisten mittareiden avulla; toimitaan geriatrin työparina muistisairauden tunnistamisessa ja hoidon aloittamisessa. Neuvonta ja tiedon jakaminen, ensitietokurssien järjestäminen, konsultaatiot ja dementia-työn koulutus kuuluvat muistihoitajan työnkuvaan. (Käypä hoito -suositus 2010.) Muistipoliklinikan ja muistineuvolan tehtävien päävastuu jakautuu geriatrin tai muistisairauksiin erikoistuneen terveyskeskuslääkärin, muistikoordinaattorin ja muistihoitajan kesken.

Johtopäätökset

Kehittämistehtäväni tavoite on tuottaa Kainuun maakunta-kuntayhtymän vanhuspalveluiden päättäjille tietoa ja perusteluja muistikoordinaattorin tärkeästä, kokonaisvaltaisesta työstä muistisairaana ja hänen läheisensä ohjaajana, auttajana ja tukijana. Koen kehittämistehtäväni aiheen muistikoordinaattorin työnkuvasta muistisairaana ja hänen läheisensä tukena tärkeäksi, kun päivitetään ja cheytetään kainuulaista muistisairaana hoitopolkua. Siinä huomioidaan myös yleinen tiedottaminen muistisairauksista ja sen mukana julkisuuskuvaan muuttaminen nykyistä positiivisemmaksi ja nuoria hoitotyönsaajia kiinnostavaksi.

Monelle muistisairaalle ja hänen läheiselleen on diagnoosin saaminen aiheuttaa kriisin. Tätä kuvaa mielestäni hyvin erään nuoren sanat isänsä saaman diagnoosin jälkeen: ”Toivoin, että se olisi mitä tahansa muuta.” Muistikoordinaattorin tarve on juuri alkuvaiheessa hyvin suuri, koska sairastunut ja myös läheinen voi kokea diagnoosin vuoksi kriisireaktion neljä vaihetta. Shokkivaiheessa pyritään suojautumaan, kieltämään, esiintyy tyyppillisesti pelontunnetta ja ohjauksen vastaanottokyky on rajallista.

Reaktiovaiheessa vähitellen tiedostetaan tosi asia ja tyyppillistä on, että sairastunut kokee voimakkaita vihantunteita, jopa aggressiivinen käyttäytyminen on mahdollista. Samassa taloudessa asuva omainen on usein vihan ja aggressiivisuuden kohde. Muistikoordinaattori voi reaktiovaiheessa olla läheisen tukena ja mukana vastaanottamassa asiakkaan voimakkaita tunteita.

Työstämisvaiheessa asian käsittely kääntyy sisäänpäin, sairastunut ei halua puhua tai käsitellä mitenkään asiaa kenenkään kanssa. Vaiheelle tyyppillistä on surminen: surraan sitä, mitä on mahdollisesti menetetty. Muistikoordinaattori kulkee asiakkaan rinnalla, tarjoaa keskusteluapua ja on tarvittaessa kuuntelija.

Uudelleen orientoitumisen vaiheessa surun kautta avautuu tilaa uusille asioille, ja kokemus tulee osaksi sairastunutta itseään. Asiaa pystytään jo ajattelemaan, mutta se ei täytä mieltä kokonaan, ahdistuksen tunne alkaa hellittää. Muistikoordinaattori alkaa yhdessä sairastuneen ja läheisen kanssa keskustella palvelujen tarpeesta ja tukikuvioista sekä tulevaisuudesta, näin muistikoordinaattori auttaa koko perhettä sopeutumaan ja hyväksymään diagnosoitun muistisairauden. Koordinaattori varmistaa saumattoman yhteistyön palveluiden tuottajien kesken, hän tulee sovitusti asiakkaan kotiin tai käy puhelinkeskustelua aina silloin, kun asiakas tai hänen läheisensä häntä tarvitsee.

Asiakkaalla, joka ei muista mitä sairastaa, mitä on tutkittu ja miten ja missä häntä on hoidettu, on suuri riski päätyä turhiin ja raskaisiin mahdollisesti toistettuihinkin tutkimuksiin. Toisaalta muistisairaus ei suojele muilta sairauksilta, joten muiden oireiden ja sairauksien tarpeelliset tutkimukset on turvattava. Muistisairaus ei saa johtaa turhaan tutkimus- ja hoitonihilisiin. Toimiva hoitopolku ja muistikoordinaattorin työpanos turvaa hoito- ja kuntoutuspalveluiden jatkuvuuden muistin heikkoudesta ja kommunikaation vaikeutumisesta huolimatta. Yhteistyössä sovittu ja toteutettu hoito säästää sekä asiakkaan että hoitavien yksiköiden vaivoja ja kustannuksia hoidon laatua vaarantamatta. Tästä esimerkkinä ovat päällekkäisiltä tutkimuksilta välttyminen ja seurantakäynnit.

Muistikoordinaattorin vakanssin perustaminen on yksi keino saavuttaa Kainuun vanhuspalveluille asetetut tavoitteet ja turvata asiakkaan kotona asuminen mahdollisimman pitkään. Koordinaattori on sekä muistisairaiden että hoitotyön ammattilaisten käytettävissä, jolloin työntekijöiden on mahdollista saada vertaistukea ja asiakkaiden kynnys yhteydenpitoon alentuu. Näin palvelut voidaan räätälöidä keskitetysti muistisairaille ja heidän läheiselleen sopiviksi. Muistikoordinaattorin toiminnan uskon olevan erityisen tärkeä keino vähentää kotihoidon asiakastyötä ja viivyttää asiakkaan asumista omassa kodissaan.

Kokonaisvaltaisen ja saumattomasti toimivan kainuulaisen muistisairaahan hoitopolun toimivuus ja arviointi ovat sekä nykyajan että tulevaisuuden haaste.

Teoriatiedoissa korostetaan yhä enemmän asiakaslähtöistä palveluiden suunnittelua, mutta asiakkailta edellytetään myös halua ja kykyä osallisuuteen. Hoitopolkua tarkasteltaessa tulee erityisesti huomioida rajapinnat, kuten siirtymä erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon, terveydenhuollon yksiköstä sosiaalihuollon palvelujen piiriin tai kotihoidosta pitkäaikaishoitoon. Siirtymisissä on varmistettava mahdollisimman sujuva, laadukas ja tehokas tiedon siirtyminen yksiköstä toiseen.

Julkisten ja yksityisten toimijoiden lisäksi kolmannella sektorilla on tärkeä rooli. Potilasjärjestöt tarjoavat monia sellaisia palveluja, joita julkinen sektori ei pysty tuottamaan. Erityisen tärkeä on muistisairaana ja hänen omaisensa vertaistuki. Muistikoordinaattori on yhteyshenkilö rajapinoilla ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. Muistipoliklinikka on hyvä varhaisen vaiheen muistisairaiden hoitopolun sekä muistikoordinaattori toiminnan kehittämisen työväline. Asiantuntijuus on koottu samaan pisteeseen ja ajantasainen tieto on aina käytettävissä.

Lähivuosien painopisteinä tulevat olemaan muistisairauksien ennaltaehkäisy, kuten tehokkaampi keski-ikäisen valtimotautiriskitekijöiden huomiointi, diagnostiikan hajauttaminen ammattitaitoisiin perusterveydenhuollon muistiköihin sekä muistisairauslääkkeiden varhaisempi aloittaminen. Myös omaishoitajien ohjaus ja neuvonta korostuvat tulevaisuudessa. Taloudellisen tuen lisääminen ja tietotekniikan hyödyntäminen kuuluvat omaisten tukemiseen. Kattavan muistikoordinaattorijärjestelmän luominen on eritelty keinoksi päästä painopistetavoitteisiin.

Merja Mäkisalo-Romppaisen pääkirjoitus Muisti-lehdessä herättää miettimään välittämisen-sanan merkitystä. Hänen mielestään välittäminen tarkoittaa, että pidän ihmistä tai asiaa tärkeänä. Välittäminen on lisäksi huolenpitoa ja aktiivista toimintaa. Välinpitämättömyys taas merkitsee hänen mielestään sitä, että ihminen tai asia on yhdentekevä, merkityksetön.

Suomalaiseen kulttuuriin kuuluu perinteisesti välittäminen ja kaverei ei jätetä -mentaaliteetti.

Tämän ajattelutavan Mäkisalo-Romppainen toivoisi nousevan uudelleen arvoonsa. Voisiko välittäminen olla sitä, että autetaan toinen toistamme huomattessamme avun tarvetta? Välittäminen on hyvän yhteiskunnan tunnuspiirre. Välittäminen ja yhteisöllisyys kytkeytyvät läheisesti toisiinsa. Välittäminen on myös pieniä tekoja muistisairaalle: hymy ja tervehtiminen, kädestä pitäminen ja halaus, mahdollisuus tarjota tilaisuus tunteiden, mielihyvän ja muistojen herättelemiseen. Merja Mäkisalo-Romppaisen ajatuksiin miellen kaiken toiminnan, jonka tarkoitus on tehdä muistisairaana ja hänen omaisensa elämästä ja olemisesta hyvää ja toimivaa.

LÄHTEET

Erkinjuntti T., Rinne J. & Soininen H. (toim.) 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kainuun maakunta-kuntayhtymä. Vuosikertomus 2012. Saatavissa: <http://www.kainuu.fi> [viitattu 27.10.2014].

Käypä hoito -suositus 2010. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Päivitetty 13.8.2010. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50044> [viitattu 27.10.2014].

Muistiliitto. Saatavissa: <http://www.muistiliitto.fi> [viitattu 27.10.2014].

Mäkisalo-Romppainen, M. 2014. Muisti 3/2014. 27. vuosikerta. Tampere: Muistiliitto ry. Sydäntautiliitto. Saatavissa: <http://www.sydantautiliitto.fi> [viitattu 27.10.2014].

Sulkava, R. 2005. Dementia, Suomalainen terveys. Duodecim, Terveyskirjasto.fi. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00035 [viitattu 27.10.2014].

Virta, M., Rautio M. & Toljamo, M. 2013. Muistisairaahan ihmisen hoidon kehittäminen 14/2013. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.

SUUNTANA YHTENÄISEMMÄT JA ERGONOMISEMMAT AVUSTUSTAVAT PAPPILANPUISTON PALVELUTALOSSA

Jantunen-Määttä Marjo

TIIVISTELMÄ

Kehittämistyön tarkoituksena oli lisätä hoitohenkilökunnan työn sujuvuutta ja ohjata heitä parempiin ergonomisiin työtapoihin. Työ antaa edellytyksiä myös lisätä asukkaiden osallistumista ja tukee näin ollen heidän toimintakykyään. Siirtotilanteissa apuvälineiden oikeaoppiseen käyttöön perehdytään entistä paremmin ja työturvallisuutta pystytään lisäämään.

Kehittämistyön toteutus aloitettiin kyselyllä, joka toimi pohjana tiimipalaverien suunnittelussa. Tiimin pienryhmätyöskentely auttoi hoitohenkilökuntaa pohtimaan, käyttääkö omaa työturvallisuutta edistäviä siirron apuvälineitä vai turvautuuko tuttuihin, ehkä kuormittavampiin ratkaisuihin. Ergonomisesti hyvin suunnitellun työn tavoitteena on, että työntekijät voivat itse kehittää työtään, työmenetelmiä, työvälineitä ja työympäristöään omia ominaisuuksiaan vastaaviksi.

Kehittämistyön aikana laadittiin asukkaiden huoneenseinätauluja. Ne ohjaavat hoitohenkilöstöä yhtenäisiin työtapoihin ja tukevat uusien työntekijöiden sekä opiskelijoiden perehdyttämistä. Ne auttavat myös hoitajaa ja asukasta sitoutumaan sovittuihin toimintatapoihin. Tauluun on kuvattu asukkaan toimintakyvyn ylläpito, siirtosuunnitelma ja viriketoiminta. Näiden osa-alueiden kirjaamiskäytäntöjä on kehitetty myös hoito- ja palvelusuunnitelmien osalta.

Asukkaiden apuvälineiden riittävyyttä ja tarvetta kartoittaessa käytettiin apuna Care Thermometer -arviointimenetelmää. Sen avulla saatiin kattavasti tietoa Pappilanpuiston apuvälinetilanteesta ja pystyimme suunnittelemaan apuvälinehankintoja Mikkeliin sijaitsevaan Pappilanpuiston palvelutalossa.

Pappilanpuistossa ergonomista avustamista pyritään kehittämään niin, että se on osana työterveys- ja turvallisuuspolitiikkaa. Toiminta perustuu asukkaiden toimintakykyyn ja hoitajien työturvallisuusriskien arviointiin. Toimintaympäristöjä on pyritty järjestämään esteettömiksi ja apuvälineitä hyödynnetään tarvittaessa. Hoitohenkilöstön on mahdollisuus kouluttautua ja hankkia lisäosaamista ergonomisiin avustustapoihin. Kehitystyö jatkuu edelleen näiden tavoitteiden osalta, ja hyväksi koettuja toimintamalleja viedään myös toiseen palvelutaloomme Mäntypuistoon Mäntyharjulla.

Johdanto

Mikkelin Sateenkaari on voittoa tavoittelematon yhdistys, joka omistaa ja vuokraa asuntoja omakustannusvuokrilla vanhuksille sekä muistihäiriöitä sairastaville. Yhdistys tarjoaa ympärivuorokautista palvelua osana kunnallista vanhustenhuoltoa Pappilanpuiston ja Mäntypuiston palvelutaloissa. Palveluihin kuuluvat asumis-, hoiva- ja tukipalvelut. Olemme niin sanottu kolmannen sektorin toimija, ja toimintaa palveluntuottajina ohjaa uusi vanhuspalvelulaki. (Vanhuspalvelulaki.)

Mikkelin Sateenkaari ry:llä on ostopalvelu- ja puitesopimukset Mikkelin kaupungin ja Mäntyharjun kunnan kanssa. Kunnat ostavat erillisen asukaskohtaisen päätöksen mukaan asukkaalleen palveluja ja laskuttavat asukkaalta asiakasmaksulain mukaisen palvelumaksun. Olemme myös palvelusetelituottaja, eli asukkaaksemme voi hakeutua palvelusetelillä, jota haetaan Mikkelin kaupungin SAS-työryhmälle osoitetulla hakemuksella. Palvelusetelit antavat toivottua vapautta, koska vanhusasiakas saa itse valita palveluntuottajansa. (Mikkelin Sateenkaari ry:n Pappilanpuiston perehdytysaineisto 2014.)

Valvira, aluehallintovirasto ja kunnat ovat ohjeistaneet yksityisiä palveluntuottajia omavalvontasuunnitelmien laatimisessa ja vastaavat viranomaistoimijat myös toteuttavat valvontaa ja tekevät tarkastuksia palveluyksiköihin. Omavalvontasuunnitelmassa näkyy palvelutuottajan tiedot, toiminta-ajatus, arvot ja periaatteet, omavalvonnan organisointi, johtaminen ja vastuunhenkilöt, asiakkaan/omaisten osallistuminen ja asiakaspalaute, riskien hallintamenetelmät ja korjaavat toimenpiteet, henkilöstö, tila- ja laitekuvaukset, asiakasturvallisuuteen liittyvät asiat, asiakkaan aseman ja oikeuksien huomioiminen, toiminnan laadun varmistaminen, terveyden- ja sairaanhoidon järjestäminen, asiakastietojen käsittely, alihankkijoiden valvonta ja omavalvonnan toteuttaminen ja seuranta. (Mikkelin Sateenkaari ry:n Pappilanpuiston omavalvontasuunnitelma 2014.)

Pappilanpuistossa hoitohenkilöstöön kuuluvat palvelutalojohtaja, kaksi sairaanhoitajaa ja hoitajaresurssi, joka perustuu asukasmäärään. Fysioterapeutti työskentelee palvelutalossa kolmena päivänä viikossa. Lisäksi henkilöstöön kuuluu kaksi keittiötyöntekijää, laitoshuoltaja ja hallintohenkilöstö. Pappilanpuiston asukaskapasiteetti on 36. Tällä hetkellä talossa on 31 asukasta, ja määrä vaihtelee tarjonnan mukaan. Hoitajamitoitus on yli 0,5, eli vanhusten ympärivuorokautisen hoidon yksiköiden suositusten mukainen. Hoitajamäärän mitoitukseen meitä ohjeistavat aluehallintoviraston luvat, laatusuositus ja Sosiaali- ja terveysministeriö. (Mikkelin Sateenkaari ry:n Pappilanpuiston perehdytysaineisto 2014.)

Kehittämistehtävän ”Suuntana yhtenäisemmät ja ergonomisemmat avustustavat Pappilanpuiston palvelutalossa” tarve syntyi jo pitkään työyhteisössä-

me keskusteluttaneesta aiheesta, kuinka voisimme lisätä työn sujuvuutta, yhdenmukaistaa ja aikatauluttaa työtämme paremmin. Hoitajamäärää ei ollut mahdollisuus lisätä, joten huomiomme tuli kiinnittää siihen, miten voimme muuttaa työtapojamme entistä toimivimmiksi. Hoitohenkilöstön erilaiset työtavat avustustilanteissa vaikeuttivat kokonaisuuden hallintaa. Yhtä samaa asukasta saatettiin avustaa siirroissa usealla eri tavalla. Esimerkiksi saman asukkaan avustustilanteessa saattoi olla käytössä potilasnostin, pyörähdyslevy ja talutusvyö sekä siirtotapa, jossa ei käytetty mitään apuvälinettä. Asukkaiden arjen selkeytymiseksi oli löydettävä yhtenäiset työtavat. Ratkaisuna oli, että työtapoja tuli yhdenmukaistaa ja järjestyttää, lisäksi kaikkien tuli sitoutuvat toimimaan yhteisten päätösten mukaisesti.

Henkilöstön sitoutuminen sovittuihin toimenpiteisiin ja tavoitteisiin riippuu siitä, missä määrin he ovat päässeet osallistumaan näiden suunnitelmien tekoon. Vain yhteisen keskustelun kautta työlle asetetut realistiset tavoitteet johtavat aktiiviseen ponnisteluun näiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Pelisääntöjen noudattaminen edellyttää lisäksi, että henkilökunnalla on riittävä ymmärrys ja edellytykset sääntöjen mukaiseen toimintaan, joten henkilökunnan säännöllisestä koulutuksesta on huolehdittava. Suunnitelluille toimenpiteille on nimettävä vastuuhenkilöt, esimerkiksi ergonomiavastaava. Ratkaisevaa onnistumiselle on sovittujen toimenpiteiden toteutumisen seuranta ja valvonta. (Tamminen-Peter ym. 2013, 24.)

Lähtökohtia kehittämistyölle

Yhdistyksemme toimitusjohtajan Aija Himasen kanssa keskustelimme kehitystyöni sisällöstä. Hän mielestään työni tukee hyvin tämän hetkisiä tarpeitamme työyhteisössämme. Kehitystyön avulla voimme lisätä asukkaiden osallistumista ja tukea paremmin heidän toimintakykyä. Asukkaiden siirroista saadaan entistä ergonomisempia, jotka ovat miellyttävimpiä asukkaille ja hoitajia vähemmän kuormittavia sekä turvallisia. Työ muuttuu suunnitelmallisemmaksi, mikä auttaa hyödyntämään paremmin hoitajaresurssit. Sijaisten ja opiskelijoiden perehdytys ja ohjaaminen saadaan myös yhtenäisemmäksi. Työtavat tukevat myös parempiin kirjaamiskäytäntöihin, hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa tai päivitettäessä. Apuvälineiden oikeaoppiseen käyttöön perehdytään entistä paremmin siirtotilanteissa. Yhtenäiset työtavat selkeyttävät myös asukkaiden arkea, varsinkin muistisairaiden kohdalla. Kaikki tämä lisää myös työ- ja potilasturvallisuutta työyhteisössämme.

Sosiaali- ja terveysalan työ on fyysisesti ja psyykkisesti kuormittavaa. Potilas-siirrot kuormittavat hoitajia fyysisesti eniten. Käsin tehtävillä nostoilla ja siirroilla on todettu olevan vahva yhteys työperäisten selkävaivojen esiintymiseen. Hoitoalan työntekijöiden keskuudessa tuki- ja liikuntaelinvaivat ovat kaikista yleisimpiä, ja ne aiheuttavat myös eniten sairauspoissaoloja. Yleisimpiä vaivoja hoitotyöntekijöillä ovat niska- ja hartiasseudun sekä alaselän vaivat. On tutkit-

tu, että perus- ja lähihoitajilla on vuoden aikana keskimäärin 28 päivää ja sairaanhoitajilla 20 päivää sairauslomaa. Näistä sairauslomapäivistä 37 % johtuu tuki- ja liikuntaelinvaivoista. (Tamminen-Peter ym. 2011, 7.)

Tamminen-Peter ja Fagerström (2012, 42 - 43) ovat kirjoittaneet hoitotyöntekijöiden tuki- ja liikuntaelinten ongelmien yleisyydestä. Suomalaisista hoitajista 34 % kärsi erittäin paljon niska- ja hartiavaivoista sekä 21 % erilaisista alaselän ongelmista. On tutkittu, että monissa avustustilanteissa hoitajien selän välilevyihin kohdistuu suuria puristusvoimia, jotka voivat johtaa loukkaantumiseen. Tyypillisimpiä tilanteita, joissa puristusvoimat kasvavat liian suuriksi, ovat avustaminen vuodesiirtymisissä sekä istuvan potilaan avustaminen sängystä pyörätuoliin. Ergonomisen työskentelyn avulla työn kuormitustekijöitä on mahdollista vähentää.

Kysely tehtiin hoitohenkilökunnalle maaliskuussa 2014. Kyselyn tavoitteena oli löytää kehitystarpeessa olevat avustustilanteet. Kyselyanalyysin pohjalta pidettiin tiimipalaverit maaliskuussa ja toukokuussa. Tiimipalaverihin osallistuivat työvuorossa olevat hoitajat ja palvelutalojohtaja Tarja Miettinen. Toukokuun tiimipalaverin pidin yhdessä työsuojeluvalltuutetun Päivi Matilaisen kanssa. Lisäksi tiimipalaverissa keskityimme myös työhyvinvointiin. Palaverissa keskusteltiin työimusta, hoitajan fyysisen kunnon ylläpidosta, liikuntasuosituksista ja työntekijän velvollisuudesta kehittää työtään, työmenetelmiä ja työvälineitä. Huhtikuussa Pappilanpuistossa pidettiin myös iso tiimipalaveri, johon osallistui toimitusjohtajan johdolla koko henkilökunta ja työterveyshuollon edustajat. Yhtenä käsiteltävänä aiheena oli tämän kehitystehtävän sisältö.

Jokainen työntekijä huolehtii omista työasunnoistaan ja työnsä tauottamisesta oman kuntonsa mukaisesti. Oman kehon signaaleille herkistyminen antaa lisätietoa omasta fyysisestä kuormittuneisuudesta. Kipu on hälytysmerkki, mutta samalla kehon suojausmekanismi haitallisen kuormituksen ehkäisemiseksi. Ajoittain on hyvä tarkastella omia avustustapoja ja pohtia, käyttäkö jokainen asianmukaisia omaa työturvallisuutta edistäviä potilassiirron apuvälineitä vai turvaudunko tuttuihin, ehkä kuormittavampiin ratkaisuihin. Potilassiirtoergonomian koulutuksiin osallistumalla omat avustustavat päivittyvät ja potilassiirtotaidot kehittyvät. (Tamminen-Peter ym. 2011,45.) Työturvallisuuslaki (738/2002) edellyttää, että työnantaja huolehtii työntekijöidensä terveydestä ja turvallisuudesta työssä. Potilassiirtojen osalta lain velvoitetta täsmentää valtioneuvoston päätös käsin tehtävistä nostoista ja siirroista työssä (1509/1993). Muuten työsuojelulainsäädännössä ei ole tarkkoja rajoja suurimmista sallituista nostojen kilorajoista. (Karhula ym. 2007, 5.)

Avustustilanteisiin perehtyminen

Kyselyn perusteella hoitajien mielestä avustustilanteissa oli kehitettävää 12 asukkaan kohdalla, mikä mielestäni kertoo sen, että tämä kehitystehtävä on

erittäin tarpeellinen. Haastavina tilanteina nähtiin asukkaan aggressiivisuus ja käytöshäiriöt, painavan sekä jäykän asukkaan siirtäminen, asukkaan vähäinen osallistuminen, nostimella hyvään istuma-asentoon siirtäminen, hoitajaan tarautumiset sekä tilanteet, joissa asukkaan toimintakykyä on vaikea ennakoida. Kyselyn perusteella todettiin, että lähes kaikki kyselyyn vastanneet kokivat muistisairaana asukkaan avustustilanteet kuormittavina. Puolet vastanneista näki haastavana apuvälineiden käyttöön liittyvät ongelmat ja apuvälineen puuttumisen. Osa mielestä haastavana oli työparin puuttuminen, mutta kiirettä ei kyselyn mukaan nähty merkittävänä haasteena työlle, vaikka työ on aika ajoin hektistä. Omaan terveydentilaan vaikuttava tekijä teki työn haasteelliseksi jopa puolella vastanneista. Muu syy -kohdassa osa vastaajista halusi lisäksi nostaa esiin haastavana asiana yhteisten käytäntöjen puuttumisen.

Osa haastavista avustustilanteista pystyttiin ratkaisemaan yhdessä keskustellen siitä, mitä asukas pystyy tekemään itse, missä tarvitsee apua, mitkä toimintatavat ovat hyviä, minkälaisia avustustapoja on ollut käytössä, tarvitaanko lisää apuvälineitä ja onko avustustilanteessa tarpeen yksi vai kaksi hoitajaa. Haastavimmat avustustilanteet, joissa useampi hoitaja näki kehitettävää, käytettiin apuna pienryhmätyöskentelyä, jossa ryhmäläisten tuli perustella asukkaan optimaalisin siirtotapa, asukkaan toimintakyvyn tukemisen, hoitajan ergonomian ja turvallisten työmenetelmien kannalta. Käytimme ja aiomme käyttää tarvittaessa apuna videokuvasta sekä lisäämme havainnollistavien kuvien käyttöä asukkaiden siirtotilanteista, jotta yhtenäiset toimintamallit siirtyvät kaikkien hoitajien käyttöön. Hyödynsimme yhden hoitajan kuntoutusjaksolta saamia ohjeita sekä potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutuksesta saatua materiaalia.

Päätimme kehittää myös asukkaille huoneenseinätaulut, joissa näkyy toimintakyvyn ylläpito, siirtosuunnitelma ja viriketoiminta. Huoneenseinätaulut tehdään yhteistyössä asukkaan/asukkaan omaisten, omahoitajan ja fysioterapeutin kanssa. Asukkaan ja henkilökunnan tulee sitoutua näihin yhteisesti sovittuihin toimintamalleihin, jotka ovat mietitty niin, että niiden toteutus on mahdollista toteuttaa käytettävissä olevilla resursseilla.

Asukkaan osallistuminen

Alle puolet hoitajista oli sitä mieltä, että he pystyvät toteuttamaan kuntouttavaa työtettä hyvin. Yli puolet hoitajista pystyi omasta mielestään toteuttamaan kuntouttavaa työtettä kohtalaisesti tai välttävästi. Kuntoutumista edistävän työtavan tavoitteena on parantaa asukkaan elämänhallintaa ja tukea asukkaan omia voimavaroja selviytyä arjessa. Parhaimmillaan työtapa perustuu asukkaan ja työntekijän yhteiseen työskentelyyn, jossa pyritään rohkaistamaan asukasta päättämään asioistaan. Työssä käytetään erilaisia selviytymistä ja elämänhallintaa edistäviä tai asukkaan omatoimisuutta tukevia työtapoja. (Laatusuositus 2013, 63.) Kuntouttavassa hoitotyössä keskeistä on hyödyntää asukkaan omia voimavaroja ja liikuntakykyä. Tällöin hoitajan täytyy tunnis-

taa asukkaan voimavarat ja liikuntakyvyn rajoitukset. Lisäksi hänen tulee osata aktivoiva vuorovaikutus asukkaan ohjauksessa. (Tamminen-Peter 2005.)

Asukkaan muuttaessa Pappilanpuistoon on tärkeää ohjata ja kertoa yhteisistä toimintatavoista. Asukas ja hänen omaisensa saavat kirjallisen asukasohjeen, jolla pyritään mahdollistamaan turvallinen toimintaympäristö asukkaalle. Palvelutaloon muuttaessa pidämme yhteistyöpalaverin, johon pyritään saamaan mukaan asukas, läheinen, palvelutalojohtaja, omahoitaja ja tarvittaessa fysioterapeutti. Yhteistyöpalaveri kokoontuu ensimmäisen tai toisen kuukauden aikana. Palvelutarpeen määrittelyssä on tarvittaessa mukana kunnan edustaja. Palvelun sisältö määrytyy asukkaan hoiva- ja hoitotarpeen mukaan.

Hoito- ja palvelusuunnitelma on asumisen aikana syntyvä jatkuvasti seurattava palvelukuvaus asukkaasta. Turvallisen ja terveellisen avustamisen periaatteiden toteuttamiseksi on tärkeä kirjata jokaisen asukkaan kohdalla terveydentila, hoidon tavoitteet, asukkaan toimintakyky, mahdolliset toimintakyvyn vaihtelut eri vuorokauden aikoina, lääkkeiden vaikutus toimintakykyyn ja avustustarpeeseen tai hoitotapahtuman ajoitukseen, avustustapa ja käytettävät apuvälineet sekä hyviksi ja toimiviksi todetut käytännöt (Tamminen-Peter ym. 2011, 24). Näitä asioita arvioidaan palvelujakson ensimmäisten viikkojen aikana ja jatkossa vähintään puolen vuoden välein.

Iäkkään henkilön on saatava osallistua omien palvelujensa suunnitteluun ja niiden toteutusta koskevien valintojen tekoon; hänen mielipiteensä on kuuluttava ja mielipide kirjattava palvelusuunnitelmaan. Iäkkäällä henkilöllä on oltava mahdollisuus arvioida palvelujen toimivuutta ja laatua. Iäkkään henkilön osallisuutta on tuettava erityisesti silloin, kun hänen toimintakykynsä on heikentynyt (laatusuositus 2013, 20.)

Asukkaan muuttaessa Pappilanpuistoon hoitajat pyrkivät tekemään toimintakyvyn arviointia, aikaisemmat hoitokertomukset voivat olla tukena. Liikkumista havainnoimalla saadaan tietoa asukkaan tasapainosta, raajojen lihasvoimasta ja -jänteveydestä sekä nivelten liikkuvuudesta. Lisäksi arvioidaan myös asukkaan kiputuntemuksia sekä yhteistyökykyä.

Siirtojen onnistumiseksi on hyvä selvittää asukkaan luontainen tapa siirtyä. Hoitaja voi havainnoida ja haastatella asukasta. Asukaskohtaiset apuvälineet hankitaan joko Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin alueellisesta apuvälineyksiköstä henkilökohtaisena lainana tai ostetaan palvelutalolle asukkaiden käyttöön. Asukas voi myös itse ostaa käyttöönsä tarvittavat apuvälineet. Siirroissa toimitaan johdonmukaisesti, hyvää avustustapaa käyttäen ja otetaan huomioon asukkaan toimintakyvyn vaihtelut. Siirtosuunnitelma tehdään tarvittaessa yhteistyössä asukkaan, omahoitajan ja fysioterapeutin kanssa.

Apuvälineiden riittävyyden ja käytön arviointi

Care Thermometer -arviointimenetelmällä kartoitimme asukkaiden apuvälineiden riittävyyttä ja tarvetta. Care Thermometer -arviointimenetelmään liittyvän toimintakykyluokituksen tarkoituksena on ohjata apuvälineiden valintaa vanhustenhuollossa. Avustettavat luokitellaan viiteen toimintakykyluokkaan. Toimintakykyluokitukset on tehty muun muassa vanhusten huoltoon, kotihoitoon, akuuttisairauksien hoitoon ja erikoissairaanhoidon. (Tamminen-Peter ym. 2013, 66–67.)

Kyselyn perusteella osa hoitajista oli sitä mieltä, että he tarvitsevat lisää apuvälineitä. Tarvittiin esimerkiksi lisää nostimia ja liukumateriaaleja vuodesiirtoihin. Arvioimme apuvälineitä säädettävien sänkyjen, liina- ja seisomanojanostimien, ReTurn-siirtovälineiden, suihkutuolien, suihkutusvaunujen ja siirron pienapuvälineiden osalta. Tämä antoi meille kokonaiskuvaa tämänhetkisestä apuvälinetilanteesta; kuinka kattavasti meillä on apuvälineitä asukkaiden tarpeisiin nähden. Tarkastelujen kohteena olivat erilaiset avustustilanteet, kuten siirtyminen vuoteesta ylöspäin, vuoteesta sivusuunnassa siirtyminen, siirrot yleisesti, hygieniahoido istuma-asennossa ja suihkuttaminen makuuasennossa. Sähkösäätöisten sänkyjen määrän arvioimme riittäväksi. Jokainen asukas, joka säädettävää sänkyä tarvitsi, oli sen saanut käyttöönsä. Säädettäviä sänkyjä on hankittu myös tukemaan hoitajien ergonomista työskentelyä tietyissä hoitotilanteissa, kuten tukisukkia puettaessa. Liinanostimia oli myös riittävästi asukkaiden tarpeeseen nähden, vaikka kahden asukkaan kohdalla siirryttiin aikaisemmasta siirtotavasta käyttämään liinanostinta. Liinanostinten käyttöä suunniteltiin tarkemmin, jotta kunkin asukkaan kannalla saatiin toimiva ratkaisu siitä, mitä nostinta ja nostoliinaa tulee käyttää. Näin apuvälineiden etsimiseen ei kulu liikaa aikaa. Seisomanojanostin budjetoidaan seuraavalle vuodelle, koska sen tarve tulee siirtotilanteissa lisääntymään. Tällä hetkellä yhtä seisomanojanostinta käyttää kolme asukasta, mikä on toiminut vielä hyvin, koska näiden asukkaiden huoneistot ovat fyysisesti lähekkäin. Seisomanojanostinta käyttävillä asukkailla on oikean kokoinen ja heidän tarpeitaan vastaava siirtoliina.

ReTurn-siirtolaitteita on kattavasti käytössä palvelutalossamme ja se on monipuolinen laite siirtymistilanteiden avustamiseen. Sitä käytetään kääntölevyn tavoin esim. pyörätuolista sängylle siirryttäessä sekä kuljettaessa asukasta sängystä kylpyhuoneeseen. ReTurn sopii hyvin harjoitteluun ja kuntoutukseenkin. Sen avulla voi testata kykyä nousta istuma-asennosta seisomaan. Laitteen avulla pystytään hyödyntämään asukkaan jäljellä olevaa lihasvoimaa ja vahvistetaan sitä. Sen sijaan säädettävä suihkutuoli tulee hankittavaksi nopealla aikataululla, sillä tällä hetkellä käytössä on vain perusmallisia suihkutuoleja, joiden kanssa hoitajan on vaikea työskennellä ergonomisesti, eli hyvässä ja tasapainoisessa asennossa. Kahdesta eri apuvälineistä myyvistä yrityksistä on tulossa meille kokeilukäyttöön säädettävä suihkutuoli. Yksi suihkutusvaunu

riittää kattamaan meidän vuodehoitoisten asukkaiden tarpeen pesutilanteissa. Vuodesiirtoja helpottamaan on hankittu liukupatjoja siirtoja keventämään sekä liukuestemateriaalia asukkaan jalkojen alle esim. sängyssä ylöspäin siirrettäessä.

Työntekijän ammattitaitoon kuuluu, että hän arvioi jatkuvasti potilaan toimintakykyä ja valitsee avustustapansa sen mukaisesti. Työn lomassa on helppo seurata apuvälineiden kuntoa ja toimia, mikäli tarve vaatii. (Tamminen-Peter ym. 2011, 46.)

Potilassiirron apuvälineiden ja laitteiden käytöstä sovitaan työpaikalla yhteisesti, jotta kaikki sitoutuvat ja noudattavat turvallisia työskentelytapoja. Apuvälineiden ja laitteiden hankinnasta tehdään suunnitelma, jotta hankintakäytäntö on kaikille selkeä ja jokaisella työntekijällä on mahdollisuus osallistua työkuormitusta keventävien apuvälineiden hankkimiseen. (Tamminen-Peter ym. 2011, 37).

Pohdintaa ja kehitystehtävän jatkosuunnitelmat

Pappilanpuistossa ergonomista avustamista pyritään kehittämään niin, että se on osana työterveys- ja turvallisuuspolitiikkaa. Toiminta perustuu asukkaiden toimintakykyyn ja hoitajien työturvallisuusriskien arviointiin. Toimintaympäristöjä on pyritty järjestämään esteettömiksi ja apuvälineitä hyödynnetään tarvittaessa. Hoitohenkilöstön on mahdollisuus kouluttautua ja hankkia lisäosaamista ergonomisiin avustustapoihin. Apuvälineiden riittävyttä myös arvioidaan. Kehitystyö tuki näiden asioiden huomioimista ja pyrkii mahdollistamaan niiden kehittämistä työyhteisössä edelleen.

Lähtötilaisuudessa on tarkoitus vielä arvioida työn kuormittavuutta tarkemmin, käytämme apuna (Karhula ym. 2007) potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmää. Se antaa perusteita ja sisältöä työn ja olosuhteiden kehittämiseen sekä henkilöstökoulutukseen. Ajatuksena on noussut esille myös ajatus käyttää enemmän videokuvamateriaalia työyhteisössä, jotta jokainen siirtotapa saataisiin tallennettua. Näille tiedostoille luotaisiin oma kansio, joka löytyisi salasanan takaa niin, että asukkaan tietoturvasuoja toteutuu.

Kyselyn perusteella hoitohenkilöstöllä oli kiinnostusta saada lisäkoulutusta asukkaan ohjaamiseen ja ergonomisiin siirtotapoihin. Puolet kyselyyn vastanneista oli jo saanut aiheeseen liittyvää koulutusta, ja koko työyhteisössämme kuudella on potilassiirtojen ergonomiakorttikoulutus käytynä. Tiimipalaverissa toivottiin siirtokoulutusta toteutettavan jatkossa omassa työyhteisössä, jolloin käytössä on tutut apuvälineet, ja hoitajat pystyvät siirtoharjoituksissa sujuvasti vaihtelemaan asukkaan ja hoitajan rooleja. Jokaisen hoitajan on hyvä saada omakohtainen kokemus siitä, miltä tuntuu olla autettavana. Potilassiir-

tojen ergonomiakorttikoulutuksen kouluttajan koulutus voi tulevaisuudessa tukea parhaiten siirtotaitojen päivitystä ja osaamista.

Moniammatillinen osaaminen syntyy tai kehittyy, kun työyhteisö sitoutuu yhteiseen kumppanuuteen ja vuorovaikutukseen, joiden avulla syntyvät erilaiset oppimisprosessit. Kehittyessään työryhmä saavuttaa entistä vaativampia tavoitteita, jolloin asukkaat hyötyvät työryhmän tiimityön kehittämisestä (Pikkarainen 2013,94.) Pappilanpuistossa tiimityön toiminta on parantunut ja hoitajat ovat mahdollisuuksien mukaan osallistuneet ja uudistaneet työkäytäntöjään. Ilmapiiri voisi olla joltain osin nykyistä avoimempaa, jotta työyhteisössä tuotaisiin entistä rohkeammin esille omia näkemyksiä ja kehittämideoita. Asioiden uudella tavalla ajattelulle tulee antaa tilaa. Yhdessä sovittuihin toimintatapoihin on tarpeen paneutua ja uudistaa niitä uudistaa. Niihin sitoutumista tulee myös peräänkuuluttaa. Haastetta kehittämistyön onnistumiselle on tuonut vaikeus tavoittaa ja saada kaikki hoitajat mukaan, sillä tiimipalaverissa on ollut läsnä vain työvuorossa olevat hoitajat. Kehittämistehävät haasteet olivat siis osittain inhimillisiä. Fysioterapeuttina näkökulmani oli avustustilanteiden kehittäminen siten, että asiakkaan omaa osallistumista ja toimintakyvyn ylläpitämistä tuetaan mahdollisimman paljon unohtamatta apuvälineiden oikeaa ja tarkoituksen mukaista käyttöä. Palvelutalomme hoitajien näkökulmasta avustustilanteissa korostuivat työn turvallinen toteuttaminen ja työn sujuvuus.

Työtapojen muuttaminen on vaikeaa. Muutoksen tukemisessa on osoittanut hyväksi käytännöksi, jos yksikköön valitaan ergonomia vastaavia. Heidät koulutetaan tehtävään, joten heidän taitotietonsa on syvempää ja laajempaa kuin muiden työntekijöiden. (Tamminen-Peter ym. 2011, 28.) Pappilanpuistossa on ergonomia vastuuhenkilöt, mutta jatkossa on hyvä tarkentaa, mitä kaikkea ergonomiavastaavan rooliin kuuluu, ja tehdä niistä asioita kirjallinen kuvaus. Kehittämistyö Pappilanpuistossa jatkuu ja samoja toimintamalleja tuodaan myös toiseen tehostettuun palvelutaloomme Mäntypuistoon. Olemme ottaneet hyvän suunnan kohti ergonomisempia avustustapoja. Omia työtapoja on tarkasteltu kriittisemmin ja yhteisiä käytäntöjä on kehitetty.

LÄHTEET

Karhula, K., Rönholm, T. & Sjögren, T. 2007. Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä. Työsuojelujulkaisu 83. Tampere: työsuojeluhallinto.

Käsin tehtävät nostot ja siirrot työssä. Työsuojeluoppaita ja -ohjeita 23. Kirjapaino Hermes, Tampere 2006. Työsuojeluhallinto.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2013:11. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kuntaliitto.

Mikkelin Sateenkaari ry:n Pappilapuiston omavalvontasuunnitelma 2014.

Mikkelin Sateenkaari ry:n kotisivut. Internet, 2014. Saatavissa: <http://www.mikkelinsateenkaari.fi/pappilanpuisto>

Pikkarainen, A. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen käsikirja osa 1. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 159.

Tamminen- Peter, L. & Wickström, G. 2013. Potilassiirrot – Taitava avustaja aktivoi ja auttaa. Työterveyslaitos Helsinki: Otavan kirjapaino

Tamminen- Peter, L. & Fagerström, V. 2012. Potilassiirtojen ergonomiakortti turvallisen liikkumisen avuksi. Fysioterapia 7, 42 - 44.

Tamminen- Peter, L. Moilanen, A. & Fagerström V. 2011. Fyysisten riskien hallintamalli hoitoalalla. Tampere: Työterveyslaitos.

Tamminen- Peter, L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu. Turku: Turun Yliopisto. Työturvallisuuslaki 2002/738.

Vanhuspalvelulaki 2013/980. Luettavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

AMMATILLISEN TÄYDENNYSKOULUTUKSEN ARVIOINTILOMAKKEEN KÄYTTÖÖNOTTO ITÄ-SAVON SAIRAANHOITOPIIIRIN ITÄISESSÄ KOTIHOIDOSSA

Laakkonen Niina

TIIVISTELMÄ

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toiminta-alueella iäkkäiden määrä lisääntyy yli kymmenen prosenttia (11,6 %) vuoteen 2020 mennessä. Samalla huoltosuhde kasvaa, ollen korkein lähialueisiin verrattuna. Sairaanhoitopiirin palvelulupauksessa luvataan huolehtia henkilöstön osaamisen kehittämistä. Lisäksi portaattoman hoitomallin mukaisesti kotihoito lisääntyy laitoshoidon vähentyessä. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, 10–11, 21–22.) Kotihoidon henkilöstön ammatillinen täydennyskoulutuksen tarve lisääntyy jatkossa, koska asiakkaiden tarpeet moninaistuvat. Ammatillisen täydennyskoulutuksen arviointi on tärkeää arvioitaessa koulutussuunnitelman tavoitteisiin pääsyä. Kehittämistehtävän tarkoituksena oli ottaa käyttöön täydennyskoulutuksen arviointilomake Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kotihoidon yhdessä yksikössä. Lomakkeen käyttöönotto oli nelivaiheinen prosessi, joista kolme ensimmäistä toteutettiin kehittämistehtävän aikana. Ensimmäisessä vaiheessa tutustuin Minna Laurion (2009) kehittämään täydennyskoulutuksen arviointilomakkeeseen ja aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen sekä organisaation strategiaan ja koulutussuunnitelmaan. Toisessa vaiheessa kotihoidon työntekijä arvioi lomakkeesta sekä käytettävyyttä että ulkoasua. Tämän pohjalta lomakkeeseen tehtiin muutoksia ja arvioitiin lomaketta uudelleen sen kehittäjän kanssa. Kolmannessa vaiheessa yhdessä kotihoidon yksikössä lomake otettiin käyttöön. Työkokouksessa sovittiin mistä lomakkeet löytyvät sähköisenä. Samalla sovimme, että esimies kokoaa ammatilliset täydennyskoulutukset lomakkeelle samaan sähköiseen kansioon, josta lomakkeet löytyvät. Neljännessä vaiheessa lomakkeen käyttöä laajennetaan kaikkiin kotihoidon yksiköihin. Lomaketta voidaan edelleen kehittää kotihoidon tarpeiden mukaan ja täydennyskoulutustarjonnan lisääntyessä. Lomake tehosti koulutuksien arviointia ja lisäsi myös koulutuspalautteiden käyttöä osana pala-verikäytäntöitä.

Johdanto

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän strategisena tavoitteena on vanhuspalvelulain mukaisesti kotihoidon lisääminen laitospaikkojen vähentyessä. Lisäksi yli 65-vuotiaiden määrän arvioidaan lisääntyvän 11,6 prosenttia vuo-

teen 2020 mennessä. Kotihoidon lisääminen edellyttää sitä, että kotihoidon henkilöstön osaamisen johtamiseen ja kehittämiseen tulee panostaa nyt ja tulevaisuudessa. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, 6, 10.)

Vanhuspalvelulain 1. §:n mukaan iäkkäille tulee taata laadukkaat palvelut. Lain 10. §:ssä veloitetaan kuntaa tarjoamaan iäkkäille monipuolista asiantuntemusta muun muassa gerontologisesta hoidosta, ravitsemuksesta, lääkähoidosta ja monialaisesta kuntoutuksesta. 14. § linjaa kotiin tuotettavat palvelut ensisijaiseksi palveluiksi. Kehittämistehtäväni tavoitteena on ammatillisen täydennyskoulutuksen arvioinnin kehittäminen Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän sosiaalipalveluiden tulosalueen yhdessä kotihoidon yksikössä. Ammatillisen täydennyskoulutuksen arviointiin on tarkoituksena ottaa käyttöön lomake, jonka Minna Laurio (2009) on kehittänyt aiemmin osana sosiaali- ja terveydenhuollon johtamisen ja kehittämisen erikoistumisopintojaan. Kehittämistehtäväni aikana lomaketta esiteltiin ja otettiin käyttöön. Jatkossa tarkoituksena on ottaa lomake käyttöön kaikissa kotihoidon yksiköissä. Organisaation strategiassa vuosille 2014–2016 (2013, 21) sanotaan, että henkilöstön osaamisesta huolehditaan. Viitalan (2008, 67) mukaan osaamisen johtaminen on osa strategian toteuttamista. Lomake tulee olemaan yksi osaamisen johtamisen väline kaikille esimiehille tulevaisuudessa. Lomake toimii lisäksi työntekijöiden henkilökohtaisen kehittymisen tukena.

Ammatillinen täydennyskoulutus ja sen arviointi

Ammatillisella täydennyskoulutuksella kehittämistehtävässäni tarkoitetaan koulutusta, jolla ylläpidetään ja kehitetään työssä tarvittavaa osaamista. Kallion ja Sarvimäen (2006, 15) mukaan ammatillisella täydennyskoulutuksella vastataan välittömään henkilöstön osaamistarpeeseen tai kehitetään tulevaisuudessa tarvittavia tietoja ja taitoja. Tavoitteena on myös entistä paremmin vastata asiakkaiden palvelutarpeisiin ja parantaa palveluiden laatua.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on siirtynyt portaattomaan hoitomalliin, joka tarkoittaa laitoshoidon vähentymistä ja kotihoidon lisääntymistä ensisijaisena hoitomuotona. Ikärakenteen muuttuessa on osaavasta henkilöstöstä ja sen riittävydestä huolehtiminen nostettu strategiseksi tavoitteeksi vuosille 2014–2016. Strategiassa kirjatun vision mukaisesti sairaanhoitopiiri huolehtii henkilöstön osaamisen ja moniammatillisuuden jatkuvasta kehittämisestä. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013, 4, 6, 15, 21.)

Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksessa täydennyskoulutuksen tulee kuulua strategiaan. Täydennyskoulutuksen lähtökohtana tulee olla toiminnan kehittäminen. Täydennyskoulutuksen tulee olla suunnitelmallista ja perustua henkilöstön tarpeisiin. Suosituksen mukaan organisaation velvoite on täydennyskoulutuksen seuranta ja vaikuttavuuden arviointi. (Kallio & Sarvimäki 2006, 9.) Laurio (2009, 1) on tehnyt selvitystä sosiaali- ja terveydenhuollon

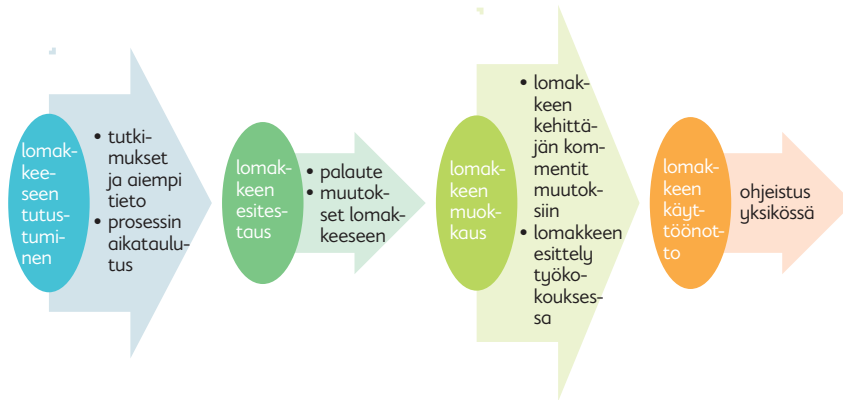
täydennyskoulutuksesta ja sen arvioinnista. Kirjallisuudesta ei ollut saatavilla vaikuttavuuden arvioinnin välinettä, joten hän kehitti täydennyskoulutuksen arviointilomakkeen. Lomake oli ”raakaversio”, jonka käyttöä oli tarkoitettu kokeilla kotihoidon yksikössä. Tästä kokeilusta ei ole käytettävissä tietoa. Lomakkeen tulisi palvella niin työntekijän kuin organisaationkin tavoitetta arvioida ammatillisen täydennyskoulutuksen vaikuttavuutta.

Sosiaalialan muutos edellyttää työmenetelmien kehittämistä ja johtamisen muutosta. Sosiaalialan henkilöstön osaamisen tulee kehittyä jatkuvasti ja täydennyskoulutus vastaa näihin haasteisiin. (Laurio 2009, 1, 4.) Kotihoidon henkilöstön osaamisen kehittämisen tueksi alettiin arvioida heidän täydennyskoulutuksien vaikuttavuutta lomakkeella. Lomakkeen avulla työntekijä itse arvioi käymäänsä täydennyskoulutusta, sen antamaa hyötyä niin itselle kuin työyksiköllekin. Kyseistä lomaketta oli kehitetty jo aiemmin, mutta sen testaaminen ja käyttöönotto oli jäänyt kesken tai raportoimatta. Kehitetty lomake oli A4-kokoinen. Kysymykset oli jaettu niin, että ensimmäisiin kysymyksiin oli tarkoitus vastata heti koulutuksen jälkeen, seuraaviin kysymyksiin 1–3 kuukautta koulutuksen jälkeen, seuraaviin kysymyksiin 3–6 kuukautta koulutuksen jälkeen ja viimeisiin kysymyksiin 6–12 kuukautta koulutuksen jälkeen. Ensimmäiset kysymykset keskittyivät siihen, miten työntekijän mielestä koulutus vastasi hänen odotuksiaan. Kuukauden jälkeen kysymyksiin vastaamalla arvioidaan sitä, mitä uusia taitoja koulutuksessa opittiin tai oliko koulutus muuttanut asennoitumista työhön. Noin kuuden kuukauden kuluessa koulutuksesta työntekijän tulee arvioida koulutuksen tuomaa muutosta työkäyttäytymiseen ja sitä, miten hän on soveltanut oppimaansa työssään. Viimeisessä vaiheessa työntekijän tulee arvioida koulutuksen hyötyä työyhteisölle.

Ammatillisen täydennyskoulutuksen vaiheet kotihoidossa

Toteutin kehittämistehtäväni Itä-Savon sairaanhoitopiiriin kuntayhtymän kotihoidossa, joka on vuoden 2014 alusta kuulunut sosiaalipalveluiden tulosalueeseen. Kotihoitoon yhdistettiin kotipalvelu ja kotisairaanhoido. Kotihoidossa toimii seitsemän yksikköä, joista neljä toimii entisen Savonlinnan alueella ja lisäksi yksiköt entisen Kerimäen, Savonrannan ja Punkaharjun alueilla. Kehittämistehtäväni keskittyy entisen kaupunkialueen itäiseen kotihoitoon. Tässä yksikössä toimii lähes neljäkymmentä lähihoitajaa, sairaanhoitajaa, kotiavustajaa, kodinhoitajaa, perushoitajaa, terveydenhoitaja ja fysioterapeutti. Yksikkö valikoitui kehittämistehtävän kohteeksi oman esimiestyöni kautta. Yhdistynyt kotihoito ja yksiportainen hoitomalli ovat luoneet haasteita kotihoidon ammatilliselle täydennyskoulutukselle. Ammatillisen täydennyskoulutuksen tarvetta määritetään tavoitekeskusteluiden yhteydessä. Tavoitekeskusteluissa määritetyt täydennyskoulutustarpeita kerätään koko kotihoidossa ja laaditaan näistä koulutussuunnitelma. Koulutussuunnitelma ja sen arviointi on osa laadunhallintajärjestelmää. Täydennyskoulutuksen arviointi on mielestä-

ni erittäin tärkeää, että saamme vastinetta täydennyskoulutukseen käytetyille resursoinnille. Kotihoidon päällikön kehittämälle ammatillisen täydennyskoulutuksen arviointilomakkeelle oli yksikössäni selvä tarve. Kuviossa 1 on havainnollistettu ammatillisen täydennyskoulutuksen arviointilomakkeen käyttöönoton prosessia Itä-Savon sairaanhoitopiirin itäisessä kotihoidossa.



KUVIO 1. Ammatillisen täydennyskoulutuksen arviointilomakkeen käyttöönottoprosessi itäisessä kotihoidossa

Täydennyskoulutuksen arviointilomakkeeseen tutustuminen

Kevään 2014 aikana keskityin tutustumaan Minna Laurion tekemään osaamisen johtamisen oppimistehtävään. Oppimistehtävässä hän on kehittänyt ammatillisen täydennyskoulutuksen arviointilomakkeen. Laurio toimii nykyisin Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kotihoidon päällikkönä. Ensimmäisessä vaiheessa keskustelin hänen kanssaan lomakkeen käytön kokeilusta ja jalkauttamisesta kotihoitoon. Pyysin yhtä työntekijää esitsteamaan ja arvioimaan lomaketta käymästä ammatillisen opintopäivän jälkeen. Seuraavaksi kävimme itäisen kotihoidon työkokouksessa läpi vuoden 2014 koulutussuunnitelmaan ja tulevaa ammatillisen täydennyskoulutuksen arviointilomaketta.

Taustatyönä selvittelin myös täydennyskoulutukseen liittyvään lainsäädäntöä ja suosituksia suhteessa oman organisaation strategiaan, laadunhallintajärjestelmään ja organisaatorakenteen muutokseen. Koulutussuunnitelma Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kotihoidossa piti vuodelle 2014 sisällään muun muassa kuntouttavan työotteen juurruttamisen, lääkehoidon osaamisen ylläpitämisen, opastaja-oppija-ohjelman juurruttamisen, muistisairaanhoidon kehittäminen ja vuodeosastoilta siirtyvien työntekijöiden muutoskoulutuksen jatkaminen. Opasta-oppija-koulutus on mentorointiohjelma, jossa kokeneet työntekijät keskusteluin jakavat osaamistaan. Tätä on

pidetty tärkeänä, koska eläköityminen kiihtyy ja hiljaisen tiedon siirtäminen nähdään tärkeäksi.

Täydennyskoulutuksen arviointilomakkeen esitetaus

Olemassa olevaa lomaketta esitetaattiin niin, että yksi kotihoidon työntekijä täytti lomaketta ammatillisen täydennyskoulutuksen jälkeen antaen palautetta lomakkeen ulkonäöstä, toimivuudesta ja kysymyksistä. Sain paljon palautetta lomakkeesta. Kokosin palautteen yhteen ja palautetta tuli niin lomakkeen ulkoasusta kuin kysymysten sisällöstä ja ajoituksesta. Esitetaajan mielestä lomake oli liian täysi ja vastaustila jäi liian pieneksi kysymysten laajuuteen nähden. Kysymykset vaativat pohdintaa ja vain muutamalla sanalla vastaaminen ei esitetaajan mielestä sopisi lomakkeen täyttämiseen.

Palautteessa tuli ehdotusta kahden ensimmäisen kohdan yhdistämisestä. Niissä kysytään kysymyksiä useissa koulutuksissa kerätyn koulutuspalautteen kaltaisista asioista ja toisaalta kysymyksen ovat hyvin samankaltaisia. Kysymyksissä selvitetään työntekijälle koulutuksesta saavutettua hyötyä. Ehdotus tuli myös muutaman kysymyksen yhdistämisestä, koska kysymyksissä oli hyvin pieniä eroja tai eroa ei jopa tunnistettu. Esitetaaja oli sitä mieltä, että kysymykset tapahtuneesta muutoksesta työkäyttätymisessä ja toiminnalla työssä ei ole niin suurta eroa, että tarvitsisi kaksi erillistä kysymystä.

Näytti siltä, että kohta, jossa arvioidaan työyhteisön saamaa hyötyä koulutuksesta, koettiin vastaamisen kannalta haastavimmaksi. Esitetaajan mielestä olisi erittäin tärkeää, että lomake käytäisiin huolellisesti läpi työyksikössä ja näin valmistauduttaisiin lomakkeen täyttämiseen. Samalla hänen mielestään koulutuspalautteen antamiseen tulisi tämän lomakkeenkin pohjalta panostaa nykyistä enemmän, jolloin työyksikköön saavutettu hyöty korostuisi.

Näiden palautteiden pohjalta muokkasin lomaketta. Rakensin edelleen lomakkeen A4-kokoon, mutta pystysuuntaan. Yhdistin osioita, minkä jälkeen lomake oli kolmiosainen. Jokainen osio kehystettiin vastaamisen helpottamiseksi. Ensimmäinen osio täytetään 0–3 kuukautta koulutuksesta, seuraava 3–6 kuukautta koulutuksesta ja viimeinen 6–12 kuukautta koulutuksesta. Poistin lomakkeesta samankaltaiset kysymykset tai yhdistin toisiinsa.

Täydennyskoulutuksen arviointilomakkeen käyttöönotto

Viimeisessä vaiheessa lomake esiteltiin itäisessä kotihoidon yksikössä työkokouksessa, jossa oli mukana myös lomakkeen alkuperäinen kehittäjä Minna Laurio. Kävimme lomaketta läpi itäisen kotihoidon työkokouksessa. Tulostin lomakkeita työkokousta varten, ja kaikki osallistujat saivat tutustua lomakkeeseen. Pienissä porinapiireissä työntekijät arvioivat lomaketta ja antoivat kommentteja lomakkeen käytöstä ja sen käyttökelpoisuudesta. Kysymykset arvi-

oitiin selkeiksi ja nähtiin niiden helpottavan täydennyskoulutuksen arviointia niin omassa työssä kuin yksikössäkkin. Työntekijöiden mielestä kysymyksiin vastaamiseen ei ollut riittävästi tilaa, joten sitä lisättiin vielä lopulliseen lomakkeeseen.

Työkokoukseen osallistuivat lähes kaikki työvuorossa olleet työntekijät (17). Sovimme lomakkeen täyttämisen joko sähköisesti tai tulosteena. Lomake on saatavilla yhteiseltä Y-aseimalta. Samalla esimies tekee Y-asemalle taulukon ammatillisista täydennyskoulutuksista ja lomakkeen täyttämisaikajankohdista. Ne työntekijät, jotka käyttävät henkilökohtaista ajanvarauskirjaa, merkitsevät lomakkeen täyttöajan sinne.

Työkokouksen jälkeen viimeistelin artikkelia koko prosessista. Artikkelin kirjoittaminen kokosi prosessia vielä kirjalliseen muotoon. Artikkelin kokosi lomakkeen käyttöönottoon vaikuttaneet taustatekijät, varsinaisen käyttöönoton ja arvioinnin yhteen.

Pohdinta

Kehittämistehtävä oli erittäin selkeä toteuttaa. Pidän täydennyskoulutusta keskeisenä osana sosiaali- ja terveydenhuollon johtamista ja siksi myös keskeiseksi osaksi omaa työtäni. Oma työkokemukseni yksityisessä organisaatiossa on luonut hyvän pohjan koulutuksen arvioimiselle. Mielestäni on erittäin tärkeää jokaiselle työntekijälle, että he oppivat arvioimaan saamaansa täydennyskoulutusta niin oman oppimisen kuin työyksikön oppimisen näkökulmasta.

Suurin osa asiakkaistamme on iäkkäitä ja sen vuoksi täydennyskoulutuksen arviointilomakkeen käyttöönotto soveltui hyvin gerontologisiin erityisosaamisen opintoihini. Lisäksi omat johtamisen ja kehittämisen opinnot nivoutuivat hyvin näihin opintoihin niin esimiestyön kuin kehittämisen näkökulmasta.

Lomakkeen esitestauksesta sai merkittävästi lisää tietoa lomakkeen käyttäjältä. Mielestäni yksi esitestaaja riitti, koska kehittämistehtävä ei ollut kovin laaja. Esitestaajan kommentteja lukiessani ja työkokouksien kommentteja pohtiesani huomasin, että täydennyskoulutuksen arvioiminen on haasteellista. Jatkossa on tavoitteena ottaa ammatillisen täydennyskoulutuksen arviointilomake käyttöön koko Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kotihoidossa.

LÄHTEET

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2013. Strategia 2014–2016. Yhtymävaltuusto 13.12.2013.

Kallio, A. & Sarvimäki, P. (toim) 2006. Sosiaalihuollon täydennyskoulutussuositus. Opas kunnille ja kuntayhtymille. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:6.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä ikäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 28.12.2012. Vanhuspalvelulaki www-dokumentti. Päivitetty 28.12.2012. Luettu 23.8.2014 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=vanhu%2A>

Laurio, M. 2009. Sosiaalihuollon täydennyskoulutus ja koulutuksen vaikuttavuuden arviointi. Osaamisen johtamisen oppimistehtävä. Sosiaali- ja terveystieteiden johtaminen ja kehittäminen ammatilliset erikoistumisopinnot ESJ9K1. Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2009.

Viitala, R. 2008. Johda osaamista! Osaamisen johtaminen teoriasta käytäntöön. Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu.

NUORET HOITAJAT VANHUSTYÖHÖN

Pasi Anne

TIIVISTELMÄ

Haminan kaupungin vanhustyön hoitajien keski-ikä on 46,5 vuotta (2014), ja hoitajista alle 32-vuotiaita oli 18. Eläkkeelle iän perusteella siirtyy 20 % vanhustyön tekijöistä vuoteen 2019 mennessä. Ikäihmisten neuvolan psykiatrisena sairaanhoitajana teen paljon yhteistyötä Haminan kaupungin hoitajien kanssa, jotka työskentelevät vanhustyössä. Olen huomannut, ettei nuoria hoitajia juurikaan ole työssä ikäihmisten parissa. Kiinnostuin ottamaan selvää, kuinka vanhustyötä tekevät hoitajat ovat kokeneet työnsä ja millaisia ehdotuksia heillä on parantaa vanhustyöhön tulevien mielenkiintoa ja sitoutumista.

Henkilöstöstä huolehtiminen sekä terveellisen ja turvallisen työympäristön ylläpitäminen ovat keskeisiä tapoja varmistaa henkilöstön motivoituminen ja sitoutuminen työhön. Laadukkaan ja toimivan palvelujärjestelmän luomiseen tarvitaan osaava ja sitoutunut henkilökunta. Teknologiaosaaminen tulee myös hoitotyöhön, ja sitä lisätään esimerkiksi kotihoidossa. Tämä vaatii henkilökunnalta uuden oppimista ja asenteen muuttamista vanhoista työtavoista uusiin. Hoitajan työ on hyvin ihmisläheistä työtä, ja siinä tarvitaan vuorovaikutustaitoja. Samoin ryhmätyö ja joustavuus ovat tärkeitä opetella, jotta työstä tulee mielekästä. Osaamisen johtaminen perustuu pitkän tähtäimen koulutussuunnitelmaan ja kehityssuunnitelmiin. Keräsin tietoa kyselylomakkeella, jossa pyydettiin hoitajia vastaamaan kysymyksiin perehdytyksestä, työskentelystä ikäihmisten kanssa ja työyhteisöstä. Kysyin myös, millaisia muutostarpeita tuli esiin, jotta nuorta hoitajaa kiinnostaisi työ vanhusten parissa. Nuoret hoitajat saivat myös antaa palautetta siitä, mitä tuli muuttaa tai parantaa vanhustyössä.

Kyselylomakkeita jaettiin 18 kappaletta, joista palautui 10. Osa hoitajista oli lähtenyt kouluun tai vaihtanut työpaikkaa ennen lomakkeen palautuspäivää. Vastauksista käy selville, että vastaanotto on nuorten hoitajien mielestä hyvä, kun taas perehdytystä tulee parantaa, jotta nuori hoitaja kokee työn mielekkääksi. Kokeimuksia ikäihmisten kanssa työskentelystä kaikki pitivät hyvinä. Muutosehdotuksia tuli myös, ja niissäkin nousi esiin hyvä perehdytys työhön ja hyvä työilmapiiri. Tärkeimpänä pidin kuitenkin tietoa siitä, että kymmenestä nuoresta hoitajasta seitsemän on kiinnostunut ja halukas tekemään työtä ikäihmisten parissa.

Johdanto

Toimin Haminan kaupungilla psykiatrisena sairaanhoitajana ikäihmisten neuvolassa. Työhöni kuuluu kaikkien yli 65-vuotiaiden haminalaisten mielenterveys- ja päihdeongelmien kartoituskäynnit osana hoitotyötä. Samalla mietitään yhdessä niitä tahoja, joista asiakas hyötyisi kotona asuessaan. Teen paljon yhteistyötä hoitajien kanssa. Pidän myös kotihoidon työntekijöille koulutusta yllä mainituissa asioissa. Pitäessäni vuonna 2012 heille konsultaatikoulutuksia kiinnitin huomiota siihen, että nuoria hoitajia oli hyvin vähän. Muutaman vuoden kuluessa eläkkeelle jää suuri osa työntekijöistä, joiden tilalle tulee saada vanhustyöstä kiinnostuneita hoitajia.

Työhöni kuuluu kotikäyntejä, joten teen myös yhteistyötä omaisten kanssa. Heiltä saatu palaute pisti miettimään, kuka hoitaa kuntalaisia, jos nuoret hoitajat suuntaavat muualle kuin vanhustyöhön.

Helmikuun lopussa 2014 Haminan kaupungin palkkalistoilla oli 316 hoitajaa, joista 18 oli alle 30-vuotiaita. Haminan kaupunki on laatinut henkilöstövision ja henkilöstöohjelman heinä-lokakuussa 2013, ja se on voimassa vuoteen 2017. Henkilöstöjohtamisen yhtenä painopisteenä on osaavan työvoiman pysyvyyden ja saatavuuden turvaaminen. Kehitystehtävän mukana kulkee Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2011–2019. Strategiasta mukaan on otettu henkilöstö ja johtaminen. (Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2011 – 2019.)

Laadukkaan ja toimivan palvelujärjestelmän luomiseen tarvitaan osaava ja sitoutunut henkilökunta. Haminan tavoitteena on työn ilo, myönteisyys työhön ja innovatiivinen ilmapiiri. Työn ilo syntyy työnhallinnan tunteesta eli osaamisen ja tehtävien yhteensopivuudesta. Työn vaativuus lisääntyy ja tarvitaan jatkuvaa osaamisen ja kehittämisen täydentämistä koko henkilöstön yhteistyönä.

Henkilöstön ikääntyminen näkyy siinä, että 2014 vakituisten työntekijöiden keski-ikä on 46,5 vuotta. Vuoteen 2019 mennessä eläkkeelle siirtyy iän perusteella henkilöstöstä 48 työntekijää, joista noin 20 % on vanhustyössä. (Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2011 – 2019.)

Taustatietoa Haminan vanhustyöstä

Haminassa on käynnistetty vanhuspoliittisen strategian päivitys lokakuussa 2009. Pohjana toimi vuosiksi 2004–2015 laadittu Haminan vanhuspoliittinen strategia. Henkilöstön saatavuus vanhustyöhön on tulevaisuudessa yksi suurimmista haasteista. Henkilöstön saatavuuden varmistamiseksi on perus-

turvassa käynnistynyt keskitetty rekrytointi, joka myöhemmin levinnee Haminan kaupunkiin. Vuonna 2011 vanhustyön ja terveydenhuollon esimiehet käyttivät n.70 tuntia viikossa sijaisten etsimiseen.

Toimenpideohjelmasta käy ilmi, että yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa noin 100 henkilön vuosivauhdilla. Vuonna 2030 yli 65-vuotiaita on Haminassa noin 30 % kuntalaisista. Yli 85-vuotiaita on vuonna 2030 kuusi prosenttia. Vanhojen vanhusten määrän lisääntyminen tarkoittaa myös merkittävää nousua palvelutarpeessa. Heistä noin puolet tarvitsee säännöllistä apua. Myös hoitohenkilökunta ikääntyy, ja 2019 jää vanhustyöstä eläkkeelle n.20 % työntekijöistä.

Saadaanko vanhustyöhön nuoria hoitajia, kun suuret ikäluokat jäävät eläkkeelle, ja millä keinoin saataisiin nuoret hoitajat kiinnostumaan vanhustyöstä? (Haminan ikäpoliittinen ohjelma 2011 – 2019.) Haminan kaupungin vanhuspoliittisen strategian 2004 – 2007 toimenpideohjelmassa pyritään mm. avoimuuteen, yhteisöllisyyteen ja uudistumiskykyyn. Siellä puhutaan halusta työyhteisöstä tehokkaine ja laadukkaine palveluineen.

Vuosina 2011 – 2019 halutaan kehittää ikäystävällistä kaupunkia. Haminan kaupunki on laatinut henkilöstövision ja henkilöstöohjelman vuoteen 2017, joka myös sisältää henkilöstöjohtamisen toimintaohjelman vuosille 2014 – 2017. Siitä käy selville, että henkilöstöohjelman laadinnan lähtökohtana on toiminut tarve kehittää kaupungin henkilöstöpolitiikkaa vastaamaan tuleviin toimintaympäristön muutoksiin. ”Onnistunut henkilöstövoimavarojen hallinta, organisaation ja henkilöstön johtaminen sekä henkilöstön osaamisen hyödyntäminen auttavat organisaatiota sen strategisten tavoitteiden saavuttamisessa. Henkilöstöstä huolehtiminen ja terveellisen ja turvallisen työympäristön ylläpitäminen ovat keskeisiä tapoja varmistaa henkilöstön motivoituminen ja sitoutuminen organisaatioon.” (Haminan kaupunki, henkilöstövisio ja henkilöstöohjelma vuoteen 2017.) Strategian kokonaistavoite on edistää rakenteellisten, hallinnollisten ja toiminnallisten muutosten avulla kuntalaisten toimintakykyisyyttä, vähentää palvelutarvetta sekä hillitä kustannuskehitystä. Onnistumisen keskiössä ovat kuntalaiset, lähipalvelut ja osaava henkilökunta.

Ennaltaehkäisyyn panostetaan ja edistetään oikea-aikaisen tiedon saamista. Kotihoidon resursseja lisätään ja palvelun sisältöä yksilöidään entisestään. Kotihoidon henkilöstörakennetta vahvistetaan lisäämällä sairaanhoitajia, lähihoitajia ja terapiahenkilöstön osuutta. Teknologisia ratkaisuja kokeillaan ja hyödynnetään kotihoidossa korvaamatta kuitenkaan niillä inhimillisiä kontakteja.

Kaikkeen kehittämiseen tarvitaan ammattitaitoisia hoitajia. Vanhustyö ei jostain syystä ole kiinnostanut nuoria hoitajia, ja moni jo valmistunut nuori hoitaja lähtee kouluttautumaan ihan muuhun työhön. Haminassa henkilöstön osaamiseen ja työhyvinvointiin panostetaan lisäämällä gerontologisen sosiaa-

lityön ja terapiahenkilöstön osuutta. Samoin koko henkilöstölle järjestetään ergonomiapassikoulutus, jolla vähennetään tules- poissaoloja vuoteen 2018 kaksikymmentä prosenttia. Haminassa on jatkuvan kehittämisen ja laadunvarmistuksen IMS-järjestelmä, joka on arkikäytössä kaikilla 2015. Johtamisosaamista kehitetään koko ajan ja työnkiertomalli on valmis 2015, ja se suunnitellaan yhdessä henkilökunnan kanssa.

Vanhustyössä keskitytään koulutukseen, osaamisen kehittämiseen ja työhyvinvointiin. Ohjelmassa on myös palkitsemisjärjestelmien käyttöönotto 2019 mennessä. Vahvistetaan henkilöstön dynaamisuutta, eli henkilöstö siirtyy tarvittaessa työpisteiden välillä. Kannustetaan oppisopimuskoulutukseen ja urala etenemiseen sekä otetaan käyttöön palaute ja vertaisarviointi. (Haminan ikäpoliittinen ohjelma 2011 – 2019.)

Kyselyn toteuttaminen

Kartoitin nuorten hoitajien tilannetta Haminan kaupungin vanhustyössä kyselylomakkeella. Lomakkeen tarkoitus on antaa tietoa, kuinka nuori kokee vastaanoton vanhustyöhön, millainen kokemus on jäänyt perehdytyksestä, millaisia ovat kokemukset työskentelystä ikäihmisten kanssa ja millaisia muutoksia haluaisi kokemusten pohjalta tehdä. Kokemuksista oli myös mahdollista antaa palautetta ja kysyttiin, kiinnostaako työ ikäihmisten parissa. Kysely oli suunnattu alle 32-vuotiaille hoitajille. Lomakkeita jaettiin 18 kappaletta, ja palautuksia tuli 10 kappaletta. Ikäjakautumat olivat: 18 – 20-vuotiaita oli kuusi kappaletta, 21 – 24-vuotiaita oli yksi kappale ja 25 – 31-vuotiaita oli kolme kappaletta. Kyselylomake on liitteenä.

Kyselyn vastaukset

Työyhteisöön pääsemisellä tasavertaisena työntekijänä on suuri merkitys, ja hyvä vastaanotto luo turvallisuutta sekä poistaa jännitystä uuden oppimisesta.

Yhdeksällä vastanneista työyhteisön vastaanotto oli ollut hyvää, ja he ovat tunteet itsensä tervetulleiksi työyhteisöön.

”Vastaanotto oli lempeä, vähän liiankin. Toivoisin selkeitä suullisia + kirjallisia perehdytysohjeita, sillä jokainen neuvoi asiat eri tavoin eikä kukaan loppupeleissä tiennyt mitään”

Yksi vastanneista kirjoittaa saaneensa hyvin erilaisia vastaanottoja:

”Useissa paikoissa minun osaamistani on epäilty, ja sanomisilleni on naureskeltu. Esim. hoivakodissa asukkaalla kuoliota jalassa ja huomattuani uuden mustan kuolioalueen, minulle naureskeltiin että enkö tunnista mustelmaa. Nyt uudessa työkohteessa olen alusta asti kuitenkin tasavertainen työkaveri.”

Kuinka paljon merkitsee se, että nuori hoitaja ”ajetaan sisään” työyhteisöön? Jos annetaan vain nippu papereita, ei varmaan nuorelle vastavalmistuneelle tule tunnetta siitä, että häntä autetaan ja ohjataan työssä alkuun.

Mervi Flinkmanin tuoreen väitöstutkimuksen mukaan alan vaihdon taustalla on ollut muun muassa puutteellinen työhön perehdyttäminen ja riittämätön tuki etenkin ensimmäisessä työpaikassa. Samoin tutkimuksessa käy ilmi, että alan vaihtoa harkitaan myös kohtuuttoman työmäärän ja heikkojen urakehitysnäkymien vuoksi. Mervi Flinkman toteaa väitöskirjassaan, että ”alan vaihtoon päädytään pitkän harkinnan jälkeen ja monenlaisista syistä. Siksi esimiestyöllä ja hyvällä töiden järjestelyllä voidaan vaikuttaa siihen, että koulutetut sairaanhoitajat pysyvät ammatissaan” (Kymen Sanomat, Väitös: Nuoret sairaanhoitajat pohtivat alan vaihtoa, 6.4.2014.)

Perehdytys työpaikoilla on vastanneiden mielestä ollut kahta lukuun ottamatta olematon. Vastauksista käy selville, että haasteellisinta oli tehdä työtä eri paikoissa, joissa käytännöt vaihtelivat suuresti. Perehdytyksen merkityksestä puhutaan paljon ja tiedetään sen olevan tarpeellista, jotta työ sujuu. Tapoja tehdä työtä on moninaisia, mutta lopputuloksen tulisi aina olla sama, niin että asiakas tulee ymmärretyksi oikein ja hän saa tarvitsemansa avun. Nuoret hoitajat kokevat perehdytyksen tarpeelliseksi, ja nyt olisikin mietittävä, miten perehdytys tavoittaisi uuden työntekijän.

”Olisin toivonut enemmän tietoa miten toimia jos tulipalo syttyy ja mistä löytyy ensiapuvälineet ja muutenkin tarkempaa perehdytystä ei hoitotyöhön liittyen”

”Ensimmäinen päivä oli kiireinen, joten perehdyttämiseen ei ollut aikaa. Omaaloitteinen täytyy olla.”

”Jokainen neuvoi mitä kerkesi ja neuvoi eri tavoin.”

”Työpaikalla oli käytössä perehdytyslomake, jonka kanssa perusasiat käytiin läpi. Tarkempi perehdytys työhön oli ajoittain puutteellista.”

Haminan kaupungin henkilöstövisiossa vuoteen 2017 kerrotaan, että joka toimialalle on määritelty perehdyttäjät, valmennus ja tuki. Vuonna 2015 – 2017 alkaa perehdyttäjien valmennus ja perehdytyksen onnistumisen seuranta. (Haminan kaupungin henkilöstövisio ja henkilöstöohjelma vuoteen 2017.)

Joissakin työkohteissa perehdytys toimi työntekijän mukaan hyvin. Työkohteet ovat hyvin erilaisia, ja jos hoitaja on pitkään tehnyt samassa kohteessa työtä, perehdyttäminen on helpompaa, koska tuntee hyvin käytännöt.

”Hyvä perehdytys, kaikki auttavat ja neuvovat.”

”Ensimmäisen työpäiväni olin hoitajan mukana kentällä, se helpotti kun yksin lähti kierrolle. Esimies perehdytti hyvin muissa asioissa.”

Kokemuksia työskentelystä ikäihmisten kanssa kaikki pitivät hyvinä. Olisin luullut että, nuoret hoitajat, joilla saattaa olla jopa kuusikymmentä vuotta ikäeroa hoidettavaan, pitävät sitä jollain tapaa erottavana tekijänä. Olin yllätynyt että, hoitotyö ikäihmisten kanssa koettiin mielenkiintoiseksi ja positiiviseksi.

Sosiaalisuus ja sosiaaliset taidot ovat eri asioita. Sosiaalisuus tarkoittaa, että ihminen nauttii muiden seurasta, asettaa sen yksinolon edelle ja hakeutuu myös mielellään muiden seuraan. Sosiaaliset taidot puolestaan tarkoittavat opittua taitoa selvitä sosiaalisista tilanteista. Sosiaaliset taidot eivät ole perinnöllisiä, ja kiinnostus ihmisiä kohtaan ei vielä takaa sosiaalisia taitoja, vaan ne täytyy opetella erikseen. (Kauppila 2005.)

Nuoret hoitajat olivat hyvin kuvanneet kokemuksia kohtaamisista.

”Oikein mieluisa kokemus, vanhukset ovat yleensä hoitomyönteisiä ja kiitollisia saamaansa apuun.”

”Positiivinen kokemus, monipuolinen työ”

”Työ on suhteellisen raskasta niin henkisesti kuin fyysisesti. Vanhuksilta saa kuitenkin iloa työhön joka auttaa jaksamaan.”

”Kokemus on ollut positiivinen. Vanhukset eivät koe yleensä nuorta ikää huonona, vaan saan heidät tekemään paremmin itse, kun nuori tyttö pyytää.”

”Hieno kokemus. Oppi työskentelemään ja puhumaan ikäihmisille ja arvostamaan eri tavalla kuin ennen.”

Muutosehdotukset olivat hyviä, ja niitä kannattaakin miettiä kehitettäessä nuorten hoitajien sijoittumista vanhustyöhön.

”Yksi ihminen, joka perehdyttää uuden työntekijän”

”Omassa työssäni en mitään, mutta pitkäaikaishoito pitäisi saada paljon inhimillisemmäksi = lisää henkilökuntaa”

”Työtovereiden ajatus nuorista hoitajina, mekin osaamme paljon vaikei elämäkokemusta ja työvuosia ole paljoa.”

”työilmapiirin muuttaisin”

”Pitkäaikaispaikkoihin lisää henkilökuntaa, jotta voidaan lisätä vanhusten viihtyvyyttä, esim. ulkoilu, pesulle pääsy, kuntouttava työote, sekä aktiviteettien järjestäminen olisi enemmän mahdollista. Nykyisessä työssäni ei ole juuri muutettavaa.”

Palautteet kokemuksista olivat hyvin erilaisia. Niitä tulisi myös hyödyntää, kun pohditaan nuorten hoitajien työllistymistä vanhustyöhön.

”Työilmapiiri ei ole maailman paras. Ehkä jotain yhteisiä illanviettoja tai avoimia keskusteluja.”

”Selkeät ohjeet -> Sama linja kaikilla”

”Mielestäni pitkäaikaispaikkoja tulisi lisätä, nimittäin kotona asuu paljon ikäihmisiä, jotka juuri ja juuri pärjäävät kotona kotihoidon ja omaisten turvin ja tarvitsisivat ympärivuorokautista hoitoa (silti kotihoito on arvokasta työtä jossa tykkään myös itse työskennellä).”

”Pieniä muutoksia työn tekemiseen ja aseptiikan huomioiminen.

Hoitajan tulee osata toimia myös työyhteisössä. Sosiaalisten taitojen oppimista pidetään tärkeänä etenkin vanhustyössä, koska hoitaja tapaa monia ihmisiä, jotka jollain tavalla liittyvät kokonaisvaltaiseen hoitotyöhön. Työn kiinnostavuus luodaan koulussa, työharjoittelussa ja kesätyössä. Kaikilla työyhteisöön kuuluvilla ihmisillä on vastuu siitä, kuinka hyvin osataan kertoa tulevalle työkaverille hänelle kuuluvat tehtävät ja opastaa hänet työhön. Vastuu hyvästä työilmapiiristä on tärkeä osa työssä viihtymiselle.

Lomake sisälsi myös kysymyksen, kiinnostaako työ ikäihmisten parissa. Vastaajista seitsemän oli kiinnostunut vanhustyöstä ja kolme näki itsensä josain muualla työssä.

”Ehkä vuoden verran, mutta tahdon jatkaa opiskelua alalle jossa on haastetta enemmän.(18-20v.)”

”Akuuttityö kyllä, pitkäaikaishoito ei. (25-31v.)”

”Ei varsinaisesti kiinnosta. Enemmin kiinnostaa pienet lapset. Opiskelen terveydenhoitajaksi.(18-20v.)”

Näistä vastauksista selviää ainakin se, että kyllä nuoria hoitajia vanhustyö kiinnostaa ja he sinne hakeutuvat. Hoitajat ovat kuvanneet lyhyesti mutta kuitenkin selvästi kokemustensa pohjalta niitä asioita, joita lomakkeessa kysyttiin. Tuleeko tietoa liian paljon yhdellä kertaa? Pystyykö nuori vastavalmistunut hoitaja sitä omaksumaan? Olisiko siinä ainakin yksi syy miksi nuori vaihtaa

alaa? Jos ei ehdi oppia entistä, kun tulee jo uutta tietoa, hyvin äkkiä tippuu pois vähäinenkin tieto ja taito. Tulisi huolehtia, että nuori hoitaja selviytyy kaikesta työkohteen haasteista ja että hänellä olisi alkuun oma ”tukihenkilö”, jonka kanssa opettelee työyhteisön tapoihin.

Pohdinta

Unelmat ja ihanteet ovat vahvasti mukana, kun aikuistuva nuori etsii itseysttä, yksilöllisyyttä ja yhteyttä toisiin ihmisiin sekä ympäröivään maailmaan. Omat arvot ja eettinen ajattelu hioutuvat ja saavat sisältöä, kun elää, kokeilee ja kyseenalaistaa. Huoli tulevaisuudesta, itsestä ja omaa elämää laajemmista asioista ovat merkkejä uudeltaisesta vastuun heräämisestä ja aikuisuudesta. Ympäröivän maailman tapahtumat tulevat merkityksellisemmiksi kuin aikaisemmin. Työelämä kiinnittää nuorta yhteiskuntaan ja muuttaa elämänrytmiä. Yksi aikuisuuden tunteista on rajallisuuden tunne. Ihminen saattaa törmätä ensimmäistä kertaa elämässään kykyjensä, taitojensa ja ajan rajallisuuteen. Sen avulla itsetuntemus myös kehittyä ja omaa käyttäytymistä voi suunnata enemmän omien mahdollisuuksien suuntaan. Nuori hoitaja joutuu siis monien uusien asioiden ja tunteiden keskelle. (Kauppila 2005.)

Vanhustyöhön kuuluu ihmisslähtöisyys ja itsemääräämisoikeus, jatkuvuus, tasa-arvoisuus, kunnioitus ja ammatillisuus, jossa pidetään huolta, että vanhustyössä työskentelee osaava ja oppiva henkilöstö tavoitteellisesti. Ammatitaitoon kuuluu tasavertainen vuorovaikutus omaisten kanssa ja sujuva yhteistyö eri toimijoiden kesken. Oman elämän hallinta, niin pitkään kun se on mahdollista, on yksi tärkeimmistä asioista ikäihmiselle.

Ilo ja muut positiiviset tunteet antavat voimaa ja edistävät mielen hyvinvointia. Nauru, ilo ja myönteinen olo vapauttavat energiaa, mahdollistavat näkemään uutta, edistävät oppimista ja avaavat väyliä ratkaista ongelmia. Iloisena saa enemmän aikaan, ja vastaanottajalle tulee hyvä mieli. (Ojanen 2001.)

Hoitajan työ on ihmisslähteistä työtä, jossa tarvitaan hyviä ihmissuhde- ja vuorovaikutustaitoja, ryhmätyötaitoja sekä joustavuutta. Ammatissa on osattava kuunnella ja keskustella erilaisten ihmisten kanssa, ja kiireessäkin on osattava säilyttää myötäelämisen taito. Työ vaatii pitkäjännitteisyyttä, huolellisuutta ja vastuunottoa. Kaikki tämä yhdistettynä omaan persoonaan ja sen vieminen työyhteisöön vaatii nuorelta hoitajalta paljon rohkeutta ja työyhteisöltä sopeutumista uuteen haasteeseen.

Sairaanhoitajalehdessä (Oksanen 2014, 21) on kirjoitus siitä, miltä tuntui ensimmäinen kesätyö sairaanhoitajana. Nuoren hoitajan sanoja lainaten

”Osa nuorista sairaanhoitajista ja opiskelijoista järkyttyy töissä, ei viihdy tai halua vaihtaa alaa. Hoitaja uskoo, että hänkin olisi kokenut alkujärkytyksen, jos

hänellä ei olisi ollut lähihoitajakokemusta. Hän onkin kiitollinen kokemuksestaan. Hoitajan mielestä alkujärkytyksessä opiskelijoiden kannattaa antaa itselleen aikaa.”

Kun nuori hoitaja meni yhteen haastatteluun mahdollisesta tulevasta kesätyöstä” hän odotti osastonhoitajaa avoimen kanslian oven ulkopuolella ja kuuli, kuinka vanhemmat hoitajat ihmettelivät, että kesätöihin on mahdollisesti tulossa joku opiskelija. Hän pohti, millaisen vastaanoton olisi heiltä saanut”. Hän ei ottanut sieltä kesätyötä vastaan. Samassa sairaanhoitajalehdessä on myös kirjoitus Sirpa Jämsältä, joka toimii osastonhoitajana Oulussa. Hän kirjoittaa työskentelystä vanhusten parissa ja toivoo, että huomioitaisiin eri-ikäisten työntekijöiden olevan työyhteisön rikkaus ja raikkaus. Hän muistuttaa myös siitä, että osaisimme hyödyntää toistemme voimaa ja oppia ja muistaisimme, miten otamme uudet työkaverit ja opiskelijat vastaan. (Jämsä 2014.)

Vastavalmistuneella nuorella hoitajalla ei välttämättä ole kokemusta hoitotyöstä, eikä hän ehkä ole ollut työyhteisön jäsenenä kuin opiskelijana, jolloin vastuu on ohjaajalla. Nuori on ollut vastuussa vain siitä, miten on saanut tietoa ja kuinka on osannut ottaa tiedon käytäntöön.

Työyhteisöön tullessa vastuu siirtyy hänelle itselleen, ja silloin myös työyhteisön tulee olla valmis ottamaan hänet vastaan ja auttamaan sopeutumisessa ja työhön oppimisessa. Tässä onnistuessamme saamme nuoret hoitajat sitoutumaan ja viihtymään vanhustyössä.

”Selitä mitä selität, piirrä mitä piirrät. Ihmiskuvasi ja maailmankäsityksesi on kuitenkin aina ja vain se, mikä on sinun kuvasi ja käsityksesi itsestäsi. Sinun kuvasi ja käsityksesi itsestäsi paljastuu joka hetki siinä, miten kohtelet ihmistä jonka nimisenä elät maailmassa.” - Helinä Siikala

LÄHTEET

Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2011 – 2014. <http://www.hamina.fi/fi/Hallinto/Strategiat%20ja%20ohjelmat/>. Viitattu 5.11.2014

Haminan ikäpoliittinen ohjelma 2011 – 2019. ”Vanhuus voimaksi ja valtiksi.” <http://www.hamina.fi/fi/Hallinto/Strategiat%20ja%20ohjelmat/>. Viitattu 5.11.2014

Haminan kaupunki, henkilöstövisio ja henkilöstöohjelma vuoteen 2017 sekä henkilöstöjohtamisen toimintaohjelma vuosille 2014 – 2017.

Jämsä, S. 2014. Otsikko ym. tiedot näkyviin.

Kauppila, A. R. 2005 Vuorovaikutus ja sosiaaliset taidot. Jyväskylä: PS-kustannus.

Keltinkangas- Järvinen, L. 2010. Sosiaalisuus ja sosiaaliset taidot. Helsinki: WSOY.

Kymen Sanomat 6.4.2014. Väitös: Nuoret sairaanhoitajat pohtivat alan vaihtoa, 6.4.2014

Ojanen, M. 2001. Ilo, onni, hyvinvointi. Helsinki: Kirjapaja.

Oksanen, E. 2014. Ensimmäinen kesä. Sairaanhoitaja 8,16 – 24.

IÄKKÄIDEN LÄÄKITYSTURVALLISUUDEN EDISTÄMINEN HOIVAOSASTOLLA

Kovaleva Galina

TIIVISTELMÄ

Ikääntyvät ihmiset sairastavat paljon ja siitä syystä käyttävät runsaasti lääkkeitä. Monilääkitys on yleistä laitoksissa asuvien vanhusten keskuudessa. Toimintakyvyn ja aistitoimintojen heikkeneminen sekä ikääntymisen aiheuttamat muutokset altistavat vanhukset lääkehoidon aiheuttamille haitoille. (Voutilainen, Tiikkainen 2009, 290.)

Iso osa potilaan turvallista ja asianmukaista hoitoa on lääkehoidon turvallisuus. Lääkehoidossa tapahtuvat vahingot ovat suurimpia haittatapahtumien ja potilasvahinkojen aiheuttajista. Myös huono ja riittämätön tai muuten puutteellinen viestintä sekä tiedonsiirto voi aiheuttaa potilaalle vaaratilanteita. Arvioinnin mukaan jopa puolet nykyisistä haittatapahtumista voitaisiin estää riskejä ennakkoimalla ja toiminnan järjestelmällisellä seurannalla sekä vaara- ja haittatapahtumista oppimalla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9-10.)

Kehittämistehtävän päätavoitteena oli iäkkäiden mahdollisimman optimaalisen ja turvallisen lääkehoidon toteuttaminen osastolla. Tavoitteena oli myös saada hoitohenkilökunta kiinnittämään huomiota lääkitysturvallisuuteen, jotta lääkityksen ajantasainen päivitys parantuisi, toimintatavat yhtenäistyisivät ja tiedonsiirto paranisi.

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa osastotunnit Piekämäen sairaalan hoiva- ja turvaosastolla. Kahdella osastotunnilla tarkastelimme tietoja vanhenemisesta ja iäkkäiden lääkehoidon perusteista sekä lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista. Osastotunnilla käsitelimme lääketietokantojen ja HaiPro-raportointimenetelmän käyttöä, joka helpottaa turvallisen lääkehoidon toteutumista ja seurantaa. Keskustelimme myös viestinnän toimivuudesta ja IS-BAR-menetelmän käytöstä potilaan siirtotilanteessa.

Yhtenä työssä oppimisen merkittävänä tavoitteena voidaan pitää asiantuntijuuden ja ammatillisen osaamisen kehittämistä. Kehittämistehtävän kautta perehdyin tarkemmin ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteisiin, lääkitysturvallisuuteen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. Osastotuntien pitäminen kehitti myös ohjausosaamistani, tutkitun tiedon hallintaa ja mahdollisti ammatillista keskustelua. Hoitajien mielestä esitykset olivat ajankohtaisia, kiinnostavia ja antoivat uutta ajateltavaa omaa työtä kehitettäessä.

Johdanto

Vanhusten lääkkeiden käyttö on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenten aikana. Ikääntyneiden monilääkitys on haasteellista hoitotyölle: silloin lääkeongelmat voivat liittyä sopimattomiin lääkkeisiin tai lääkkeiden yhteis- ja sivuvaikutuksiin. Ikääntymiseen liittyvät elimistön toiminnan muutokset ja lisääntynyt sairastavuus tekevät iäkkäistä herkkiä lääkehoidon aiheuttamille haitoille. Toisaalta vanhuksia alihoidetaan monissa näyttöön perustuvissa hoidoissa. Tässä tapauksessa puhjennut tai puutteellisesti hoidettu sairaus voi aiheuttaa inhimillistä kipua ja kärsimystä. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 158–159.)

Järkevä lääkehoito on nyt ja tulevaisuudessa keskeisin iäkkäiden sairauksien hoidon väline. Lääkkeillä voidaan ehkäistä toiminnanvajauksia ja sairauksien pahenemista. Ne voivat myös edesauttaa itsenäistä selviytymistä kotona ja näin vähentää sairaanhoidosta tai laitoshoidosta aiheutuvia kustannuksia. Monilääkitys on järkevä ratkaisu, jos iäkäs on monisairas. Geriatrian professori Timo Strandbergin (2013) mukaan vanha suositus korkeintaan 3–4 lääkkeen käytöstä vanhuksilla on nykyaikana aikansa elänyt ja keinotekoinen. Vanhuksen pitää käyttää kaikkia tarvitsemiaan lääkkeitä – mutta vain niitä. Lääkkeiden lukumäärä ei ole ratkaiseva, vaan niiden tarve. Lääkäriin ja potilaan täytyy olla tietoinen lääkityksen mahdollisista riskeistä, jotta asianmukainen ja ennaltaehkäisevä hoito tapahtuu (Strandberg 2013).

Potilasturvallisuuteen liittyviä muutoksia tapahtuu jatkuvasti terveydenhuollossa ja sen toimintaympäristössä. Kehityksen myötä tulee uusia lääkkeitä ja teknologiaa, jotka ovat entistä vaikuttavampia, mutta joiden hallittu sekä oikea käyttö asettaa entistä korkeampia vaatimuksia. Ongelmat hoitoprosessissa ja palvelujärjestelmässä vaikeuttavat potilaskeskeistä ja turvallista hoitoa sekä yksiköiden erikoistumisen myötä vastuu hoidosta hajaantuu. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9–10.)

Tiedonkulun ongelmat lisäävät virhemahdollisuutta. Monesti myös henkilöstövoimavarat ovat niukat ja työntekijöiden vaihtuvuus on nopeaa, mikä puolestaan vaikeuttaa turvallisen hoidon toteutumista. 2000-luvulla lääkitysturvallisuuden edistämisestä on tullut tärkeä sairaanhoitajan lääkehoidon osaamisen alue, sillä valtaosa hoidon vaara- ja haittatapahtumista liittyy lääkehoitoon. Sairaanhoitajat ovat keskeisessä roolissa potilaan turvallisen ja tehokkaan lääkehoidon varmistajina (Kinnunen & Sulosaari 2010, 42).

Kehittämistehtävän aihe syntyi omasta mielenkiinnostani, sillä lääkitysturvallisuus on ajankohtainen sekä nopeasti kehittyvä tutkimusalue. Kehittämistehtävä pohjautui osittain opinnäytetyöhöni, jonka aiheena oli lääkitysturvallisuus ja jonka halusin hyödyntää käytännön hoitotyössä. Lääkitysturvallisuudella tarkoitetaan lääkkeiden käyttöön liittyvää turvallisuutta. Vaikka lää-

kitysturvallisuus on vain osa potilasturvallisuutta, se on hyvin laaja tietoa-alue. Rajasin kehittämistehtäväni niin, että käsittelin vain tiedonkulkuun liittyviä riskejä sekä vaaratapahtumien ilmoittamista ja käsittelyä.

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli suunnitella ja toteuttaa osastotunnit Pieksämäen sairaalan hoiva- ja turvaosastolla. Osastolla hoidetaan muisti-häiriöisiä, karkailevia ja käytöshäiriöisiä vanhuksia, annetaan akuutin vaiheen apua levottomille dementiapotilaille, hoidetaan pitkäaikaissairaita hoivapotilaita, alkoholikatkaisiasiakkaita sekä saattohoitopotilaita. Kehittämistehtävän päätavoitteena oli iäkkäiden mahdollisimman optimaalisen ja turvallisen lääkehoidon toteuttaminen osastolla. Tavoitteena oli myös saada hoitohenkilökunta kiinnittämään huomiota lääkitysturvallisuuteen, jotta lääkityksen ajantasainen päivitys parantuisi, toimintatavat yhtenäistyivät ja tiedonsiirto paranisi. Koen lääkitysturvallisuuden tärkeäksi osaksi työssäni sairaanhoitajana ja kehittämistehtävän kautta halusin perehtyä tarkemmin siihen vaikuttaviin tekijöihin. Sen lisäksi osastotuntien pitäminen kehittää ohjausosaamista, syventää tutkitun tiedon hallintaa ja mahdollistaa ammatillista, tutkimukseen perustuva keskustelua.

Iäkkäiden lääkityksen ongelmakohdat

Iäkkäiden lääkityksen haasteita ovat ikääntymiseen liittyvät elimistön toiminnan muutokset. Monelle on iän myötä kertynyt lisäksi pitkäaikaisia sairauksia, jotka muuttavat elimistön reaktioita lääkkeisiin. Munuaisten toiminta heikkenee ikääntyessä ja 75-vuotiaan henkilön munuaisten kyky poistaa elimistöstä lääkkeitä noin puolet heikommin kuin aikuisella (Hartikainen & Lönnroos 2008, 250–252).

Iäkkäiden ihmisten lääkehoitoon sopii yleissääntö ”lääke aloitetaan pienellä annoksella, annosta suurennetaan hitaasti ajan kuluessa, ja vaikutuksia sekä haittavaikutuksia seurataan tarkasti”. Lääkeannos pitää olla yksilöllinen, fysiologiset ikääntymismuutokset, koon, ravitsemuksen, sairaudet, kuivamistilan ja toimintakyvyn huomioiva (Kivelä 2012, 100).

Tutkimusten mukaan eniten sivuvaikutuksia liittyy vanhoihin, hyvinkin tunnettuihin lääkkeisiin. Näitä ovat varfariinin ohella varsinkin asetosalisyylilihappo, diureetit, tulehduskipulääkkeet ja psykenlääkkeet. Koska näitä lääkkeitä käytetään toisaalta vakavien sairauksien hoitoon tai ennaltaehkäisyyn, haitat on aina punnittava hyötyjä vastaan. (Strandberg 2013.)

Psykenlääkkeiden ja iäkkäille sopimattomien lääkkeiden käyttö on yhdistetty kaatumisiin, toiminnanvajeisiin ja sairaalahoidon tarpeeseen. On totta, että suomalaisissa laitoksissa käytetään liian paljon rauhoittavia psykenlääkkeitä. Kuitenkin viime vuosina useissa pitkäaikaishoitoyksiköissä on vähennetty

psykykenlääkkeiden käyttöä ja ryhdytty soveltamaan psykososiaalisia ja käyttäytymistieteeseen perustuvia hoitoja. Esimerkiksi hoitajat ovat havainneet, että unilääkkeiden vähentäminen on edistänyt vanhusten päivävirkeyttä, eikä vähentäminen ole lisännyt uniongelmia. Samoin asteittainen ja hidas psykykenlääkkeiden vähentäminen ei ole lisännyt vanhusten käytöshäiriöitä. (Kivelä 2010, 598.)

Lääkkeiden yhteisvaikutukset

Lääkkeen aiheuttaman haittavaikutuksen taustalla voi olla myös yhteisvaikutus eli interaktio toisen lääkeaineen, ruoan tai juoman kanssa. Ikääntymismuutokset tehostavat yhteisvaikutusten vastetta. Yhteisvaikutusten riski suurenee myös potilaan lääkemäärän lisääntyessä. Iäkkäillä jo lievemmät yhteisvaikutukset voivat aiheuttaa vakavia haittoja, joita hoidetaan helposti toisilla lääkkeillä. Yhteisvaikutusten mahdollisuus tulee pitää mielessä, jos potilaalla ilmenee yllättäviä haittoja tai jos lääke ei tehoa odotetulla tavalla. Käytännössä yhteisvaikutusriskin aiheuttamia lääkkeitä voidaan usein käyttää, kunhan hoidon seuranta on tehokasta. Sairaanhoidajan tulee ymmärtää yhteisvaikutusten merkitys ja muistaa niiden mahdollisuus, kun hän seuraa lääkehoitoa saavaa potilasta. (Saano & Taam-Ukkonen 2013, 156–157.)

Tietoa lääkkeiden yhteisvaikutuksista löytyy Pharmaca Fennicasta, SFINX-yhteisvaikutustietokannasta (www.terveysportti.fi), kansallisesta lääkeinformaatiokeskuksesta (www.klik.fi) sekä interaktiokortista (www.proedu.fi).

Hyödyllisiä tietokantoja

Oleelliset haitta- ja yhteisvaikutukset tulee tietää, ja tässä auttavat erilaiset tietokannat. Suomessa Fimean iäkkäiden lääkityksen tietokanta on yksi apuvälineistä, joiden tarkoituksena on parantaa perusterveydenhuollon lääkitysturvallisuutta ja tukea 75 vuotta täyttäneiden lääkehoitoa koskevaa päätöksentekoa. Tietokannassa on otettu huomioon iäkkäillä tyypilliset haitta- ja yhteisvaikutukset sekä vanhenemismuutosten vaikutukset lääkehoitoon. Iäkkäiden lääkityksen tietokantaan arvioidaan vältettävien lääkeaineiden lisäksi myös muut iäkkäiden Suomessa yleisesti käyttämät lääkeaineet.

Tietoa yli 16 000 lääkeyhteisvaikutuksesta löytyy SFINX-tietokannasta (Swedish, Finnish, INteraction X- referencing). Interaktiot ovat lääkeainekohtaisia, samoin lääkemuodon vaikutus interaktion voimakkuuteen on huomioitu. Tietokannassa on myös lääkkeiden ja eräiden yleisten ravintovalmisteiden (esim. maito, greippi- ja karpalomehu) sekä tärkeimpien luontaistuotteiden välisiä interaktiotietoja. SFINX sisältää lähinnä farmakokineettiset interaktiot. Interaktiokäsitteet ovat kliinisen farmakologian ja lääkehoidon erikoislääkäreiden tarkistamia ja hyväksymiä.

Monet vanhuksat käyttävät nykyään kymmentä tai useampaa lääketä saman-aikaisesti, joista monet vaikuttavat samoihin fysiologisiin järjestelmiin, kuten sydän- ja verenkiertojärjestelmään, veren hyytymiseen tai keskushermoston vireystilaan. PHARAO on SFINX:iä täydentävä tietokanta, joka perustuu lääkkeiden farmakodynaamisten vaikutusten analysointiin ja joka antaa yleiskuvan potilaiden lääkehoitoon liittyvistä haittavaikutusten riskeistä ja tukee lääkehoidon kokonaisarviointia. Pieksämäen perusturvassa lääkehoidon kirjaaminen tapahtuu Pegasos-potilastietojärjestelmään, jossa on interaktioista hälyttävä ohjelma.

Lääkityspoikkeamien estäminen osastolla

Toisen esityksen teemana oli lääkitysturvallisuus ja lääkityspoikkeamien estäminen osastolla. Kaikissa toimintayksiköissä tapahtuu virheitä, sillä kaikkeen inhimilliseen toimintaan liittyy erehtymisen mahdollisuus. Suomalaisissa sairaaloissa lääkehoitoon liittyvät vaaratapahtumat ovat yleisimpiä potilasvahinkojen aiheuttajista. Arvioinnin mukaan jopa puolet nykyisistä haittatapahtumista voitaisiin estää riskejä ennakoimalla, toiminnan järjestelmällisellä seurannalla sekä vaara- ja haittatapahtumista oppimalla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 9–10.)

Ajantasaiset lääkityslistat

Haittatapahtuman riski on suuri silloin, kun potilaan aikaisempaa lääkitystä ei tiedetä tai kun tiedot on kirjattu väärin. Tässä tapauksessa oleellinen lääkitys voi jäädä määräämättä tai määrätään päällekkäisiä lääkityksiä, jolloin potilas altistuu yliannostukselle. Usein lääkityspoikkeamat tapahtuvat hoitoketjun rajapinnoissa, kun potilas tulee sairaalaan, siirtyy toiseen hoitoyksikköön tai kotiutuu. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 80–82.)

Maailman terveysjärjestön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan lääkityspoikkeamien estämiseksi ja oikean lääkityksen varmistamiseksi suositellaan potilaan ajantasaisen ja tarkan lääkityslistan ylläpitoa sekä selkeiden ja yhtenäisten menettelytapojen käyttöä terveydenhuollon toimintayksiköissä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 13.) Myös Turvallinen lääkehoito-opiaan mukaan toimintayksikön lääkehoitosuunnitelmassa kiinnitetään huomiota toimintatapoihin, joilla turvataan potilaan lääkelistan ajantasaisuus päällekkäisen lääkityksen välttämiseksi sekä haitallisten yhteisvaikutusten ja niistä aiheutuvien ongelmien estämiseksi. Potilaan kotiutuessa tai hoitopaikan vaihtuessa hänen lääkelistan oikeellisuus tulee aina varmistaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 61).

Toimiva viestintä

Kliiniset ympäristöt ovat dynaamisia sekä monimutkaisia ja asettavat monia haasteita tehokkaalle kommunikaatiolle. Tiedonkulun katkeaminen potilaan hoitoon osallistuvien henkilöiden välillä saattaa aiheuttaa vakavia puutteita hoidon jatkuvuudessa, tarpeettomia tutkimuksia, hoitoja ja näin myös haittaa potilaalle. Saumaton tiedonkulku osastojen välillä on osa potilasturvallisuutta ja potilaan hoidon jatkuvuutta. Sitä voidaan pitää myös yhtenä hoitotyön laadun mittarina. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan määräykset ja hoito-ohjeet tulee varmistaa toistamalla, kirjata selkeästi ja välittömästi sekä varmistaa allekirjoituksella. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a, 185–187.)

Nykyisin terveydenhuollon ammattilaiset tekevät päätöksiä käyttämällä suurta tietomäärää, joka valitettavasti hajoaa matkan varrella. Kommunikaation ja tiedonkulun parantamiseksi maailman terveysjärjestö (WHO) ehdotti ISBAR-tekniikan käyttöä. ISBAR-menetelmä on kehitetty 1990-luvulla Yhdysvaltojen puolustusvoimissa ja se levisi nopeasti ilmailun kautta terveydenhuoltoon. ISBAR-menetelmä järjestää informaatiota selkeään ja suppeaan muotoon, vähentää huomattavasti tiedonkulkuun liittyviä vaaratapahtumia ja mahdollistaa johdonmukaisen kommunikaation kaikissa terveydenhuollon ympäristöissä kaikkien ammattiryhmien kesken.

Yhtenäiset menettelytavat

Organisaatiot ja niiden toimintatavat sekä rutiinit ovat jatkuvassa muutoksessa ja tuovat haasteita turvallisuuden hallinnalle. Ei riitä, että kerran määritellään riskit ja niiden hallitsemiseksi tarvittavat toimintatavat, vaan turvallisuuden eteen ponnistelu on jatkuvaa työtä. Potilasturvallisuutta edistäviä hankkeita on runsaasti sekä kansallisesti että alueellisesti.

Terveydenhuollon organisaatiolla pitää olla selkeät ja yhtenäiset lääkityksen varmistamista koskevat menettelytavat, jotka on kirjattu lääkehoitosuunnitelmaan. Myös uuden Potilasturvallisuusoppaan mukaan turvallisuuden edistämisen kannalta on tärkeää, että yhtenäiset toimintaohjeet ja kuvaukset käytännöistä ovat selkeät ja ajantasaiset, ja ne ovat kaikkien saatavilla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011, 13).

Sosiaali- ja terveysministeriön potilasturvallisuushankeen tavoitteena on kehittää ja muuttaa toimintatavat, prosessit, organisaatio ja fyysinen ympäristö sellaisiksi, että riskit ja erehtymisen mahdollisuus olisivat minimaaliset. Toimijoiden ja prosessiin liittyvien solmukohtien vähentyessä myös virheen mahdollisuus vähenee. Edellytys tälle on, että poikkeamat toiminnassa, läheltä piti-tilanteet ja haittatapahtumat minimoidaan raportoimalla, analysoimalla ja korjaamalla näiden pohjalta toimintatapojen, toimintaketjujen ja -prosessien puutteet. Analysoinnissa ei etsitä syyllisiä, vaan varmistetaan potilasturvalli-

suuden toimivuus parhaiten siirtämällä huomio toimintaan ja toimintaympäristöön sekä siellä olevien riskien poistamiseen. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009a, 185–187.)

Kokemuksen perusteella voidaan vähentää monia yleisiä virhemahdollisuuksia ja parantaa potilasturvallisuutta, kun varmistetaan ja noudatetaan yhteisesti sovittuja käytäntöjä ja toteutettavia toimintoja. Virheistä oppimisen mahdollistavat avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri, kehittämisinto, systeemiajattelu, johdon sitoutuminen ja esimiesten tuki, systemaattinen tiedonsiirto ja keskustelu. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2009a, 185–187.)

Osastotunnit

Jatkuvat muutokset aiheuttavat niin yksilölle kuin yhteisöllekin vaatimuksia joustavuudesta sekä uusien taitojen, tietojen ja asenteiden oppimisesta. Koska koulutuksen tuottama osaaminen ei enää yksin riitä, on ihmisten jatkuvasti pyrittävä kehittämään ja päivittämään osaamistaan. Työ ja työpaikka ovat tärkeimpiä oppimisympäristöjä, joissa ammatillista osaamista kehitetään ja jossa oppiminen mahdollistuu usealla eri tavalla. (Paloniemi 2004, 13, 24–25.)

Hoitajan täytyy muodostaa oma käsityksensä siitä, mitä ohjaus on, miksi ja miten hän ohjaa sekä millainen vastuu hänellä on edistää ohjattavien valintoja. Ohjaukseen kuuluu läheisesti keskusteleminen ja vuorovaikutus, jossa osapuolet tuovat näkemyksiään ja kuulevat myös toisten ajatuksia (Vehviläinen 2001, 12–13).

Suunnittelu

Kehittämistehtävän alkuvaiheessa olin tehnyt aikataulusuunnitelman, jonka mukaan edettiin. Suunnittelin kaksi osastotuntia. Osastotunnit ovat yleisesti käytössä hoitoalalla ja niiden avulla saadaan helposti uutta tietoa työntekijöille. Osastotunneilla halusin keskittyä tärkeisiin kohtiin, ohjata tiedon etenemistä ja pitää kuulijan mielenkiinnon yllä. Tämän saavuttamiseksi visuaaliset PowerPoint-esitykset olivat mielestäni hyvä vaihtoehto. Kevättalvella luin alan kirjallisuutta, etsin uusia tutkimuksia ja suunnittelin PowerPoint-esityksiä. Tietoa aiheesta oli saatavilla paljon, mutta hajanaisesti.

Toteutus

Osastotunnit pidin Pieksämäen sairaalan hoiva- ja turvaosastolla lääkärin huoneessa. Huone on pieni, mutta osaston vieressä, joten hoitajat pystyivät osallistumaan osastotunneille työajalla. Jokainen osastotunti kesti noin 45 minuuttia.

Ensimmäisen osastotunnin pidin huhtikuussa 2014. Tunnille osallistui seitsemän hoitajaa aamu- ja iltavuorosta. Esityksessä käsittelin iäkkäiden lääkityksen ongelmakohdat ja lääkkeiden yhteis- ja haittavaikutukset. Esittelin työkalut, joiden avulla hoitajat pystyvät ennaltaehkäisemään lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksia. Kerroin iäkkäiden lääkityksen tietokannasta, SFINX-tietokannasta ja Interaktiokortista, hakutavoista ja siitä, miten haun voisi toteuttaa.

Kävimme läpi lääkkeiden farmakokineettisiä ja farmakodynaamisia yhteisvaikutuksia. Suuri osa farmakokineettisistä yhteisvaikutuksista johtuu sytokromi P450:n (CYP450) entsyymitoiminnan muutoksista. Maksan sytokromientsyymit (CYP-entsyymit) hajottavat lääkkeitä erittyvään muotoon. Perintötekijät tai toisen lääkkeen vaikutukset voivat aiheuttaa ongelmia entsyymien toiminnassa. Myös eräät ruoka-aineet, esimerkiksi greippi ja greippimehu, voivat estää jonkin sytokromientsyymin toimintaa (Kivelä 2012, 105–106).

Osastotunnilla olen käyttänyt erilaisia ohjausmenetelmiä, kuten PowerPoint-kuvia, kortteja, tietokantoja sekä kirjallisia materiaaleja. Esitystä varten valitsin esimerkkejä lääkkeitä, jotka kuuluvat osaston peruslääkevalikoimaan. Terveystieteiden ammattilaisten on tärkeää tuntee iäkkäiden riskialttiit lääkkeitä ja niiden aiheuttamat keskeiset haitat. Esityksessä kävimme läpi iäkkäiden hoidossa kriittisiä lääkkeitä. Tein myös *Iäkkäiden riskilääkkeet* -muistikortin ja *Interaktiokortin*, jotka muokkasin osaston lääkevalikoiman mukaisesti. Tavoitteena oli tehdä korteista mahdollisimman selkeitä, helppokäyttöisiä ja hyödyllisiä apuvälineitä hoitajien työhön. Kortit oli laitettu näkyviin lääkehuoneeseen. Tulevaisuudessa niitä voidaan käyttää myös perehdytys- ja opetustilanteissa. Esityksen aikana hoitajat toivat esille omia ajatuksia ja esimerkkejä vanhusten lääkehoidosta. Esimerkkinä oli kerrottu hoitajien raportoimista Donepezilin haittavaikutuksista yhdellä naispotilaalla. Lääkkeen lopettamisen jälkeen, potilas virkistyi ja hankalat haittavaikutukset loppuivat. Hoitajat kertoivat muita esimerkkejä psyykenlääkkeiden, kuten Opamoxin, Temestan, Absenorin, Serenasin ja Diapamin lopettamisesta tai vähentämisestä ja vanhusten virkistymisestä. Hoitajien mielestä on tärkeää seurata potilaan vointia ja ilmoittaa lääkärille muutoksista.

Toukokuun lopussa pidin toisen osastotunnin, johon osallistui kahdeksan hoitajaa. Nostin käsiteltäväksi aiheeksi lääkitysturvallisuuden ja lääkityspoikkeamien estämisen osastolla. Hoitajia varten tein potilaan siirto raportti- ja kotiutuksen muistikortit, apuna ISBAR-menetelmä.

Vuodesta 2014 alkaen Pieksämäen perusturvan käytössä on ollut HaiPro-ohjelma. Kehittämistehtävän tavoitteena oli perehdyttää osaston hoitohenkilökuntaa HaiPro-ohjelmaan ja kannustaa hoitajia ilmoittamaan vaaratapahtumista aktiivisesti. Osastotunnilla käsiteltiin raportoinnin prosessi, sen tarkoitus ja periaatteet. HaiPro-ohjelman verkkosivulta valitsin muutamia mielenkiintoisia tapausesimerkkejä, joiden avulla kerroin mahdollisista tur-

vallisuusuhkista ja niiden ehkäisemisestä. Korostin, että raportointi HaiPro-ohjelman avulla on vaivatonta, nopeaa ja yksinkertaista sekä kakkien työntekijöiden käytettävissä. Vertailua varten näytin tapahtumaraportin paperiversi-
on, jonka hoitajat täyttivät aikaisemmin.

Osastotunti herätti keskustelua lääkitysturvallisuudesta ja lääkehoidon vastualueesta. Hoitajat olivat sitä mieltä, että lääkitysturvallisuus on yhteinen asia ja että vastuu siitä kuuluu jokaiselle hoitajalle. Esimerkiksi osastolla sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu lääkkeiden jakaminen dosetteihin yhden ker-
ran viikossa sekä päivittäinen tarkistus ja jakaminen tarjottimelle. Lääkkeet tarkistetaan myös silloin, kun perus- tai lähihoitaja vievät annokset potilaalle.

Arviointi

Hoitajat arvioivat osastotunnit palautelomakkeen avulla, ja sain opetustilan-
teesta positiivisia palautteita. Hoitajien mielestä esitykset olivat ajankohtaisia,
kiinnostavia ja antoivat uutta ajateltavaa omaa työtä kehitettäessä. Palautteen
mukaan esityksiin varattu aika hyödynnettiin tehokkaasti, myös tiedottami-
nen ja järjestely toimivat hyvin.

Hoitajien mielestä parasta esityksissä oli suunnitelmallisuus, selkeys, osaston
käytännön rinnastaminen hyödyllisesti esitykseen, tiedot potilaan siirtorapor-
tista (ISBAR) ja HaiPro-esimerkit. Hoitajat toivoivat parempaa tilaa, koska
lääkärin huone oli liian pieni, eikä näkyvyys ollut paras mahdollinen. Vaikka
osa esityksen sisällöstä oli kertausta, toivon, että se toi esille myös uutta tietoa.
Esitykseni tulostettava versio jäi osastolle käytännön hoitotyön apuvälineeksi.

Pohdinta

Viime vuosikymmeninä iäkkäiden hoitokäytännöissä on tapahtunut paljon
muutoksia. Yhä useammin yhtä tautia hoidetaan monen lääkkeen yhdistel-
mällä ja seurauksena on ollut käytössä olevien lääkkeiden määrän raju kasvu.
Iän myötä elimistössä tapahtuu monia muutoksia, jotka vaikuttavat lääkeai-
neiden kulkuun ja vasteeseen. Mitä enemmän lääkkeitä iäkkäällä on käytös-
sään, sitä suurempi on lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksien vaara. (Harti-
kainen & Lönnroos 2008, 247–249.)

Iäkkään lääkitystä ei voida tarkastella vain yhden taudin hoidon kannalta. On
tutkittava koko ihminen ja arvioitava tarvittavien lääkkeiden kokonaisuus.
Monilääkitystä ei voida aina välttää ja geriatrian professori Timo Strandbergin
(2013) mukaan nykyään pitää puhua hallitusta monilääkityksestä, joka pa-
rantaa iäkkään elämänlaatua. Puutteellinen tai sopimaton lääkitys päinvastoin
heikentää iäkkään kuntoa, itsenäistä selviytymistä ja johtaa sairaalahoitoon.

Suomalaisen potilasturvallisuusstrategian 2009–2013 mukaan potilasturvallisuus on kaikkien sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien ammattihenkilöiden ja potilaiden yhteinen asia. Turvallinen ja järkevä lääkehoito edellyttää moniammatillista yhteistyötä lääkäreiden, farmaseuttien ja hoitajien välillä iäkkäiden potilaiden parhaaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 50–51.)

Lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutuksista suurin osa on ennaltaehkäistävissä, ja hoitajilla on tärkeä rooli ehkäisyssä. Heidän on huomioitava, jos potilaalla ilmenee yllättäviä haittoja tai jos lääke ei tehoa odotetulla tavalla. Lääkehoidossa interaktiotietokannat ja -kortit ovat parhaimmillaankin vain hyödyllisiä apuvälineitä.

Tavoitteeni toteutui mielestäni hyvin, ja hoitajat olivat tyytyväisiä osastotunteihin. Sain kiinnitettyä hoitajien huomion lääkitysturvallisuuteen, iäkkäiden lääkityksen ongelmakohtiin ja niiden ehkäisyyn. Toivon, että tekemäni lääkäiden riskilääkkeet -muistikortti, interaktiokortti, potilaan siirtoRaportti sekä kotiutuksen muistikortit hyödyttäisivät hoitajia päivittäisessä käytössä.

Esityksien suunnittelu, tekeminen ja arviointi sekä tekninen toteutus työn ohella oli haasteellinen, mutta mielenkiintoinen ja opettavainen kokemus. Sairaanhoidajan ammatissa tarvitaan ryhmäohjaus- ja opettamistaitoja, jotka lisääntyivät tämän tehtävän myötä. Myös oma ammatillisuuteni kehittyi työprosessin aikana. Pehdyin tarkemmin vanhenemismuutoksiin, iäkkäiden lääkehoidon haasteisiin sekä hoivaosaston peruslääkevalikoimaan. Yhteistyö hoivaosastolla lisääntyi ja sain itseluottamusta toimia ryhmän jäsenenä.

Laitoshoidossa olevilla vanhuksilla säännölliset lääkesaneerauskierrot ovat hyödyllisiä, kun lääkitys hoidetaan keskitetysti. Erityisesti psyykenlääkkeiden tarve tulisi laitoshoidossa tarkistaa useita kertoja vuodessa, sillä niitä käytetään paljon ja tarve voi usein olla esimerkiksi dementian käytösoireisiin lyhytaikaista (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 167.)

Pari vuotta sitten osastohoidossa olevilla vanhuksilla oli vielä pitkät lääkelistat, mutta sitten lääkärit aloittivat haitallisten ja turhien lääkkeiden vähentämisen. Varsinkin pitkäaikaishoidossa olevilla vuodepotilailla on nykyisin pieni lääkitys eikä heidän vointinsa vähentämisen jälkeen huonontunut. Pieksämäen perusturvan yksiköissä oli myös aloitettu potilaiden lääkelistojen päivittäminen ajantasaisesti. Nykyisin tämä on jo sääntö: kun potilas tulee osastolle, hänen lääkkeensä täytyy selvittää, ja osastolta lähtiessä hänen lääkelistansa tulee olla ajan tasalla.

Lääkehoidon osaamista ja lääkitysturvallisuutta olisi hyödyllistä kehittää osastolla eteenpäin. Lääketietokantojen tunnettavuutta pitäisi myös parantaa, jotta lääkärit ja hoitajat käyträisivät niitä päivittäisessä potilastyössään. Myöhemmin osastotuntien jälkeen hoivaosaston henkilökunta osallistui Potilas-

turvallisuutta taidolla -verkkokoulutukseen, joten heidän tietonsa potilasturvallisuudesta varmistuisivat entisestään. Järjestelmällisen ja helppokäyttöisen HaiPro-raportointimenettelyn avulla hoitajat voivat hyödyntää vaaratapahtumista saatavat opit, ja myös johto saa tietoa varautumisen riittävydestä ja toimenpiteiden vaikutuksista. Virheistä oppimisen mahdollistavat avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri, kehittämisinto, systeemiajattelu, johdon sitoutuminen, esimiesten tuki, systemaattinen tiedonsiirto ja keskustelu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b, 14).

Yhdessä olemme ottaneet vielä yhden askelen potilasturvallisuuskulttuurin edistämiseksi. Olisi mielenkiintoista seurata, miten ahkerasti ja millaisia vaaratapahtumailmoituksia hoitajat tekevät tulevaisuudessa ja miten vaaratapahtumista oppiminen on sujunut

LÄHTEET

- Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) 2008. Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.
- Kinnunen, M. & Peltomaa K. 2009. Moniuloitteinen potilasturvallisuus. Teoksessa: Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.).2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Kinnunen, M. & Sulosaari, V. 2010. Lääkehoito sairaanhoitajan tehtävänä. Sairaanhoitaja 2010 (1), 42–43.
- Kivelä, S-L. 2010. Kemialliset rajoitteet iäkkäiden hoidossa. Suomen Lääkärilehti 7/2010, 593–598.
- Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia: arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Helsinki: Kirjapaja.
- Paloniemi, S. 2004. Ikä, kokemus ja osaaminen työelämässä: työntekijöiden käsityksiä iän ja kokemuksen merkityksestä ammatillisesta osaamisesta ja sen kehittämisestä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13327/9513920399.pdf?sequence=1> [viitattu 2.6.2014].
- Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2013. Lääkehoidon käsikirja. Helsinki: Sanoma Pro.Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.
- Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005: 32. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriö 2009a.
- Potilasturvallisuuden edistämisen ydinkohtia. Teoksessa Potilasturvallisuus ensin – Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto.Sosiaali- ja terveysministeriö 2009b. Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009–2013. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7801.pdf [viitattu 11.5.2014).
- Strandberg, T. 2013. Vanhukset tarvitsevat lääkehoitoakin. Societas Gerontologica Fennica ry. Saatavissa: <http://www.gernet.fi/artikkelit/1302/vanhukset-tarvitsevat-laakehoitoakin> [viitattu 7.6.2014].
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011. Potilasturvallisuusopas potilasturvallisuuslainsäädännön ja -strategian toimeenpanon tueksi. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f> [viitattu 10.5.2014].
- Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki: Yliopistopaino.
- Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

SAATTOHOIDON JÄRJESTÄMINEN JA TOTEUTUS HOIVAKOTI KOLMISOINNUS

Laukkarinen Hanna ja Tulkki Tanja

TIIVISTELMÄ

Saattohoito on ajankohtainen aihe. Se on esimerkiksi valittu yhdeksi Yhteisvastuukeräyksen kotimaan erityiskohteeksi vuonna 2014. Väestön ikääntymisen myötä saattohoidot yleistyvät.

Saattohoito on vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa, kun parantavasta hoidosta on luovuttu ja sairauden etenemiseen ei enää kyetä vaikuttamaan. Saattohoidon tavoitteena on turvata potilaalle arvokas loppuelämä. Keskeisinä arvoina ovat kuoleman kunnioittaminen, arvostaminen, potilaan oikeudet ja oman tahdon toteutuminen. Saattohoitopäätöstä tehtäessä kunnioitetaan potilasta ja hänen oikeuksiaan. Liian myöhään tehty päätös haittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, kipujen lievitystä sekä potilaan ja omaisten mahdollisuutta valmistautua kuolemaan. Saattohoitopäätöksen tekeminen muistisairaana hoidossa ei ole helppoa, koska taudin kulku voi vaihdella suuresti lyhyen ajan sisällä.

Kehittämistyön aihe lähti hoivakotimme tarpeesta, koska hoitohenkilökunta on kokenut, että sillä ei ole riittävästi tietoa saattohoidon käytännön järjestelyistä. Tiedon tulisi myös olla helposti saatavilla. Olemme molemmat kiinnostuneet saattohoidosta ja sen toteuttamisen kehittämistä, joten aiheen valinta kehittämistäväksemme oli selvä. Kehittämistehtävämme tavoitteena oli saada selvä ohjeistus saattohoidon toteuttamiseen ja tehdä saattohoidosta luonnollinen osa vanhustenhoitoa hoivakodissamme. Alkuvuodesta 2014 haimme teoriatietoa kirjallisuudesta ja koulutuksesta. Vierailimme myös saattohoitoon erikoistuneessa hoivakodissa. Kevään aikana kirjoitimme hoivakotimme henkilökunnan tarpeeseen ohjeistuksen, jossa käydään läpi saattohoitoon liittyvät asiat tiiviisti ja selvästi. Syksyn aikana ohjeistus on tarkoitus esitellä hoitohenkilökunnalle ja ottaa käyttöön jokaisessa ryhmäkodissa.

Mitä on saattohoito?

Saattohoito on vaikeasti sairaan ihmisen hoitoa tilanteessa, jossa parantavasta hoidosta on luovuttu eikä sairauden etenemiseen enää kyetä vaikuttamaan. Se on hoitoa ja tukea sairauden viime vaiheessa ja kuolinprosessin aikana. Saattohoito on palliatiivisen hoidon viimeinen jakso, ja sen ajatellaan koskevan usein ainoastaan syöpäpotilaita, mutta moni kroonista etenevää sairaut-

ta sairastava potilas hyöttyy myös saattohoidosta. Esimerkiksi muistisairautta sairastavan vanhuksen saattohoitoon pitäisi kiinnittää enemmän huomiota ja sitä tulisi kehittää. Saattohoitoon kuuluu potilaan toiveiden huomioon ottaminen, mahdollisimman hyvä oireidenmukainen hoito, lähestyvään kuolemaan valmistaminen sekä potilaan läheisten huomioiminen ja tukeminen. Saattohoidon tavoitteena on turvata potilaalle aktiivinen ja arvokas loppuelämä. (Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 19 – 21.)

Kuolevalle pyritään luomaan sellaiset olosuhteet, että hän voi elää mahdollisimman hyvää elämää loppuun saakka. Saattohoidossa kuolevalla ja hänen läheisillään on mahdollisuus valmistautua lähestyvään kuolemaan. Kuoleva voi kohdata kuolemansa mahdollisimman turvallisesti, kivuttomasti ja arvokkaasti ja kokea itsensä rakastetuksi. Kärsimyksen lievitys on saattohoidon päämäärä. Kuolevan kunnioittaminen, arvostaminen, potilaan oikeudet ja oman tahdon toteutuminen ovat hoidon keskeisiä arvoja. Hyvän hoidon edellytyksenä on hoitohenkilökunnan, potilaan ja hänen läheistensä yhteistyö. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on antaa potilaalle sekä hänen läheisilleen kaikki käytettävissä oleva hoito ja tuki. Saattohoito on haasteellista työtä, joka vaatii hoitajilta hyviä ihmissuhdetaitoja ja kykyä olla emotionaalisesti lähellä toista ihmistä. (Heikkinen ym. 2004, 19 – 21.)

Saattohoitopäätöksen tekeminen

Saattohoitopäätöstä tehtäessä kunnioitetaan potilasta ja hänen oikeuksiaan. Liian myöhään tehty saattohoitopäätös haittaa potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumista, oireiden lievitystä sekä potilaan ja hänen omaistensa mahdollisuutta valmistautua lähestyvään kuolemaan. Joskus vaikean sairauden myöhäinen toteaminen voi aiheuttaa sen, että potilas tulee hoitoon vasta muutamaa päivää ennen kuolemaansa. Silloin saattohoidon potilaalle tarjoamat ja elämänlaatua parantavat mahdollisuudet eivät ennätä toteutua. Potilaan itsemääräämisoikeus ei toteudu, eivätkä potilas ja hänen läheisensä saa riittävästi aikaa valmistautua kuolemaan ja jäähyväisten jättämiseen. (Grönlund & Huhtinen 2011, 78.)

Kun saattohoitoon päädytään, usein tilanne selkiytyy kaikkien osapuolien kannalta. Kuolevalle tarjoutuu mahdollisuus valmistella ja käsitellä omaa kuolemaansa, ja läheiset pystyvät valmistautumaan tulevaan. Hoitohenkilökunta määrittelee hoidon tavoitteet uudelleen sekä kuuntelee, on läsnä ja vastaa kuolevan potilaan tarpeisiin ja odotuksiin. Keskeisenä osana on perheen, omaisten ja läheisten tukeminen. (Heikkinen ym. 2004, 23 – 24.)

Saattohoitopäätöksen tekee aina lääkäri. Päätöksen tekijän tulee olla riittävän hyvin tutustunut potilaan sairaushistoriaan, ja ihanteellista onkin, että potilasta pitkään hoitanut omalääkäri tekee saattohoitopäätöksen. Myös hoitaja voi avata keskustelun saattohoitopäätöksen tarpeellisuudesta. Yleensä hoitaja

tuntee potilaan paremmin kuin lääkäri, koska hän tapaa potilasta päivittäin ja potilaan arki ja arjessa jaksaminen on hänelle tutumpaa. Saattohoitopäätös tehdään usein hoitoneuvottelussa, johon osallistuu potilas ja häntä hoitava lääkäri. Myös potilaan läheisiä ja muita hoitoon osallistuvia voi olla mukana neuvottelussa potilaan luvalla. Hoitoneuvottelussa käydään läpi potilaan sairautta ja sen hoitoon liittyviä asioita, eri hoitovaihtoehtoja ja tulevaisuuden näkymiä. Lääkäri keskustelelee potilaan kanssa lääkityksestä, neste- ja ravitsemushoidosta, sekä erilaisten tutkimusten tarpeellisuudesta ja hyödyistä. Potilaan omia toiveita kuunnellaan ja lääkäri tekee päätöksen hoitolinjoista. Potilaalle ja omaiselle annetaan tarpeeksi aikaa kysyä epäselväksi jääneistä asioista. Saattohoitopäätöksen tekee lääkäri, mutta parhaassa tapauksessa potilas, hänen läheisensä sekä koko hoitotiimi on yksimielisenä päätöksen takana. (Heikkinen ym. 2004, 24 – 28.)

Saattohoitoon siirtymisestä tehty päätös kirjataan selvästi ja näkyvästi potilasasiakirjoihin. Kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien on oltava tietoisia tehdyistä hoitopäätöksistä. Potilasasiakirjoista tulee selvitä, koska päätös on tehty, mitä on päätetty ja ketkä ovat olleet paikalla päätöstä tehdessä. Saattohoitopäätös auttaa hoitohenkilökuntaa tilanteissa, joissa joku potilaan omainen on eri mieltä tilanteesta ja vaatii potilaalle esimerkiksi erikoissairaanhoidon palveluja. (Heikkinen ym. 2004, 24 – 28.)

Muistisairaana saattohoito

Muistisairaana saattohoitopotilaan hoidossa on erittäin tärkeää, että hoitoryhmä on tuttu. Tutut hoitajat tuntevat potilaan elämänhistorian ja ovat tietoisia hänen hoitotahdostaan. Yleisin dementoiva sairaus on Alzheimerin tauti. Tautia sairastetaan keskimäärin kymmenen vuotta, mutta tauti voi johtaa kuolemaan jo parissa vuodessa tai sairaus voi kestää jopa parikymmentä vuotta. Muita dementoivia sairauksia ovat mm. vaskulaarinen dementia, Lewyn kappale -tauti ja otsalohkodementia. Saattohoitopäätöksen tekeminen Alzheimerin taudissa ei ole helppoa, koska potilaan vointi voi vaihdella päivittäin. Loppuvaiheessa potilas on yleensä hyvin laiha ja raajat ovat jäykät. Hän on puhumaton, eikä pysty itse syömään tai juomaan. Kuoleman lähestyessä nielemiskyky heikkenee ja ruoka jää helposti suuhun. Nesteitä annettaessa potilas alkaa helposti yskiiä ja voi aspiroida ruokaa henkitorveen ja keuhkoputkiin. Tämä voi aiheuttaa keuhkokuumeen. Saattohoitopäätöksen tekoa tulisi harkita Alzheimerin tautia sairastavalle potilaalle, jota on jo pitkään hoidettu vuoteeseen. Päätös olisi hyvä tehdä siinä vaiheessa, kun hänen nielemiskykynsä heikkenee ja häviää, eikä ole todettavissa taustalla selkeää infektiota tai aivoinfarktia. Hoitajilta vaaditaan taitoa tulkita potilaan tilanne oikein, ja heidän velvollisuutensa on tiedottaa asiasta hoitavaa lääkäriä. (Saattohoito-opas työntekijöille 2014.)

Potilaalla on mahdollisuus ilmaista toiveensa siitä, miten hän haluaa itseään hoidettava vaikean sairauden aikana ja kuoleman lähestyessä. Tällöin puhutaan hoitotahdosta. Hoitotahto voidaan ilmaista sitä varten erityisesti laaditulla lomakkeella tai muulla tavoin. Pääasia on, että tahdon ilmaus on selvästi sekä laatijan että toteuttajan ymmärrettävissä. Hoitotahdosta tulee ajankohdainen tilanteessa, kun potilas ei ole enää itse kelpoinen eikä kykenevä ilmaisemaan omaa hoitoaan koskevaa tahtoaan hoitavalle lääkärille. Hoitotahto jatkaa potilaan itsemääräämisoikeuden käyttämistä vielä senkin jälkeen, kun hän ei ole enää potilaslaissa määritellyllä tavalla kelpoinen päättämään hoidostaan. Potilas voi aina muuttaa hoitotahdon ilmaisuaan tai peruuttaa sen. Sen voi tehdä suullisesti tai kirjallisesti. Jos potilas kykenee ilmaisemaan vakaan hoitotahdonsa, mutta ei kykene itse varmentamaan sitä koskevaa merkintää, sen voivat varmentaa kaksi tahdon kuullutta terveydenhuollon ammattihenkilöä, jotka ovat kuulleet tai muuten voineet luotettavasti todeta potilaan tahdon ilmaisun. (Hänninen & Luomala 2013, 55 – 56.)

Varhainen dementiadiagnosi mahdollistaa, että potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu ja hän voi varautua läheistensä kanssa tulevaan. Dementia on yleensä alidiagnosoitu ja hoidettu etenkin sairauden alkuvaiheessa. On hyvin tärkeää, että tietoa dementiasta annetaan oikea-aikaisesti, oikealla tavalla ja nopeudella, potilaan ja hänen perheensä lähtökohdista. Myös elämän loppuvaiheen suunnittelu liittyy tähän vaiheeseen. Hoitotahdon laatiminen viimeistään tässä vaiheessa elämän loppuvaiheen varalle olisi erityisen tärkeää. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tukea ja antaa neutraalia tietoa suunnittelun pohjaksi. Kuten muidenkin kroonisten kuolemaan johtavien sairauksien kanssa, myös dementiapotilaan ja hänen omaistensa kanssa tulisi suunnitella hoito palliatiivisen hoidon näkökulmasta ja pyrkiä mahdollisimman hyvään elämänlaatuun. Hoidon tulee sisältää lääkityksen lisäksi fyysisistä ja psyykkistä kuntoutusta, sosiaalisia kontakteja sekä turvallinen koti- ja kuntoutusympäristö. Myös taloudellinen pärjääminen on huomioitava.

Jos dementia on pitkälle edennyt ja dementiapotilas on ennen sairastumistaan laatinut hoitotahdon tai muuten selvästi ilmaissut toiveensa läheisilleen elämän loppuvaiheen hoidosta, läheisten kanssa on hyvä keskustella. Pitää selkeyttää myös omaisille, mitä hoitotahto merkitsee esim. sydänpysähdyksen tapahtuessa tai hengityskonehoitoa suunniteltaessa. (Hänninen 2006, 85 – 89.)

Jos dementia on edennyt niin pitkälle, ettei potilas enää itse kykene ilmaisemaan mielipidettään toiveistaan elämän loppuvaiheen hoidoista, hoitojen suunnittelu ja arviointi on lääkärin vastuulla. Päätöksenteon pohjaksi on lääkärin hyvä keskustella potilaan ja omaisten kanssa potilaan tilanteesta. Keskustelujen tarkoituksena on saada tietoa siitä, mikä olisi potilaan mahdollinen mielipide tässä tilanteessa ja mikä olisi potilaan kokonaisedun mukaista hoitoa. Päätöksenteko voi olla ristiriitaista ja vaikeaa etenkin silloin, kun omaisilla on keskenään ristiriitaiset näkemykset asiasta. Koska monet tekijät vaikutta-

vat päätöksentekoon ja asenteisiin, ulkopuolisten on vaikea arvioida potilaan mielipidettä hoidon aktiivisuudesta. Usein omaisilla on taipumus yliarvioida läheisensä hoitotoiveen aktiivisuutta. Dementiapotilaiden ennusteen arviointi on vaikeaa. Suomessa tehdyssä tutkimuksessa 0,8 %:lla iäkkäistä laitoshoitopotilaista arvioitu elinikäennuste oli alle puoli vuotta, mutta kuitenkin 12 % heistä kuoli tänä aikana. Tämä kuvaa akuuttien sairauksien merkitystä lopullisena kuolemaan johtavana syynä, mutta kertoo myös siitä, ettei saattohoitoa tai hoitolinjaa oteta riittävästi huomioon iäkkäiden laitospotilaiden hoidossa. (Hänninen 2006, 85 – 89.)

Dementiapotilaiden ennaltaehkäisevässä kuntoutuksessa on paljon kehitettävää. Kivunhoitoon, käytösoireiden ja muiden psyykkisten oireiden hoitoon pitäisi myös kehittää erityisosaamista. Omaisten informointiin ja tukemiseen tulisi panostaa. Kuolemaan liittyvistä asioista ei aina osata tai uskalleta keskustella. Keskustelut iäkkäiden kanssa elämän loppuvaiheesta tulisi käydä hienovaraisesti, ottaen huomioon elämän asenteet ja voimavarat. (Hänninen 2006, 85 – 89.)

Kuolevan hyvä hoito

Ihmisen sairastuttua vakavaan ja etenevään sairauteen eri hoitomuodot joudutaan punnitsemaan uudelleen. Kaikista hoidoista tai tukitoimista ei aina ole apua, ja joskus niistä voi olla jopa haittaa. Pääsääntönä on taata potilaan olon mukavuus ja oireettomuus. Jokaisen potilaan hoidossa harkitaan yksilöllisesti hoitomuodot, joilla näihin päämääriin päästään. Periaatteessa saattohoidon aloittaminen ei sulje pois mitään sellaisia hoitoja, joilla voidaan lisätä potilaan hyvinvointia. Saattohoitoon kuuluvat aina oireenmukainen lääkehoito, potilaan ja perheen tukeminen, ympäristön tekeminen miellyttäväksi sekä arvokas ja inhimillinen kohtelu. (Hänninen 2008, 14 – 15.)

Käypä hoito -suosituksessa vuodelta 2012 todetaan, että elämän loppuvaiheessa suonensisäinen nestehoito ei paranna potilaan elämänlaatua eikä lievitä janontunnetta. Nestehoidon toteuttamisen onnistuminen voi vaatia esimerkiksi potilaan käsien sitomista. Annettu neste voi kertyä kudoksiin aiheuttaen paikallista kipua ja esimerkiksi pahentaa potilaan sydämen vajaatoimintaa.

Tilanteet, joissa suonensisäinen nesteytys on tarpeellista, ovat saattohoidossa poikkeuksia. Ihanteellista on, että potilas juo itse niin kauan, kuin se on mahdollista, mutta kuitenkin vain sellaisia määriä, jotka tuntuvat miellyttäviltä. Kun potilas ei pysty enää juomaan, riittää usein pelkkä suun kostuttaminen pienellä vesimäärällä poistamaan epämiellyttävän suun kuivumisen tunteen. Suuta kostuttamaan voidaan myös käyttää erilaisia apteekista saatavia kostutusgeelejä. Pitkälle edenneen sairauden loppuvaiheessa elimistön kuivumiseen liittyy sekä hyviä että huonoja puolia. Kuivuminen vähentää eritystoimintaa, joten virtsaamisen tarve vähenee ja näin pystytään välttämään potilaan turhaa liikuttelua. Nestevajauksen myötä limaneritys hengitysteissä vähenee ja esi-

merkiksi turvotus kasvaimen ympäristössä voi pienentyä ja sen vuoksi kipu lievittyä. Joskus nestevajaus voi aiheuttaa sekavuutta nestetasapainon muutoksien vuoksi. Tämän vuoksi etenkin varhaisemmassa taudin vaiheessa nesteyttämisestä voi olla hyötyä. (Hänninen 2008, 15 – 16.)

Jos kuolevan potilaan on vaikea niellä ja taudin vuoksi ravinto imeytyy huonosti, ei voida puhua enää ruokailusta, vaan ravinnon antaminen on lääketieteellinen toimenpide elintoimintojen ylläpitämiseksi. Ravinnon antamisen hyödyllisyys käy kyseenalaiseksi sairauden edettyä jo pitkälle. Esimerkiksi syöpä tuottaa hormonin kaltaisia aineita elimistöön, jotka voivat estää ravinnon hyväksikäyttöä. Potilaan laihtuminen ei johdu vain siitä, ettei ruoka maistu, vaan yleisimmin elimistö ei kykene enää käyttämään ravintoa hyväksi. Potilaan syöttämiseen liittyy myös vaara ruuan tai juoman joutumisesta hengitysteihin. Syödyn ruuan myötä ulostamisen tarve lisääntyy, mikä voi osaltaan lisätä myös kipua. Useimmiten edenneessä taudissa ei ole suositeltavaa antaa ravintoa suonensisäisesti eikä nenämahaletkulla. Myös suun kautta ruuan ja juoman antaminen potilaalle, jonka tajunnantaso sekä nielemisrefleksi ovat alentuneet, eivät ole suotavia. Niin kauan kuin potilas pystyy itse ottamaan ruokia ja juomia suun kautta, tarjotaan hänelle miellyttävässä muodossa hänen lempiruokiaan ja annetaan se määrä, minkä hän itse haluaa syödä. (Hänninen 2008, 16 – 17.)

Lääkärin ja sairaanhoitajan vastuulla on potilaan kivun arviointi. Lisäksi siihen kuuluu psyykkis-emotionaalisten, hengellisten ja sosiaalisten ongelmien aiheuttamien kipujen tunnistaminen. Huomioimalla kaikki osa-alueet pystytään selvittämään sairauden eteneminen ja potilaan hyvinvointi kokonaisuutena ja nähdään, miten sairaus vaikuttaa potilaan elämänlaatuun. Ensisijaisesti pyritään arvioimaan potilaan vaikeimmat oireet ja eniten vaivaavat, puuttumista vaativat asiat. Hoitotyöntekijän tehtävänä on kuunnella potilasta tarkasti ja uskoa siihen, mitä hän kertoo oireistaan, kivuistaan ja tuntemuksistaan. Kipu ja kivun pelko aiheuttavat potilaalle stressiä, joka lisää kärsimystä ja toivottomuutta. Tiedon antaminen eri kivunlievitysvaihtoehdoista rauhoittaa potilasta. Potilas tarvitsee tietoa kipujensa syistä, vaihtoehdoista hoitomuodoista ja niiden hyödyistä sekä mahdollisista sivuvaikutuksista. Usein potilas ilmaisee kärsimyksen kivun muodossa. Kärsimys voi merkitä kokemusta vähenevistä voimista, avuttomuudesta tai toivottomuudesta. Aina kipu ei tarkoita sairauden etenemistä, vaikka potilas voi niin olettaakin. Kivun myötä myös muut fyysiset oireet voivat voimistua. Esimerkiksi ummetus, hengenahdistus ja pahoinvointi voivat lisätä kipua. Ongelmat, jotka liittyvät läheisiin ihmissuhteisiin tai hengellisiin asioihin, voivat lisätä fyysisiä kipuja. (Grönlund & Huhtinen 2011, 57 – 58.)

Saattohoidossa kivunhoidon portaittaisen kivunhoidon mukaan otetaan ensin käyttöön tulehduskipulääkkeet, koksibit (= perinteistä tulehduskipulääkettä vatsaystävällisempi vaihtoehto) tai parasetamoli. Vanhuksilla tulehdus-

kipulääkkeiden annosten tulisi olla alhaisia, etenkin jos munuaistoiminta on heikentynyt. Myöskään parasetamoliannos ei saa ylittää 4 g:aa vuorokaudessa maksatoksisuuden vuoksi. Syöpäkivunhoidossa vahvat opioidit ovat lääkeytyksen perustana. Vanhukselle, joka ei ole aiemmin opioideja käyttänyt, voi pienikin aloitusannos olla liian suuri. Iän myötä morfiinin ja sen aineenvaihduntatuotteiden poistuminen hidastuu elimistöstä noin kolmanneksella. Sen vuoksi vanhuspotilaiden annos tulee miettiä ja titrata tarkkaan. Iäkkäiden kivunhoidossa voi olla haasteellista erottaa, kuinka suuri osa ilmaistusta kivusta on ahdistusta tai masennusta. Jos kipu tuntuu epätyypilliseltä, pitäisi arvioida potilaan psykologinen kärsimys. Dementoituneella vanhuksella ilmaisukyky voi olla alentunut, jonka vuoksi kivun selvittäminen on vaikeaa. Silloin kivun ilmeneminen tulee selvittää eleitä ja käytösmuutoksia tarkkaillen sekä läheisiä kuunnellen. Vanhusten lääkehoidossa yleensä lääkkeiden sivuvaikutukset korostuvat, jonka vuoksi kivunhoidossa tulisikin käyttää enemmän lääkkeettömiä keinoja. Hyviä lääkkeettömiä keinoja ovat esimerkiksi rentoutus, fysioterapia, aktiivinen harjoittelu tai liikunta. Valtaosalle vanhuksista uskonnolla on ollut suuri merkitys elämässä. Sen vuoksi uskonasioista tulisi keskustella ja ottaa huomioon myös hengelliset tarpeet kivunlievityskeinona. (Saattohoito 2014b.)

Kehittämistyön prosessi ja pohdinta

Hoivakoti Kolmisointu Oy on Haminassa sijaitseva Espero Care Oy:n tytäryhtiö. Kolmisointu koostuu kahdesta eri yksiköstä, Hoivarannasta ja Hoiva-puistosta, joissa molemmissa on kaksi pääasiassa ikääntyneille tarkoitettua tehostetun palveluasumisen ryhmäkotia. Asukaspaikkoja on kodeissa yhteensä 51, ja yhdessä ryhmäkodissa on 12 - 14 asukasta. Kolmisoinnussa on ympärivuorokautinen hoiva. Jokaisessa kodissa on oma sairaanhoitaja, joka osallistuu hoitotyön arkeen yhdessä lähihoitajien kanssa. Molemmissa yksiköissä on myös omat emännät, jotka valmistavat päivän ateriat asukkaille kotien keittiöissä.

Asukkaat muuttavat Kolmisointuun Haminan tai Kotkan kaupungin sijoittamana. Kaupungit määrittävät, onko asukas palveluseteli- vai ostopalveluasiakas. Kaupunkien kanssa tehtyihin sopimuksiin kuuluu, että tarjoamme asukkaillemme myös saattohoidon kuoleman lähentyessä. Monet hoitajat hoivakodissamme kokevat, että saattohoidon toteuttaminen on vielä uusi ja hieman pelottavakin asia, johon he tarvitsevat enemmän koulutusta. Selvää ohjeistusta saattohoidon järjestämisestä ja toteutuksesta ei ole tehty. Hoitohenkilökunnan kanssa käytyjen keskustelujen perusteella on huomattu, että saattohoito-ohjeistuksen laatiminen ja tiedon lisääminen saattohoidon toteuttamisesta tulee tarpeeseen.

Kehittämistehtävämme tavoitteena oli luoda selvä ohjeistus saattohoidon toteuttamiseen ja tehdä saattohoidosta luonnollinen osa vanhustenhoitoa hoivakodissamme. Lisäksi halusimme laajentaa sekä omaa että koko henkilökunnan tietämystä aiheesta. Tarkoituksena oli saada saattohoidon koulutus yksikköömme kevään 2014 aikana toisesta Esperin hoivakodista, joka on erikoistunut saattohoidon toteuttamiseen. Olimme yhteydessä Esperin Opri ja Oleksi -kotiin Espooseen, mutta rajallisten henkilökuntaresurssien vuoksi heillä ei ollut mahdollisuutta tulla Haminaan toteuttamaan koulutusta. Sen sijaan he toivottivat meidät tervetulleiksi tutustumaan heidän yksikköönsä.

Kävimme toukokuussa tutustumassa yksikön toimintaan ja perehtymässä saattohoidon järjestämiseen. Opri ja Oleksi -kodissa huokui lämpö ja rauhallisuus sekä kiireetön ja välittävä ilmapiiri. Ryhmäkodista oli pyritty luomaan mahdollisimman kodinomainen paikka vanhuksien elämänkaari huomioiden ja elettyä elämää muistellen. Pihalle oli rakennettu paljon erilaisia rakennelmia, mm. puinen lehmä ja kioski. Myös hyötykasveja ja puita oli paljon. Pihalla oli suuri katettu terassi, jolle oli helppo viedä myös vuodepotilaita ulkoilemaan. Päällimmäisenä ajatuksena mieleemme jäi, kuinka saattohoidossakin oleville asukkaille mahdollistetaan virikkeellinen arki ja yhteisöllisyys. Opri ja Oleksi -kodissa saattohoidossa olevaa asukasta ei jätetä omaan huoneeseensa yksin, vaan hänet tuodaan muiden seuraan yhteisiin tiloihin, jos vointi vain sen salli. Asukkaan voinnin huonontuessa hänen huoneeseensa pyritään luomaan mahdollisimman virikkeellinen ja viihtyisä ilmapiiri. Esimerkiksi huoneeseen tuodaan valokuvia, värejä ja musiikkia. Mieleen jäi myös, että saattohoidossa olevasta asukkaasta käytettiin nimitystä väsynyt rouva tai herra saattohoitopotilaan sijasta.

Olemme kumpikin kiinnostuneet saattohoidosta ja sen toteuttamisen kehittamisestä, joten aiheen valinta kehittämistehtäväksemme oli selvä. Aluksi haimme kumpikin tahoillamme teoretietoa aiheeseen kirjallisuudesta; mm. Terhokodin johtaja, lääkäri Juha Hänninen on kirjoittanut aiheesta paljon ja monipuolisesti. Maaliskuussa osallistuimme Helsingissä järjestettyyn Annu Hahon (TtT) luennoimaan Hyvä saattohoito -koulutukseen. Koulutuksessa käsiteltiin hyvän saattohoidon periaatteita ja käytännön järjestelyjä eettisestä näkökulmasta, kuten saattohoidon kirjaamista, hoitotahtoa ja kärsimyksen lievittämistä. Keskeisiä sisältöalueita olivat läsnäolo, kohtaaminen ja vastavuoroisuus, saattohoitopäätös, omaisten huomioiminen, saattohoidon käytännön järjestelyt, hoitotahto ja STM:n saattohoidon suositukset. Koulutuksessa painotettiin hoitohenkilökunnan velvollisuutta toimia keskustelun avaajana hoitolinjauksien muutoksissa ja saattohoitoon siirtymisessä. Mieleen jäi myös, että saattohoitopotilaalla on yhtäläiset oikeudet itsemääräämiseen, vaikka hän ei olisi kykenevä päättämään omista asioistaan, esimerkiksi dementoivan sairauden takia. Onkin hyvin tärkeää muistaa kirjata selvästi ylös asukkaan hoitoa koskevat toiveet ja ilmaisut.

Kevään 2014 aikana olemme kirjoittaneet hoivakotiimme selvän ohjeistuksen laadukkaana saattohoidon toteuttamiseksi. Ohjeistuksessa käymme läpi lyhyesti, mitä saattohoito tarkoittaa ja milloin saattohoitopäätös tehdään, sekä avaamme hyvän perushoidon toteuttamista, kivun lievitystä ja psyykkisen tuen merkitystä. Lisäksi kerromme saattohoitopotilaan ravitsemuksesta, hengellisten tarpeiden kuuntelemisesta ja omaisten huomioimisesta. Ohjeistuksesta selviää, myös kuinka toimitaan kuoleman jälkeen eli käydään läpi vainajan laittoon ja siirtämiseen liittyvät asiat. Myös tärkeät puhelinnumerot on kirjattu ylös. Ohjeistuksesta on pyritty luomaan tiivis ja selvä, helposti luettava tietopaketti, joka olisi kaikkien hoitajien saatavilla. Tarkoituksena on syksyn aikana esitellä ohjeistus tiimeissä, jotta se tulee kaikille tutuksi työvälineeksi.

Väestön ikärakenne Suomessa muuttuu ja vanhusväestön määrä kasvaa tulevana vuosina. Samalla saattohoito yleistyy. Pidemmän aikaa suuntaus on ollut, että saattohoito järjestetään muualla kuin sairaalaympäristössä. Hoivakodissamme tämä näkyy esimerkiksi siten, että palvelujamme ostavat kaupungit velvoittavat meitä järjestämään asukkaalle saattohoidon. Vanhuksen kannalta on inhimillistä, ettei häntä tarvitse enää elämänsä loppuvaiheessa siirtää erikoissairaanhoidon tai terveyskeskussairaalaan kuolemaan, vaan hän saa viettää elämänsä loppuun asti tutussa ympäristössä, läheistensä sekä tuttujen tavaroiden ja hoitajien ympäröimänä. Myös taloudellisesti ajateltuna saattohoidon järjestäminen palvelutaloissa tai vanhuksen kotona on halvempaa kuin sen järjestäminen esimerkiksi erikoissairaanhoidossa. Vanhusten määrän kasvaessa myös kulut kasvavat, mikä lisää taloudellisia paineita yhteiskunnassa. Vanhuksille on pystyttävä turvaamaan tarvittavat peruspalvelut ja laadukas hoito loppuun saakka.

Saattohoidon ajankohtaisuus on näkynyt esimerkiksi tänä vuonna mediassa kirkon Yhteisvastuukeräyksen kotimaan erityiskohteena. Hankkeen tavoitteena on vahvistaa auttamisverkostoa ja tuoda kirkon sielunhoitotyön roolia entistä näkyvämmäksi kuolevan potilaan hoidossa ja omaisten tukemisessa. Keräyksen tuloilla on tarkoitus kouluttaa hoitohenkilökuntaa ja vapaaehtoisia. Keväällä 2014 yhteisvastuukeräyiskohteen julki tulon myötä suomalaisia kohauttivat kampanjassa esitetyt saattohoidon kampanjajulisteet. Ne herättivät ihmisissä paljon keskustelua ja ahdistusta. Julisteita oli kaksi: toisessa mies pitää sylissään kuollutta naista ja toisessa julisteessa äiti sulkee syliinsä lapsen. Tämä kertoo siitä, että kuoleman kohtaaminen ja saattohoito on tabu nyky-yhteiskunnassa. Ennen vanhaan kuolema on ollut luonnollinen osa elämää ja näkyvämmän esillä jo perheissäkin, kun monet sukupolvet asuivat samassa taloudessa, nuorempien hoitaessa vanhempia. Nykyisin vanhuksat jäävät monesti yksin, yhteiskunnan huollettaviksi, koska perheet eivät enää ole niin tiiviitä kuin ennen ja monet asuvat kaukana toisistaan. Hoivakodissamme tämä näkyy erityisesti siinä, että monella vanhuksella ei ole läheisiä, jotka kävisivät häntä katsomassa. Kuoleman lähestyessä hoitohenkilökunta on monesti ainoa kontakti ympäröivään maailmaan.

Hoivakodissamme on parin viime vuoden aikana saattohoidettu noin kymmenen asukasta. Tähän lukuun sisältyy myös pari sellaista asukasta, jolle saattohoitopäätös on tehty mutta joka on myöhemmässä vaiheessa asukkaan voinnin parantuessa purettu. Tämä kertoo siitä, kuinka hankalaa on lääkärin tehdä saattohoitopäätös; esim. Alzheimerin tautia sairastavan asukkaan sairauden kulku ja oireet voivat vaihdella suuresti lyhyen ajan sisällä. Saattohoidon sisällön määrittäminen ei välttämättä ole aivan selvä asia hoitavalle lääkärillekään, koska saattohoitopäätöksiä on purettu. Yleisimmin saattohoitopäätöstä tehdessä hoivakodissamme asukkaalta puretaan kaikki ns. turhat lääkkeet, ja useimmiten jäljelle jäävä lääkitys pyritään antamaan muutoin kuin suun kautta. Kipulääkitykseen kiinnitetään huomiota, ja useimmiten lääkäri määrää ensisijaiseksi lääkitykseksi kivunhoitoon morfiinijohdannaisen kipulaastarin tai nestemäisen suun kautta annettavan lääkkeen sekä lisäksi tarvittaessa kipua ja kuumetta alentavan rektaalipuikon. Nestettä ja ravintoa annetaan suun kautta niin pitkään, kuin nieleminen onnistuu. Suonensisäiseen nesteytykseen ei yleensä lähdetä. Suonensisäisen nesteytyksen toteuttaminen tai toteuttamatta jättäminen herättää usein keskustelua saattohoitopäätöstä tehtäessä omaisten kanssa. Usein omaiset ja osa hoitajistakin ajattelevat nesteytyksen helpottavan asukkaan vointia ja lievittävän janontunnetta. Näissä tilanteissa on tärkeää, että hoitava lääkäri sekä mukana oleva hoitaja perustelee hyvin omaisille, miksi saattohoitovaiheessa suonensisäinen nesteytys ei ole enää kannattavaa, vaan suun kostutus riittää. Hyvästä perushoidosta huolehditaan. Jos nesteytykseen kuitenkin päädytään tai tarvitaan suonensisäisesti annettavia lääkkeitä, kodin omat sairaanhoitajat toteuttavat sen yhdessä kaupungin tehostetun kotihoiton sairaanhoitajien kanssa.

Vaikeasti sairaan ihmisen hoitaminen on sekä palkitsevaa että hyvin kuormittavaa. Saattohoitotyötä tekevän henkilökunnan ja työyhteisön hyvinvointia tukee hyvä työilmapiiri, henkilökunnan terve isetunto, selvä raja vapaa-ajan ja työn välillä, työn tauotus, riittävä henkilökuntamäärä sekä hoitajan oman rajallisuuden ja avuttomuuden hyväksyminen. Saattohoidon toteuttaminen vaatii työyhteisöltä paljon, ja sen vuoksi koulutusta ja tietoa saattohoidosta tulee lisätä, jotta se on mahdollisimman laadukasta ja toimivaa. Koulutuksella ja selvällä ohjeistuksella saattohoidon toteuttamisesta voidaan tehdä hoitohenkilökunnalle luonnollisempi ja vanhustyön arkeen kuuluva asia. Kuolema vanhuudessa on helpompi hyväksyä kuin työiässä tai lapsuudessa, joten vanhuksen saattaminen kuolemaan on luonnollisempaa ja sitä myöten ehkä myös helpompaa kuin työikäisen tai lapsipotilaan saattohoitotyö. Toivottavasti pystymme omalta osaltamme vaikuttamaan saattohoidon laatuun ja sen toimivuuteen työyhteisössämme kehittämistehtävämme myötä. Kehittämiskohteita ajatellen tekemäämme ohjeistusta pohjana käyttäen voisi luoda myös omaisille tarkoitettun saattohoito-ohjeistuksen, koska monella omaisellakin on varmasti paljon mieltä askarruttavia kysymyksiä. Selvät tietopaketti voisi tuoda helpotusta myös heidän arkeensa.

LÄHTEET

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. 1. painos. Helsinki: Edita.

Haho, A. 2014. Hyvä saattohoito -luento. Helsinki.

Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito - haaste moniammatilliselle yhteistyölle. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Hänninen, J. 2006. Elämän loppu vai kuoleman alku - hoitopäätökset kuoleman lähestyessä. 1. painos. Keuruu: Otava.

Hänninen, J. 2008. Saattohoito - potilaan ja omaisen opas. 9. painos. Helsinki : Etelä-Suomen syöpäyhdistys.

Hänninen, J. & Luomala, M. 2013. Elämän puu - kirjoituksia saattohoidosta. 1. painos. Keuruu: Otava.

Saattohoito-opas työntekijöille 2014a. ”Silta toiselle rannalle” - saattohoidon asiantuntijaverkosto 2011 - 2012. Saatavissa: www.dila.fi/files/765/Saattohoito_opas.docx [viitattu 29.7.2014].

Saattohoito 2014a. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Saatavissa: http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito [viitattu 8.8.2014].

Saattohoito 2014b. Therapiafennica.fi. Saatavissa: <http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Saattohoito> [viitattu 8.8.2014].

VALIDAATIO TUTUKSI LAAJENNETULLE TYÖYHTEISÖLLE PALVELUKOTI WILLA WANHASSA

Tölonen Tarja

TIIVISTELMÄ

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli järjestää Palvelukoti Willa Wanhan henkilökunnalle, omaisille, opiskelijoille ja vapaaehtoistoimijoille yhteinen Validaatio tutuksi -koulutus. Willa Wanha on yksityinen 23-paikkainen vanhusten tehostetua palveluasumista ja dementia-ryhmäasumista tarjoava hoitokoti. Tavoitteena on, että hoitohenkilökunnalle, omaisille, vapaaehtoistoimijoille ja opiskelijoille syntyy yhteinen näkemys vanhusten hyvinvoinnin edistämisestä. Tavoitteena on myös lisätä eri tahojen välistä yhteistyötä laajenevan työyhteisön näkökulmasta ja helpottaa muistisairaiden vanhusten kohtaamista.

Käytännössä kehittämistehtävä toteutettiin Validaatio tutuksi -koulutuksena. Koulutukset toteutti Oulun Diakoniaopisto. Validaatio on amerikkalaisen sosiaaliterapeutti Naomi Feilin kehittämä menetelmä, jossa lähtökohtana on muistisairaana ihmisen tunteiden pitäminen totena hänelle itselleen. Validaatio on teoria iäkkäistä muistihäiriöisistä vanhuksista ja joukko menetelmiä, joilla voidaan luokitella heidän käyttäytymistään. Validaatiossa muistisairasta vanhusta autetaan ja tuetaan kokemaan omanarvontunnetta.

Validaatio tutuksi -koulutustilaisuudet pidettiin 28.5.2014 ja 11.6.2014 Willa Wanhassa. Koulutukseen osallistui hoitokodin henkilökuntaa, omaisia, opiskelijoita ja vapaaehtoistoimijoita. Kouluttaja ja koulutusmateriaali saatiin Oulun diakoniopistosta laajeneva työyhteisö -hankkeen kautta. Koulutuspäivien välissä osallistujat tekivät pienimuotoisia tehtäviä ja tutustuivat TunteVa® -toimintamallin omaisten oppaaseen.

Koulutuksesta saatu palaute oli positiivista. Koulutus koettiin mielenkiintoiseksi ja ajankohtaiseksi. Siitä saatiin käytännön vinkejä ja toimintamalleja arkeen ja sen koettiin lisänneen ymmärrystä muistisairaana käyttäytymiseen. Eri toimijoiden osallistuminen koulutustilaisuuteen koettiin laajentaneen koulutuksen näkökulmia. Etenkin omaisten ja hoitohenkilökunnan välille syntyi keskustelua ja yhteistä pohdintaa.

Johdanto

Artikkeli käsittelee laajenevan työyhteisön toiminnan kehittämistä palvelukoti Willa Wanhassa. Kehittäminen tehtiin hoitohenkilökunnalle, omaisille, opiskelijoille ja vapaaehtoistoimijoille suunnatun yhteisen Validaatio tutuksi -koulutuksen avulla. Artikkelia voidaan hyödyntää muistisairaiden hoitotyön kehittämisessä, mietittäessä kuntoutus- ja viriketoiminnan monipuolistamista sekä hoitoon osallistuvien eri tahojen yhteistyön lisäämisessä.

Willa Wanha on 23-paikkainen vanhusten tehostettua palveluasumista ja dementia-ryhmäasumista tarjoava palvelukoti. Aukkaat sairastavat keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa, johon liittyy usein myös käytösoireita. Toimintaa ohjaavana arvona on hyvän olon arvolupaus.

Vanhustenhoito on moniammatillista yhteistyötä ja siinä korostuvat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstön, kolmannen sektorin ja vapaaehtoisten sekä vanhusten ja heidän omaisten keskinäinen yhteistyö. Yhteistyössä voidaan järjestää esimerkiksi jokapäiväisiä sosiaalisia toimintoja ja liikunta-aktiiviteettejä. (Kivelä 2006, 29, 73, 78.)

Vanhuksen kohtelu yksilönä on eettisesti kestävän hoidon perusta. Hänen tarpeitaan, toiveitaan, arvojaan ja näkemyksiään tulee kuunnella ja kunnioittaa. Hoito tulee suunnitella huomioimalla vanhuksen terveydentila ja toimintakyky, läheisten apu ja vanhuksen koko sosiaalinen verkosto. Etenkin omaiset ovat merkittävässä asemassa vanhuksen hyvinvoinnin kannalta silloin, kun vanhusta hoidetaan ympärivuorokautisessa hoidossa kodin ulkopuolella. Näin ollen omaisten osallistumista läheistensä hoitoon on syytä tukea. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008 3, 11.)

Willa Wanha on mukana diakoniaopistojen verkostohankkeessa ”Mukana laajennetussa työyhteisössä”. Hankkeen tavoitteena on vakiinnuttaa laajenevan työyhteisön käsitteen mukaisesti työyhteisö käsittämään hoitohenkilöstön lisäksi omaiset, opiskelijat ja vapaaehtoistoimijat. Tämä on mahdollisuus lisätä ja monipuolistaa esimerkiksi vanhusten virike- ja kuntoutustoimintaa, kun hoitohenkilökunnan resurssit tarvitaan perushoitotyöhön. Toiminta laajenevassa työyhteisössä edellyttää yhteisiä pelisääntöjä ja yhteisiä koulutuksia. (Mukana laajennetussa työyhteisössä 2014.)

Kehittämistehtävän tarkoituksena on järjestää Palvelukoti Willa Wanhalla henkilökunnalle, omaisille, opiskelijoille ja vapaaehtoistoimijoille yhteinen Validaatio tutuksi -koulutus. Tavoitteena on, että hoitohenkilökunnalle, omaisille, vapaaehtoistoimijoille ja opiskelijoille syntyy yhteinen näkemys vanhusten hyvinvoinnin edistämisestä. Tavoitteena on myös lisätä eri tahojen välistä yhteistyötä laajenevan työyhteisön näkökulmasta ja helpottaa muistisairaiden vanhusten kohtaamista.

Muistisairaudet ja niihin liittyvät käytösoireet

Dementia on elimellisen sairauden aiheuttamaa laaja-alaista henkisten toimintojen heikkenemistä. Yleisimmät dementiaa aiheuttavat muistisairaudet ovat alzheimerintauti, vaskulaarinen eli verenkiertoperäinen dementia ja Lewyn kappaletauti. Dementian oireita ovat muistin heikkeneminen sekä päättelykyvyn ja toiminnanohjauksen häiriöt. Lisäksi dementiaan liittyy kielellisiä häiriöitä, hahmottamisen vaikeuksia, käytösoireita ja psyykkisiä oireita. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 85; Vallejo ym. 2005, 275.)

Muistisairaudet vaikeuttavat päivittäistä elämää ja heikentävät kykyä ilmaista itseään, tunteitaan ja tarpeitaan. Muistisairauksiin liittyy fyysisiä oireita, kuten kävelyvaikeuksia, pidätyskyvyttömyyttä, kuihtumista ja haurastumista. Lähimuisti ja hahmottamiskyky heikkenevät, mikä voi johtaa helposti vääriin tulkintoihin. Toiminnanohjauksen heikkeneminen puolestaan ilmenee levottomuutena. Muistisairaudesta huolimatta monet kyvyt säilyvät pitkään, kuten esimerkiksi lukutaito. Kyky aistia tilanteita ja tunnelmia herkistyy ja rohkeus ilmaista tunteitaan kasvaa. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 100–105.)

Käytösoireita esiintyy kaikissa muistisairauksien vaiheissa, mutta yleisimpiä ne ovat kuitenkin sairauden myöhemmissä vaiheissa. Käytösoireita ovat muun muassa apatia, masennus, ahdistuneisuus ja levottomuus. Käytösoireita aiheuttavat neurokemialliset ja neuropatologiset muutokset, fyysiset tekijät, persoonallisuus ja elinympäristö. Käytösoireet heikentävät muistisairaana ja hänen omaisten ja läheisten elämänlaatua ja aiheuttavat uupumista ja häpeää. Tästä johtuen käytösoireet ovatkin merkittävin syy muistisairaana ihmisen kotona asumisen päättymiseen ja pitkäaikaishoidon alkamiseen. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 118; Käypähoito 2010, 28; Vallejo ym. 2005, 281–282.)

Muistisairauksien aiheuttamat käytösoireet koetaan hyvin hankalina ja häiriöitä aiheuttavina, jos niitä ei ymmärretä. Muistisairaana käytösoireiden ymmärtämättömyys aiheuttaa omaisille ja henkilökunnalle stressiä. Tilanne johtaa usein itsemääräämisoikeutta rajoittaviin hoitomenetelmiin, kuten esimerkiksi sitomiseen ja turhiin ja liiallisiin lääkehoitoihin. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 118; Vallejo ym. 2005, 282)

Käytösoireiden lääkkeettömän hoidon perustana on käytösoireen ymmärtäminen muistisairaana ihmisen viestiksi esimerkiksi hänen kokemasta pahasta olostsa. Hyvä lääketieteellinen hoito ja hyvä perushoito, liikunta ja toiminnallisuus, turvalliset ja arvostavat ihmissuhteet sekä turvallinen elinympäristö ovat tärkeitä ehkäistessä ja hoidettaessa käytösoireita. Tarvittaessa lääkehoidolla voidaan tukea lääkkeetöntä hoitoa, mutta lääkehoito yksistään on harvoin riittävä hoitokeino käytösoireisiin. (Hartikainen & Lönnroos 2008, 121–123, 126.)

Validaatio

Validaatio on amerikkalaisen sosiaaliterapeutti Naomi Feilin kehittämä menetelmä, jossa lähtökohtana on muistisairaana ihmisen tunteiden pitäminen totena hänelle itselleen. Validaatio tarkoittaa teoriaa muistisairaista iäkkäistä vanhuksista ja tapaa luokitella heidän käyttäytymistään. Validaatiossa käytetään tekniikoita, joilla autetaan muistisairasta vanhusta palauttamaan omanarvon tunteensa ja arvokkuutensa. Validaation tavoitteena on vanhuksen omanarvon tunteen palautuminen, stressin väheneminen, omanarvontunteen kokeminen, menneisyyden ristiriitojen selvittäminen, erilaisten hoidossa käytettävien pakotteiden vähentäminen ja kommunikaation, liikuntakyvyn sekä hyvinvoinnin lisääminen. (Feil 1998, 14.)

Validaation taustaolettamukset perustuvat behavioristisen, analyyttisen ja humanistisen psykologian peruseriaatteisiin. Erik Eriksonin teoria ihmisen elämänvaiheista lähtee siitä perusoletuksesta, että jokaisella elämänvaiheella on oma tehtävänsä. Tehtävässä onnistuminen riippuu siitä, miten ihminen on onnistunut edellisten ikäkausien tehtävissä. Vanhuuden tehtävä on elämän tilinpäätöksen laatiminen eli menneen elämän arviointi. Tavoitteena on sisäisen eheyden löytyminen ja omien voimavarojen tunnistaminen vanhuuden heikkouksista huolimatta. Jos vanhuuden tehtävä epäonnistuu, on seurauksena disorientaatio, jossa vanhus lopulta vetäytyy viimeisessä eli sikiövaiheessa menneisyyteen löytääkseen sieltä turvaa ja suojaa. Disorientaation ensimmäisessä vaiheessa vanhus on vielä orientoitunut, mutta onneton. Toisessa vaiheessa vanhuksen älyllinen ja looginen ajattelukyky häviää ja kolmannessa vaiheessa ennen sikiövaihetta toistuvat liikkeet korvaavat vanhuksen puheen. (Feil 1998, 15–22, 32, 53.)

Tärkeintä käytettäessä validaatio-menetelmää on hyväksyä disorientoituneen vanhuksen vetäytyminen menneisyyteen ja ymmärtää se parantavana prosessina. Validaatiossa hyväksytään ja kunnioitetaan iäkkäiden viisautta ja ollaan empaattisia. Inhimilliset perustunteet tunnustetaan ja niitä arvostetaan, jolloin vanhuksen stressi ja ahdistus vähenevät. (Feil 1998, 38–39.)

Suomessa Tampereen kaupunkilähetys ry on kehittänyt validaatiosta suomalaisen TunteVa-toimintamallin, jossa on kyse dementoituvan vanhuksen arvostavasta kohtaamisesta ja tunteiden ja tarpeiden kuuntelemisesta. Kuten validaatiossa, myös TunteVa-mallissa, korostuu vuorovaikutus. Toimintamalli auttaa kaikki muistisairaana hoitoon osallistuvia kuulemaan muistisairasta. (Jokinen 2014.)

Laajeneva työyhteisö

Laatusuosituksen hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi läpileikkaavana periaatteena on iäkkäiden osallisuus. Ikääntyneen

väestön osallisuus tarkoittaa vaikuttamista jäsenenä ja kansalaisena yhteisön toimintaan ja palvelujen kehittämiseen. Iäkkään henkilön näkökulmasta osallisuus puolestaan on osallistumista omien palveluiden suunnitteluun, asioiden käsittelyyn ja palveluiden arviointiin. Osallisuutta voidaan turvata yhteistyöllä, jossa eri toimijat kuten julkinen, yksityinen ja kolmas sektori sekä eri ikäpolvet kohtaavat ja oppivat toisiltaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 17.)

Valtakunnallisen ”Mukana laajennetussa työyhteisössä” -hankkeen tavoitteena on vakiinnuttaa, vahvistaa ja levittää laajennetun työyhteisön yhteisöllisiä toimintakäytäntöjä. Laajennettu työyhteisö -käsitteellä tarkoitetaan kaikkia työyhteisössä toimivia henkilöitä eli työntekijöitä, asiakkaita, vertaisia, vapaaehtoistoimijoita ja opiskelijoita. Vapaaehtoistoimijoita ovat mm. omaiset, vapaaehtoistyöntekijät ja kokemusasiantuntijat. (Mukana laajennetussa työyhteisössä 2014.)

Verkostohankkeessa ovat mukana Seurakuntaopiston Pieksämäen ja Järvenpään yksiköt, Helsingin Diakoniaopisto ja Oulun Diakoniaopisto. Verkostohankkeen koordinaattorina toimii Seurakuntaopiston Pieksämäen yksikkö. Oppilaitosten osaaminen laajenee sekä alueelliseen että valtakunnalliseen käyttöön työyhteisöjen hyödyksi. Hankkeen tavoitteena on kehittää ja kokeilla käytännön menetelmiä, joilla edistetään kaikkien laajennetun työyhteisön jäsenten osaamista ja toiminnan tavoitteellisuutta. Lisäksi tavoitteena on liittää laajennetun työyhteisön hyvät käytännöt ja toimintaperiaatteet sosiaali- ja terveysalan opetukseen ja työssäoppimiseen. Hanke toteutetaan Opetushallituksen Työelämän kehittämis- ja palvelutehtävän hankerahoituksella ajalla 1.11.2013–31.12.2014. (Mukana laajennetussa työyhteisössä 2014.)

Kehittämistehtävän menetelmät

Omaiset ovat vuosittaisissa asiakastyytyväisyyskyselyissä ilmaisseet tarvitsevänsä tietoa muistisairauksista ja erilaisista hoito- ja auttamismenetelmistä. Muistisairaana omaisen kohtaaminen koetaan joskus vaikeaksi koska on tunne, ettei enää saa kontaktia vanhukseen. Omaiset ovat kertoneet kokevänsä olonsa voimattomaksi ja neuvottomaksi, kun ei ole enää yhteistä kieltä. Myös erilaiset muistisairauksiin liittyvät käytösoireet, kuten apatia, masennus, ahdistuneisuus ja levottomuus on koettu ahdistavina ja noloina.

Jokaisella vanhuksella on ainutkertainen ja loukkaamaton ihmisarvo. Ihmisarvon kunnioittaminen hoitotyössä tarkoittaa, että vanhusta kohdellaan ainutkertaisena yksilönä ja hänen näkemyksensä otetaan huomioon. Jokaisella vanhuksella on myös oma erityinen elämänhistoriansa ja -tarinansa. Eettisesti hyvä vanhusten hoito toteutetaan vain yksilöllisyyttä kunnioittaen ja kuunnellen vanhuksen omaa tarinaa ja toiveita. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 17.)

Validaation tavoitteena on nimenomaan vanhuksen omanarvon tunteen palautuminen. Omanarvon tunne vähentää vanhuksen stressiä ja auttaa selvittämään menneisyyden ristiriitoja. Validaation avulla voidaan vähentää erilaisten hoidossa käytettävien pakotteiden käyttöä ja lisätä kommunikaatiota, parantaa liikuntakykyä ja lisätä hyvinvointia. (Feil 1998, 14.)

Alkuvuodesta 2014 ryhdyin suunnittelemaan ”Mukana laajennetussa työyhteisössä” -hankkeen käytännön kehittämistoimintaa työyhteisössämme. Aiemmin hankkeessa mukana olleet työyhteisöt suosittelivat Validaatio tutuksi -koulutusta. Koska koin sen vastaavan hyvin Willa Wanhan henkilöstön, omaisten ja yhteistyökumppaneiden tarpeita, ryhdyin suunnittelemaan koulutuksen käytännön toteutusta.

Ensimmäiseksi lähetin Kainuun Muistiyhdistykselle sähköpostilla tiedotuksen koulutuksesta ja kysyin, olisiko heillä KaVeRi-toiminnassa mukana vapaaehtoistoimijoita, joita validaatio tutuksi -koulutus voisi kiinnostaa. Kerroin koulutuksesta hoitokodin henkilökunnalle tiimipalaverissa ja omaisille kohdatessani heitä. Hoitokodissa lähiaikoina olleille opiskelijoille tiedote lähti sähköpostitse.

Koska jokaisesta hankkeen mukaisesta laajenevan työyhteisön kohderyhmästä löytyi riittävästi koulutuksesta kiinnostuneita henkilöitä, alkoivat koulutuksen käytännön järjestelyt. Suunnittelimme koulutuksen ajankohdan ja sovimme käytännön järjestelyistä hankkeen ohjausryhmän ja Oulun Diakoniaopiston kanssa. Tein koulutuksesta kirjalliset kutsut, joissa oli kuvaus koulutuksesta ja ilmoittautumisohjeet. Koulutus huomioitiin hoitokodin työvuorosuunnittelussa, jotta mahdollisimman moni hoitohenkilökuntaan kuuluva pääsi osallistumaan.

Validaatio tutuksi -koulutus pidettiin kahden päivän aikana 28.5. ja 11.6.2014 Willa Wanhan kokous- ja koulutustiloissa. Koulutukseen osallistui suunnitelman mukaisesti hoitokodin henkilökuntaa, omaisia, opiskelijoita ja vapaaehtoistoimijoita yhteensä 15 henkilöä. Kouluttaja ja koulutusmateriaali saatiin Oulun diakoniopistosta ”Laajeneva työyhteisö” - hankkeen kautta.

Koulutuksen teoriaosuus koostui muistista ja sen toiminnan ylläpitämisestä ja edistämisestä, dementiaasta, dementoivista sairauksista, niiden oireista sekä dementoivien sairauksien ehkäisemisestä. Seuraavaksi tutustuttiin validaatiomenetelmän taustoihin ja menetelmän kehittämiseen Suomessa. Tämän jälkeen siirryttiin validaation lähtökohtiin, periaatteisiin ja perusajatuksiin sekä tavoitteisiin. Lopuksi saatiin käytännön ohjeita arvostavaan ja tavoitteelliseen viestintään muistisairaana ihmisen kanssa.

Koulutuspäivien välissä osallistujat tekivät pienimuotoisia tehtäviä, tutustuivat TunteVa®-toimintamallin omaisten oppaaseen ja miettivät kysymyksiä valmiiksi seuraavaan koulutuspäivään. Tavoitteena oli havaita yhteys muistisairaahan vanhuksen tyydyttämättömien tarpeiden ja hänen käyttäytymisensä välillä. Lisäksi välitehtävien avulla haettiin koulutuksen käytännönläheisyyttä ja tarpeenmukaisuutta, jotta jokainen osallistuja voisi hyödyntää validaatiomenetelmää.

Käytännön tehtävänä oli keskittyä vanhukseen, kuunnella aidosti hänen puheitaan ja poimia sieltä ymmärrettäviä sanoja, toistaa niitä kuvaillen ja tehden puheesta yhteenvetoja. Muistisairaalle esitettiin vuorovaikutustilanteissa kysymyksiä sanoin kuka, missä, milloin ja miten. Hänen kanssaan muisteltiin ja haettiin yhdessä ratkaisuja ongelmiin. Samalla havainnoitiin vanhuksen tunnetiloja, ilmaistaan ja myötätuella havaittua tunnetilaa, esimerkiksi käyttämällä samaa tunnesävyä omassa puheessa. Lisäksi muistisairaahan liikkeitä ja kehon asentoa myötätuella häntä kosketettiin ja haettiin katsekontaktia. Kaikki koulutukseen osallistujat olivat tietoisesti kokeilleet aktiivista kuuntelemista ja tunnetilojen myötätuella ainakin yhden muistisairaahan vanhuksen kanssa.

Kysymykset, joita toisena koulutuspäivänä käsiteltiin, koskivat eniten sitä, miten yleistä validaation käyttö on Suomessa ja mistä saa lisäkoulutusta. Lisäksi kysyttiin, onko muistisairaalle vanhukselle haitallista, jos hänen tunteitaan peilataan.

Tulokset

Koulutuspalautteen keräsin suullisesti hoitohenkilökunnalta, opiskelijoilta, vapaaehtoistoimijoilta ja omaisilta. Koulutuspalautte oli pelkästään positiivista. Validaatio tutuksi -koulutus koettiin mielenkiintoiseksi ja ajankohtaiseksi. Vaikka koulutus oli lyhyt ja sen vuoksi aika suppea, siitä saatiin käytännön vinkkejä ja toimintamalleja arkeen. Koulutuksessa jaettu kirjallinen materiaali on todettu hyödylliseksi myöhemminkin esimerkiksi hoito- ja kuntoutussuunnitelmia laadittaessa ja päivitetessä.

Koulutuksen koettiin lisänneen tietoa muistisairauksista ja niiden oireista. Koulutus lisäsi ymmärrystä muistisairaahan käyttäytymisestä, joka on joskus hyvinkin haasteellista. Esimerkiksi erilaiset toistuvat toiminnot, kuten vaeltelu ja käsillä taputtaminen, saivat uudet ymmärrettävämmät ja siten myös hyväksyttävämmät merkitykset. Katsekontakti ja arvostava ja ystävällinen kosketus havaittiin hyväksi keinoiksi saada vanhuksen huomio osakseen.

Asenne muistisairaita ja vanhustyötä kohtaan koettiin muuttuneen kaiken kaikkiaan positiivisemmaksi. Dementoitumisen aiheuttamat käytösoireet ymmärretään nykyisin enemmän tärkeiksi viesteiksi ja signaaleiksi erilaisista

tunteista ja tarpeista, kuin muistisairauksien haitallisiksi oireiksi, joita tulisi kaikin keinoin pyrkiä vaimentamaan. Myös muistisairaana ihmisen elämänsä historia nousi uuteen merkitykseen käytösoireisen tulkinnassa. Hoitohenkilökunta, opiskelijat ja vapaaehtoistoimijat kokivat omaisten roolin todella merkittäväksi dementoituneen vanhuksen hoidossa.

Eri toimijoiden yhteinen Validaatio tutuksi -koulutuksen koettiin laajentaneen koulutuksen näkökulmia ja tuoneen ymmärrystä eri osapuolten toimintaan ja viestintään. Etenkin omaisten ja hoitohenkilökunnan välille oli syntynyt keskustelua ja yhteistä pohdintaa erilaisten käytösoireiden syistä ja merkityksistä. Opiskelijat kokivat saaneensa paljon uutta tietoa muistisairauksiin liittyvistä käytösoireista ja mahdollisuuksista toimia niiden helpottamiseksi lääkkeettömin keinoin. Osa hoitokodin työntekijöistä koki haastavaksi sen, että koulutukseen osallistui näin monimuotoinen ryhmä. ”Mukana laajennetussa työyhteisössä” -hanke kerää koulutuspalautteet osallistujilta keväällä 2015.

Pohdinta

Kehittämistehtävän tarkoituksena oli järjestää Hoitokoti Willa Wanhan henkilökunnalle, omaisille, opiskelijoille ja vapaaehtoistoimijoille yhteinen Validaatio tutuksi -koulutus. Tavoitteena oli, että hoitokodissa yhteistyötä tekevien keskuuteen syntyy yhteinen näkemys muistisairaiden vanhusten hyvinvoinnin edistämisestä. Tavoitteena oli lisätä eri tahojen välistä yhteistyötä laajenevan työyhteisön näkökulmasta ja helpottaa muistisairaiden vanhusten kohtaamista.

Koulutus toteutui suunnitelmien mukaan ja vastasi odotuksia sisällöllisesti. Saadusta palautteesta saatiin päätellä, että eri osapuolien näkemys toistensa rooleista ja tekemisestä syvenyi ja avoimuus lisääntyi. Omahoitajien ja omaisten välillä on käyty koulutuksesta lähtien keskustelua erilaisista TunteVa® -menetelmien hyödyntämisestä muistisairaana vanhuksen hoito- ja kohtaamislanteissa. Kokemuksia on vaihdettu puolin ja toisin ja hyviksi havaittuja käytäntöjä on jaettu toisille. Myös hoito- ja kuntoutussuunnitelmien päivityksien yhteydessä hoitajat kirjasivat hoitotyön keinoihin Validaatio tutuksi -koulutuksessa opittuja asioita.

Tulen tekemään kaikille koulutukseen osallistuneille kirjallisen kyselyn ”Oisiko Sinulla hetki aikaa?” alkuvuodesta 2015. Kyselyn tavoitteena on kertoa koulutukseen osallistuneille hoitokodin toiveita ja tarpeita Willa Wanhan asukkaiden kuntoutus- ja viriketoiminnan monipuolistamiseksi ja kartoittaa mahdollisia halukkaita osallistumaan vapaaehtoistoimintaan. Toiminta voisi olla esimerkiksi seurustelua, lehden lukua, ulkoilua, kirkossa käyntiä ja avustamista retkillä.

Laajenevan työyhteisön tuomien mahdollisuuksien hyödyntäminen Willa Wanhassa vaatii vielä paljon kehittämistä. Pienellä paikkakunnalla on haasteellista löytää vapaaehtoistoimijoita uusiin tehtäviin ja kohteisiin. Tarkoitusta onkin keskustella myös peruskoulun kanssa siitä, olisiko oppilailta ja koululla intressiä lähteä yhteistyöhön Willa Wanhan vanhusten kuntoutus- ja virike-toiminnan monipuolistamiseksi.

LÄHTEET

Feil, N. 1998. Validaatio – Menetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon. Helsinki: Naomi Feil ja Vanhustyön keskusliitto. (Englanninkielinen alkuteos: Feil, N. 1982. V/F Validation. The Feil Method. How To Help Disoriented Old-Old.)

Hartikainen, S. & Lönnroos E. (toim.) 2008. Geriatria. Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.

Jokinen, M. 2014. TunteVa – toimintamalli vuorovaikutusmenetelmänä muistisairaana kohtaamisessa. Saatavissa: <http://www.muistiaina.fi/files/11764.pdf> [viitattu 4.9.2014].

Kivelä, S-L. 2006 Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:30.

Käypä hoito -suositus muistisairauksista 2010. Verkkosivu. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50044> [viitattu 27.9.2014].

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11.

Mukana laajennetussa työyhteisössä 2014. Verkkosivu. Saatavissa: <http://www.diakoniaopistot.fi/50-tyke-2-hanke-mukana-laajennetussa-tyoyhteisossa-laty-2> [viitattu 3.9.2014].

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U.-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S.-L. 2005. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY.

Vanhuus ja hoidon etiikka 2008. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. ETENE- julkaisuja 20.

PSYKOGERIATRINEN POTILAS AKUUTTIOSASTOLLA

Saari Helena

TIIVISTELMÄ

Vanhenemiseen liittyy monia elämänmuutoksia. Monet eläkeläiset näkevät ikäkautensa myönteisenä elämänvaiheena. Ei ole kiire minnekään ja itsensä toteuttamiseen on uudenlaisia mahdollisuuksia. Ikääntyvän ihmisen elämään kuuluu myös surua ja ahdistusta aiheuttavia asioita, kuten läheisten kuolemaa, huolta ja pelkoa oman kunnon heikentymisestä, riippuvuudesta muihin ihmisiin tai elinajan vähenemisestä.

Pelot, unettomuus ja ahdistus ovat hyvin yleisiä iän ja ihmisen muuttuvan toimintakyvyn mukanaan tuomia oireita. Vanheneminen tuo mukanaan myös monenlaisia fyysisiä muutoksia, jotka heikentävät toimintakykyä ja lisäävät psyykkistä kuormitusta.

Masennus on nykypäivänä hyvin yleinen ikääntyvän ihmisen psyykkisistä ongelmista, mutta vaikeasti havaittava sairaus. Vanhuksen psykoottistasoinen masennus sisältää itsetuhoisuuden riskin ja vaatii aina sairaalahoitoa. Traumaperäinen stressihäiriö voi aiheuttaa vanhukselle ahdistus- ja masennusoireita, jotka saattavat ilmetä vasta ikääntymisen myötä. Painajaiset ja sotamuistot voivat aktivoitua vasta vanhuusiällä, tulla uniin ja aiheuttaa jopa paranoidista oireilua.

Psykiatrisella akuuttiosastolla iäkkään potilaan hoitotyö on hoitavalle henkilökunnalle haasteellisempaa kuin vanhuksille suunnatulla psykogeriatrisella osastolla. Hoitotyön osaaminen joutuu ajoittain koetukselle, kun hoitajan ja potilaan välillä on useamman vuosikymmenen ikäero. Vaaditaan laaja-alaista osaamista ja ammattitaitoa, kun kohtaamme iäkkään potilaan, jolla on vuosikymmenien kokemus elämästä, maailmasta ja sukupolvien virrasta. Iäkkäällä ihmisellä elämänarvot, arvostukset ja elämän tabualueet painottuvat eri tavalla kuin työikäisillä. Siitä huolimatta ihmisen tiedot, taidot ja elämänviisaus säilyvät ja jopa lisääntyvät läpi elämän. Empaattisuus, sekä arvostava ja luonteva suhtautuminen ovat tärkeitä työvälineitä, kun kuunnellaan vanhusta.

Vanhuksella on oikeus saada hoitotarpeensa arvioituksi, tulla kuulluksi ja hoideutuksi kokonaisvaltaisesti. Kun ammattihenkilöt arvioivat tilannetta, on oireiden ja sairauksien lisäksi otettava huomioon vanhuksen terveyshistoria, sosiaalinen

ympäristö ja tilanteen ennuste. Samoin on arvioitava muisti, mieliala, elämänarvot, henkiset ja hengelliset tarpeet sekä vanhuksen läheisverkosto, kerrotaan Valtakunnallisen eettisen neuvottelukunnan raportissa, ETENE-hankkeessa.

Johdanto

”Jokaisella on oikeus turvalliseen vanhuuteen, johon kuuluu oikeus tarpeenmukaiseen hoitoon ja hyvään huolenpitoon. Meillä on yhteiskuntana velvollisuus huolehtia siitä, että vanhukset eivät jää vaille tarvitsemaansa hoitoa ja että he voivat säilyttää ihmisarvonsa ja itsemääräämisoikeutensa ja elää omien arvojen mukaisesti. Vanhustenhoidon nykytilaa ja kehittämistarpeita voimme arvioida pohtimalla, miten haluaisimme itseämme hoidettavan, kun olemme avun ja hoivan tarpeessa.” (ETENE- raportti 2008)

Vanhusten mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet samanaikaisesti suurten ikäluokkien ja vanhuusväestön kasvun myötä. Vanhuspalvelulaki sanoo, että vanhukset on hoidettava ajantasaisesti ja heidän terveydenhoito- ja sosiaalipalvelujensa saatavuus on taattava yhtäläillä kuin nuoremman ja työikäisen väestön.

Työssäni akuuttipsykiatrian osastolla ikäjakauma on 18-vuotiaasta ylöspäin. Mielenterveyslaki ei määritä yläikärajaa, kun on kyse sairaalahoittoa vaativista mielenterveyden häiriöistä. Itä-Savon sairaanhoitopiirissä ei ole erikseen iäkkäille psykiatrista erikoissairaanhoitoa tarvitseville potilaille suunnattua hoitopaikkaa, joten kaikenikäiset mielenterveyden häiriöihin sairastuneet potilaat hoidetaan samalla psykiatrisella akuuttiosastolla. Tämä on ajoittain ongelmallista, tai vähintäänkin haastavaa, koska osaston on vastattava samalla nuorten, keski-ikäisten ja vanhusväestön tarpeisiin. Läkäs masennusta sairastava potilas on kaikin tavoin erilainen hoidettava kuin esim. nuori päihdepotilas tai kroonista skitsofreniaa sairastava keski-ikäinen kaksi askia päivässä tupakoiva potilas.

Kuinka osaamme oikein kohdata hiljaisen, kärsivän, vähälle opetetun ja vähään tyytyvän vanhuspotilaan? Näemmekö iäkkään ihmisen äänettömän hädän osaston muulta hälinältä ja kovaäänisemmiltä potilailta? Onko meillä aikaa pysähtyä kuuntelemaan potilaan saati omaisten huolta?

Nämä kysymykset mietityttävät minua eniten toimiessani psykiatrisena sairaanhoitajana, ammattiauttajana, kuuntelijana ja rinnalla kulkijana sen matkan aikana, minkä vanhuspotilas on psykiatrisella akuuttiosastolla hoidettavana. Näihin kysymyksiin etsin vastausta artikkeleista ja kirjoista. Kävin myös Moision sairaalan psykogeriatrisella osastolla 2 keskustelemassa osastonhoitaja Jaana Väänäsen kanssa, joka on työskennellyt pitkään vanhustyössä sairaanhoitajana ja osastonhoitajana ja tietää, mitä kuuluu iäkkään ihmisen hyvään hoitoon ja kohtaamiseen.

Meidän vanhempamme ja isovanhempamme ovat tehneet meille tien ja ta-soittaneet sen meille hyväksi kulkea. He ovat rakentaneet meille tämän maan. He ovat kaskenneet, raivanneet, kyntäneet ja kylväneet, he ovat kasvattaneet meidät, nykyisen työikäisen väestön. Heidän kuuluu saada levätä ja yhteis-kunnan on tuotava palvelut heille helposti saataviksi.

Halusin artikkelissani kuvata, kuinka haasteellista ja samalla ensiarvoisen tärkeää on kohdata potilas ja vastata hänen tarpeisiinsa hänen ikänsä edel-lyttämällä tavalla. Halusin myös tuoda työyhteisöni, psykiatriselle akuutti-osastolle, tämän artikkelin myötä tiiviin paketin tietoa siitä, miten voimmme paremmin auttaa, kuunnella ja hoitaa myös iäkkäitä potilaita.

Ikääntymisen vaikutus ihmisen henkiseen ja fyysiseen toimintakykyyn

Miehet ja naiset vanhenevat eri tahtiin. Sukupuolten välillä on jonkin verran eroja siinä, miten vanhenemiseen suhtaudutaan ja millaisia selviytymiskeinoja tai vaikeuksia ikääntymiseen liittyy. Ihminen kehittyi omaksi itsekseen suhteessa ympäristöön ja toisiin ihmisiin. Usein vanhuus nähdään vain fyysisenä tai psyykkisenä sairautena. Monien sairauksien syntymistä tai etenemistä pysytään kuitenkin nykyajan lääketieteen keinoin hillitsemään.

Jokainen ihminen kokee vanhuuden omalla henkilökohtaisella tavallaan. Keskeistä ja samalla yhteistä kaikille on, että vanhuus pohjautuu elettyyn elämään, kohtaloihin ja niiden muokkaamiin mielen sisältöihin. Vanhuudessa kohdataan sekä elämään liittyvät eheyttävät että traumaattiset kohtalot, jotka molemmat sävyttävät vanhuutta. Aikaisemmin koetut vaikeudet ja haavoittavat kokemukset tulevat eteen uudelleen ihmisen vanhetessa ja vaativat työstämistä. Ilman niiden työstämistä vanhuudesta saattaa muodostua kapea, jopa uhkaava asia. Pirkko Siltalan mukaan vanhuus on siirtymävaihe elämän ja kuoleman välissä. (Siltala, 2014.)

Ikääntyminen on väistämätöntä. Se, miten toimintakykymme muuttuu vuosien myötä, on yksilöllistä. Vanheneminen tuo mukanaan monenlaisia tasapainoon, aistien heikkenemiseen, liikkumiseen ja muistamiseen liittyviä toimintarajoitteita, jotka saattavat vaikeuttaa itsenäistä asumista ja toimimista. Ikääntymisen vaikutus henkiseen ja fyysiseen toimintakykyyn vaihtelee, samoin kokemus sairauksista ja sairastamisesta sekä kyvystä selvitä arjesta. Ikääntymiseen liittyvien muutosten alkamisikä, nopeus sekä vaikutukset vaihtelevat toimintakyvyn osa-alueiden ja yksilöiden välillä. Ystävien ja omaisten menetykset, yksinäisyys, sairauksien lisääntyminen ja toiminnanvajavuuksien aiheuttama avun tarve heikentävät elämänlaatua vanhuudessa. (Heikkinen, 2005.)

Ikääntyminen aiheuttaa monia fyysisiä muutoksia, jotka ovat hyvin yksilöllisiä. Tyypillisimpiä ikääntymisen mukanaan tuomia muutoksia ja niiden aiheuttamia toimintarajoitteita ovat aistien heikkeneminen, huimaus, lihasvoiman

heikkeneminen ja liikkumisen vaikeudet, muistamisen vaikeudet ja muistisairaudet sekä sairastumiset ja onnettomuudet. Nestehukka, ja sen seurauksena elektrolyyttien epätasapaino voi myös aiheuttaa vanhukselle sekavuustilan ja muita seurauksia: kuivumista, kouristeluja ja erilaisia pahoinvointioireita, huimausta sekä sydämen tuntemuksia, tykyttelyä ja rytmihäiriöitä.

Nykyään puhutaan paljon ns. hauraus-raihnaus-oireyhtymästä, jossa ikääntyvä ihminen vanhenee ja sen myötä alkaa ihmisen kunto ”rapistua”. Sillä tarkoitetaan yleisen terveydentilan heikkoutta, jota ei voida suoraan liittää mihinkään diagnosoituun sairauteen. HRO-oireyhtymää potevien stressinsietokyky on heikentynyt, mikä lisää mm. vajaatoimintojen ja kuoleman riskiä. Tyypillinen potilas on laiha, lihaksistoltaan surkastunut, useimmiten hitaasti rollaattorilla liikkuva vanha nainen. (Pitkälä & Strandberg 2003.)

Muistin heikkeneminen vaikeuttaa päivittäisiä toimintoja ja aiheuttaa unohduksia, kuten kodinkoneiden jäämisiä päälle, tai ei muista, minne on menossa ja mitä tekemässä. Tilan ja ajan hahmottaminen sekä uusien asioiden oppiminen voi vaikeutua huomattavan paljon. Sairastumiset ja onnettomuudet ovat myös merkittävä syy mahdollisiin toimintarajoitteisiin. Muistisairauksien ohella esim. reumatismi sekä monet akuutit sairaudet voivat heikentää liikkumista ja omatoimisuutta koko loppuelämän ajaksi. (Ikääntyvän palveluopas 2014.)

Vaikka kunnan heikkeneminen on epämieluisa ilmiö, muutokset ovat terveellä ihmisellä niin hitaita, että niihin ehtii yleensä mukautua myös henkisesti. Nykylääketieteen keinoin monia sairauksia osataan usein siirtää tai taudin pahenemista hidastaa. Vaikka sairastuneet ovat yhä vanhempia, voidaan heitä iästä huolimatta hoitaa ja kuntouttaa. (Heikkinen, 2005.)

Vanhuusiän mielenterveysongelmat

Vanhusten tavallisimpia psyykkisiä häiriöitä ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit ja elimelliset mielenterveyshäiriöt. Vanhus kokee ja ilmaisee psyykkisen pahan olonsa usein ruumiillisina oireina kuten särkyinä, kipuina ja hengenahdistuksena. Monet vanhukset kärsivät yksinäisyydestä, mikä lisää vakavan masennuksen ja muiden mielenterveyden häiriöiden riskiä. Heidän ei ole helppo pyytää apua pelkoihinsa ja ahdistukseensa. (Winblad, 1996.) Yhä useampi vanhus lääkitsee unettomuutta, ahdistusta tai masennusta alkoholilla.

Monet somaattiset sairaudet kuten sydämen vajaatoiminta, rytmihäiriöt, keuhkosairaudet, dementia, Parkinsonin tauti, delirium tai hypertyreooosi voivat aiheuttaa ahdistusta ja jopa sekavuutta. Pitkäaikaiseen kipuun ja unettomuuteen liittyy usein ahdistuneisuutta, samoin syövän tai muun vakavan sairauden laukaisemaan kriisiin. Vanhus voi muuttua hyvinkin sekavaksi esim. virtsatieinfektion seurauksena. Vanhuusiän sairaudet ja fyysisten toimintojen,

kuten myös kognitiivisten toimintojen (muisti, oppiminen, psykomotoriikka, ongelmanratkaisu) heikentyminen lisäävät psyykkistä kuormittuneisuutta. Erityisesti kognitiivisia oireita voidaan joskus toisaalta virheellisesti tulkita masennukseksi, vaikka ne todellisuudessa liittyisivät alkavaan muistisairauteen. (Ikääntyvän palveluopas, 2014.)

Unettomuus on myös hyvin yleistä vanhuksilla ja liittyy usein stressiin, elämäntilanteeseen (yksinäisyys, turvattomuuden tunne), äkillisiin elämänmuutoksiin (sairastuminen, suru) ja ulkoisiin häiriötekijöihin kuten meluun ja nukkumaanmenoajan muutoksiin. Unettomuus liittyy hyvin usein ongelmallisena dementiaan ja muihin rappeuttaviin aivosairauksiin sekä kroonisiin verenkierto- ja tuki- ja liikuntaelämistön sairauksiin. (Hiltunen, 1996.)

Masentuneen mielialan lisäksi depressiiviset vanukset ovat ärtyisiä, itkuisia, apaattisia, hidastuneita tai ahdistuneita ja kiihtyneitä. Masennus voi esiintyä somaattisina oireina tai niiden ylikorostumisena, kuten kipuoireina tai vatsan toimintahäiriöinä. Ruokahaluttomuus, laihtuminen, väsymys, uni- ja muistihäiriöt ovat myös merkkejä masennuksesta. Vakavan masennustilan oireita ovat arvottomuuden tunne, itsesyytökset ja itsetuhoiset ajatukset. Lisäksi masennukseen liittyvät yksinäisyyden tunne, turvattomuus, pelokkuus ja takeruminen läheisiin tai hoitaviin henkilöihin. Erityisesti masennukseen liittyvä laihtuminen ennustaa vanhuksilla kuolleisuutta. Hoitokodeissa masennus ilmenee yleisimmin käyttäytymismuutoksina, kuten ruoasta kieltäytymisenä, pidätysvaikeuksina tai vihamielisenä käytöksenä. (Hiltunen, 1996.)

Tyypillisiä masennukseen liittyviä piirteitä voivat olla: vetäytyminen muiden ihmisten seurasta, itsensä ja päivittäisten asioiden laiminlyönti, voimakas huoli ja ahdistus omasta toimintakyvystä, sairaudesta tai toimeentulosta sekä kognitiiviset häiriöt: äkilliset muistihäiriöt, valikoiva muistamattomuus, ahdistuneisuus tai heikko suoriutuminen muistamista vaatimista tehtävistä. Toisin kuin muistisairauksissa, masentunut on tietoinen muistamattomuudestaan ja voi kokea sen pelottavana. Traumaperäinen stressihäiriö voi aiheuttaa vanhuuskäiselle masennus- ja ahdistusoireita, esim. sodassa olleet miehet saattavat nähdä vielä iäkkäänä painajaisia sotakokemuksistaan. Sotavankeuden on todettu lisäävän traumaperäisen stressihäiriön riskiä huomattavasti. (Saarela & Hiltunen, 2013.)

Paranoialla tarkoitetaan korostunutta epäluuloisuutta ja varuillaan oloa, johon usein liittyy lisääntynyttä herkkyyttä ympäristön ärsykkeille. Epäluuloisuus voi olla kapea-alaista tai kaiken kattavaa. Vääristyneessä ajatusmaailmassaan vanhus on varma ajatustensa paikkansapitävyydestä ja harhaluulot voivat ohjata toimintaa. Tavallisimpia oireita ovat varastamis- ja häiritsemisharhaluulot, sekä potilaan tunne siitä, että kotiin tunkeudutaan tai lähetetään myrkyä tai kaasuja. Varkaus- ja mustasukkaisuusharhaluulot ovat tavallisia dementiaan liittyvässä paranoiassa. (Hiltunen, 1996.)

Vanhusten itsetuhoisuus on lisääntynyt huomattavan paljon. Tuskaisen masennustilan lisäksi itsetuhoisuuteen vaikuttavat hypokondrinen sairauden pelko, epäluuloisuus ja arvottomuuden tunne. Vanhuuden yksinäisyys, eristäytyminen ja elämän kapeutuminen, samoin kuin elimelliset sairaudet lisäävät vanhusten itsemurhariskiä. Alkoholin ja lääkkeiden ongelmakäyttö sekä aiemmat itsemurhayritykset lisäävät uuden yrityksen vaaraa. Vanhus voi päätyä passiiviseen itsemurhaan vähentämällä tai lopettamalla syömisen ja juomisen. Itsetuhoajatukset on aina selvitettävä kysymällä elämän laadusta ja tuntemuksista, kuten toivottomuudesta ja kyllästymisestä elämään. (Hiltunen, 1996.)

Psykogeriatriksen potilaan kohtaaminen

”Murheellisten kuullen on puhuttava hiljaa”, lausui runossaan Helena Anhava. Autetuksi joutuminen ja yleensä jo sairaalaan joutuminen on monille iäkkäille ihmisille vaikea asia, jos ei ole tarvinnut ulkopuolisia apuja. Ei ole merkityksentöntä, millainen on hoitajan ja potilaan ensikohtaaminen, kun psykogeriatrien potilas tulee osastolle. Hoidon perustana on tiivis, vuorovaikutuksellinen hoitosuhde, johon kuuluu potilaan perustarpeista huolehtiminen kokonaisvaltaisesti sekä potilaan turvallisuudentunteen takaaminen ympärivuorokautisesti. Hoidon onnistuminen vaatii henkilökunnalta laaja-alaista ymmärrystä iäkkään ihmisen hoidosta. Kiireetön tilanne ja rauhallinen tila osastolla luovat paremmat puitteet keskustelun ja hoidon onnistumiselle. Psykoottisen, muistihäiriöisen tai sekavan vanhuspotilaan kohdalla on yhtä tärkeää niin ympäristön kuin myös hoitajien pysyminen muuttumattomana. Henkilökunnan jatkuva vaihtuminen aiheuttaa iäkkäässä potilaassa helposti turvallisuuden tunnetta ja jopa turvallisuusriskejä. (Väänänen, 2014.)

Psykoottisen ihmisen maailma herättää hoitajassa monenlaisia tunteita: hämmennystä, myötähäpeää, pelkoja, turhautuneisuutta ja joskus jopa suuttumusta. Nämä ovat normaaleja vuorovaikutussuhteeseen liittyviä tunteita ja tätä ilmiötä kutsutaan transferenssiksi eli tunteensiirroksi (Ollinheimo, 2008.) Pirkko Siltala on käyttänyt myös termiä taakkasiirtymä puhuessaan transferenssista (Siltala 2009). Transferenssilla tarkoitetaan sellaista tiedostamatonta reagointia, jossa potilas siirtää lapsuuden tärkeisiin henkilöihin liittyviä tunteita, kokemuksia ja asenteita nykyhetken ihmisiin ja tilanteisiin. Se, miten ihmiset reagoivat toisiinsa, ei selity pelkästään todellisuuden havaintojen perusteella, vaan jokainen tuo vuorovaikutukseen aikaisempia kokemuksiaan varhaislapsuudesta asti. (Aalberg, 2009.)

Hoitaja tunnistaa transferenssin siitä, että potilas reagoi suhteettoman voimakkaasti tilanteeseen nähden ja hoitajassa itsessään herää voimakkaita reaktioita potilasta kohtaan. Nämä reaktiot herättävät hoitajassa hämmennystä, sekä outouden tai yllättyneisyyden tunteita. Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus saattaa muuttua ”raskaaksi”, paljon omaa energiaa kuluttavaksi. Potilaan vaikeiden tunteiden terapeuttinen kohtaaminen edellyttää, että

hoitaja on itse käsitellyt itsessään samantyyppisiä tunteita ja päässyt niiden kanssa sinuiksi. Esimerkiksi hoitaja voi aidosti kohdata potilaan häpeää tai syyllisyyttä vain, jos hän pystyy käsittelemään näitä tunteita omassa mielessään. (Ollinheimo, 2008.)

Aistiharhat ja harhaluulot, ajatushäiriöt ja outo käytös ovat merkkejä potilaan hädästä hänen kohdatessaan tilanteen, jota hän ei kykene hallitsemaan. Potilas on ymmällään siitä, mitä hänen ympärillään tapahtuu. Yhteisesti jaettu kokemus herättää turvallisuuden tunnetta ja voi olla juuri se kokemus potilaalle, josta hänen hoitonsa lähtee liikkeelle.

Vanhusten hoidossa on keskeistä psykoterapeuttinen asenne, mikä tarkoittaa vanhusten ongelmien kiireetöntä kuuntelua, empaattista suhtautumista ja tuen antamista. Kun hoidetaan esim. depressiota sairastavaa iäkästä ihmistä, kuunnellaan sekä kehon että mielen oireita. Hoito-otteen tulee olla aktiivinen, tukea antava ja rohkaiseva.

Potilaan psykososiaalinen elämäntilanne on tärkeää selvittää ja se onnistuu parhaiten vanhusta kuuntelemalla ja omaisten kanssa keskustelemalla. Masentunut vanhus ei esim. näe itse elämässään vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia. Työntekijöiden tehtävänä on ohjata ja motivoida uudenlaiseen toimintaan. (Hiltunen, 2008.)

Potilaat aistivat hyvin herkästi hoitajan välittämisen ja huolenpidon, vaikka olisi kyseessä muistisairas tai paranoidinen vanhus. Kuten kaikilla psykoosipotilailla, kokemus ja ammattitaito takaavat sen, että potilaan oireisiin tai harhoihin ei mennä mukaan, eikä potilaan kanssa koskaan pidä ajautua väittelyyn. Potilaan asettaminen arkitodellisuuden kanssa vastatusten onnistuu paremmin persoonallisuushäiriöissä kuin psykoottisen potilaan kohdalla. Konfrontaation tavoitteena ei ole potilaan nolaaminen, häpäiseminen ja nöyryyttäminen, saati sitten kurittaminen, vaan olemassa olevien asioiden ja potilaan oman tilanteen todentaminen potilaalle itselleen. Paras menetelmä on potilaan tilanteen myötäelävä kuvaaminen. Potilaalle annetaan käsitteitä, joiden avulla hän voi ymmärtää nykyistä tilannettaan paremmin. Tällöin puhutaan asioiden sanoittamisesta. Lisäksi on tärkeämpää keskittyä nykyhetkeen menneisyyden tulkintojen sijasta, vaikka potilaan menneisyys auttaakin hoitajaa ymmärtämään paremmin potilaan psykososiaalista kokonaisuutta. (Ollinheimo, 2008.)

Vanhusten traumaperäisten stressioireiden hoidossa on tärkeää vanhuksen empaattinen kuuntelu sekä arvostava ja luonteva suhtautuminen. Keskitytään hoitamaan potilaan yksittäisiä oireita, kuten univaikeuksia tai masennusta. (Saarela & Hiltunen, 2013.)

Potilasta joudutaan joskus rajoittamaan fyysisesti tai sanallisesti. Iäkkään potilaan fyysistä rajoittamista käytetään hoitokeinona äärimmäisen harvoin ja sen pitää olla tarkoin harkittua ja perusteltua. Hoitajilta edellytetään tällöin erittäin hyvää ammattitaitoa ja kykyä asettaa iäkkään potilaan asemaan.

Pohdinta

Psykogeriatrisen potilaan kohtaaminen on haasteellista johtuen monista syistä, eikä vähiten siksi, että hoitajan ja potilaan välinen ikäero saattaa olla todella suuri. Eletty elämä ja kokemukset tulisi nähdä voimavarana, joka tuo mukanaan suvaitsevaisuutta sekä rohkeutta olla oma itsensä ja toteuttaa omia toiveitaan. Henkisen hyvinvoinnin kannalta olisi tärkeää pohtia, millaisia asioita hyvään elämään kuuluu ja miten hyödyntää omia henkisiä voimavarojaan. Ne vaikuttavat paljon siihen, millaiseksi ikääntyvä ihminen kokee itsensä ja elämänsä.

Vanhusten mielenterveysongelmien tunnistaminen on usein vaikeampaa kuin nuoremmassa ikäryhmässä. Monesti iäkäs ihminen ei osaa ilmaista tuntemuksiaan psykologisilla käsitteillä. Tällöin hoitaja joutuu ”sanoittamaan” potilaan pahaa oloa ja psyykkistä oireilua. Tarvitaan laaja-alaista osaamista sekä syvällistä paneutumista potilaan tilanteeseen. Moniammatillisen työryhmän, samoin kuin tiimityön merkitys korostuu psykiatrisella akuuttiosastolla.

Hoitotyössä ei ole yhtä ainoata oikeaa tapaa tehdä työtä. Jokainen työskentelee persoonallisesti ja oman persoonallisuutensa kautta. Työnohjauksella on keskeinen tehtävä hoitajan ammattitaidon ylläpitämisessä ja työssä jaksamisessa. Työnohjauksen tavoitteena voidaan pitää hoitajan henkisen ja persoonallisen kasvun tukemista, ammatti-identiteetin selkiytymistä ja tunne-elämän tukemista. Työnohjauksen päämääränä on auttaa hoitajaa tavoittamaan potilaan kokema todellisuus omien kokemustensa kautta.

Ihmisenä olemisen tarkoitus on tulla omaksi itsekseen, kaiken koetun ja eletyn kautta, sen kivuliaan ja vaivalloisen prosessin kautta, jota elämäksi kutsutaan. Hoitotyön tarkoitus on pelastaa ihmishenkiä, auttaa ja hoitaa. Psykiatrisen hoitajan työnkuvaan kuuluu kaikkia edellä mainittuja: auttaa ihmistä löytämään kadotettu minuutensa tai itsetuntonsa, toimia säiliönä potilaan pahalle ololle ja auttaa potilasta näkemään vaihtoehtoja sielläkin, missä näkyy vain pelkkää mustaa. Hoitajan tärkein tehtävä on auttaa potilasta näkemään valoa ja ylläpitämään toivoa, sillä niin kauan, kuin on toivoa, on elämää.

LÄHTEET

Aalberg, V. 2009. Psykodynaamiset yksilöpsykoterapiat. Duodecim, Terveyskirjasto.

Heikkinen, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Suomalaisen terveys. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049&p_haku=Heikkinen Eino](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049&p_haku=Heikkinen+Eino)

Hiltunen, P. 2008. Vanhuksen masennuksen hoito. Therapia Fennica. Kandidaattikustannus Oy.

Ikääntyvän palveluopas 2014. http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/palveluoppaat/ikaantuvan_palveluopas/

Ollinheimo, A. 2008. Kohtaamisen vastavuoroisuus ja transferenssi potilastyössä. Koulutusmateriaali.

Saarela, T. & Hiltunen, P. 2013. Vaikeasti traumatisoitunut vanhus, Potilaan lääkärilehti. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/tiedeartikkelit/vaikeasti-traumatisoitunut-vanhus/#.VGBq1E0cSUK>.

Siltala, P. 2009. Työnohjaus taakkasiirtymän vastaanottajana ja työstäjänä.

Siltala, P. 2014. Vanhuus – elämä haluaa tulla eleyksi. Helsinki: Kirjapaja.
Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2010. Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Valvira. 2013. Vanhuspalvelulaki. http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/vanhustenhuolto

Vanhuus ja hoidon etiikka. 2008. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan ETENE –raportti. Helsinki: Etene julkaisuja 20.

Winblad, I. 2008. Vanhusten psyykkiset häiriöt, Therapia Fennica. Kandidaattikustannus Oy.

Väänänen, J. 2014. Haastattelu. 28.5.2014. Osastonhoitaja, Moisio sairaala, psykogeriatrinen os.2.

