

Merja Korkiakoski

HOIDON KEHITTÄMINEN KIELOKODIN VUOROHOITOTIIMISSÄ

HOIDON KEHITTÄMINEN KIELOKODIN VUOROHOITOTIIMISSÄ

Merja Korkiakoski
Opinnäytetyö
Kevät 2011
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

Tekijä: Korkiakoski, Merja

Opinnäytetyön nimi: Hoidon kehittäminen Kielokodin vuorohoitotiimissä.

Työn ohjaajat: Yliopettaja TtT Lea Rissanen ja yliopettaja TtT Helena Heikka

Työn valmistumislukukausi ja – vuosi: Kevät 2011

Sivumäärä: 71 + 15 liitesivua

TIIVISTELMÄ

Oulun kaupunki keskitti vuonna 2007 14 vuorohoitopaikkaa Tuirankartanon Kielokodin hoivaosastolle. Osaston toiminta muuttui oleellisesti, kun aiemmin pitkäaikaisosastona toiminut yksikkö alkoi tuottaa myös vuorohoitopalveluja. Toiminnan muuttumista suunniteltiin käytännönlähtöisesti, suullisesti sopimalla. Toiminnan selkiyttämiseksi ja hoidon laadun kehittämiseksi päätettiin laatia kehittämissuunnitelma. Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena. Laadun kehittämisen lähtökohdiksi valittiin asiakas- ja hoitajanäkökulmat. Asiakkaiden näkökulmaa ja mielipiteitä vuorohoidosta selvitettiin asiakaskyselyllä. Hoitajat puolestaan täyttivät häiriöpäiväkirjan, jolla kartoitettiin hoitotyöhön liittyvät ongelmat. Asiakaskyselyistä saadut tulokset analysoitiin Exceltaulukkolaskentaohjelmalla ja vapaat vastaukset sisällönanalyysillä. Häiriöpäiväkirjat analysoitiin sisällönanalyysillä. Analyysillä selvitettiin Kielokodin vuorohoitotiimin kehittämisaalueet.

Tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä on selvitetty vuorohoidon merkitys omaishoitajan tukemisessa. Koska vuorohoidosta käytetään muitakin nimityksiä, sen määrittelmä selvennettiin. Myös vuorohoitoasiakkaan ja omaishoitajan rooleja selvitettiin. Viitekehyksessä käsitellään myös toimintatutkimuksen historiaa, lähtökohtia ja teoreettisia perusteita. Sisällönanalyysistä on kuvattu sen teoreettinen kuvaus ja toteutus.

Asiakaskyselyistä saatujen tulosten mukaan kehittämiskohteiksi nousivat; ulkoilu, viriketoiminta, tiedottaminen, asiakkaiden vaatetus, tilojen viihtyvyys, asiakkaiden hygieniasta huolehtiminen, lääkäripalvelut sekä henkilökunnan saatavuus ja riittävyys. Häiriöpäiväkirojen analyysissä nousi esille kaksi yläkategoriaa, työn luonteeseen kuuluvat häiriöt ja työn luonteeseen kuulumattomat häiriöt. Näistä kehittämisen kohteeksi valikoituivat työn luonteeseen kuulumattomat häiriöt joita ovat; raportointi, tietoturva, kuljetus, työn organisoinnista johtuvat keskeytykset viivästymiset sekä hoito-/työvälineiden puuttumiseen liittyvät häiriöt.

Seuraavassa vaiheessa on laadittu kehittämissuunnitelman, jossa tutkimuksessa nousseet osa-alueet ovat kehittämiskohteita. Kehittämiskohteille määriteltiin kehittämisen keinot ja menetelmät. Kirjallinen kehittämissuunnitelma mahdollistaa nyt suunnitelmallisen työn kehittämisen ja jatkossa edelleen sen arvioinnin uusilla asiakaskyselyillä. Kehittämistyö jatkuu siis myös tämän opinnäytetyönkin jälkeen. Muutos ja kehittäminen ovat tulleet osaksi jokapäiväistä työtä. Tämän sisäistämisen auttaa ymmärtämään, ettei se ole työstä irrallaan olevaa, ylimääräistä, ylempää määrättyä tekemistä, vaan parhaimmillaan henkilöstöstä lähtevää oman työn eteenpäin viemistä.

Asiasanat: vuorohoito, toimintatutkimus, kehittäminen

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Development and Management of Health Care and Social Services

Author: Korhikoski Merja

Title of Thesis: Developing treatment Kielokoti interval care team

Supervisors: Principal Lecturer, PhD (Health Sciences) Lea Rissanen and Principal Lecturer, PhD (Health Sciences) Helena Heikka

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2011

Number of Pages: 71 pages + 15 appendix pages

In 2007, the city of Oulu centralised 14 interval care places to Tuirankartano's Kielokoti care unit. The functioning of the unit changed substantially when the unit, which previously served as a long term unit, also began providing interval care services. The changing was planned from practical situations, with verbal agreements. It was decided a development plan was needed to streamline the functionality and to improve the quality of care. Development work was done as action research. To improve the quality, the focus was based on client and care staff points of view. The client point of view and opinions on interval care were mapped using a client questionnaire. On the other hand, care staff filled in a diary of disturbances, which helped map out problems in care work. The questionnaires were analysis with Excel spreadsheets and the open answers with content analysis. Disturbance diaries were also analysis using content analysis. Based on these, Kielokoti interval care team's developmental areas were discovered.

The theoretical framework of the study has been used to understand the meaning of interval care in supporting family care. As other terms are used of interval care, its definition was also clarified. Also the roles of interval care user and family carer were clarified. The frame of reference also deals with the history of action research, the starting points and theoretical grounds. Content analysis is depicted by the theoretical description and implementation.

Customer survey results indicated that areas for further development were outdoor activities, recreational activities, information, clothing, comfort of facilities, taking care cleanliness of clients, doctor services and medical staff availability and adequacy. In the disturbance diary analysis, two upper categories emerged: disturbances belonging to nature of work and those external to the nature of work. Of these, development areas were selected to be the factors external to the nature of work, which include, reporting, information security, transportation, interruptions and delays owing to work organisation and disturbances caused by the absence of equipment.

In the next stage I will draw up a development plan, where parts of the study are development areas. Development areas are characterized by the development of means and methods. A written development plan now allows a systematic development of the work and, in the future, allows the evaluation with new customer questionnaires. Development work will therefore continue, also after this study. Change and development have become a part of everyday work. The internalization of this helps to understand that it isn't external to work, additional, top-down ordered action but at best development of own work as initiated by staff themselves.

Keywords: interval care, action research, development

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	3
ABSTRACT	4
1 JOHDANTO.....	6
2 VUOROHOIDON OMAISHOIDON TUKENA.....	8
2.1 Vuorohoito	8
2.2 Omaishoito ja vuorohoitoasiakas.....	11
3 TOIMINTATUTKIMUS TOIMINNAN KEHITTÄMISEN MENETELMÄNÄ.....	14
3.1 Toimintatutkimuksen historia ja lähtökohdat.....	14
3.2 Toimintatutkimuksen teoreettiset perusteet	15
4 KIELOKODIN VUOROHOIDOTIIMIN KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT.....	18
5 VUOROHOIDON KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI.....	19
5.1 Muutos ja kehittäminen.....	19
5.2 Asiakkaiden ja heidän omaistensa mielipiteen selvittäminen.....	20
5.2.1 Asiakaskysely aineiston analysointi.....	21
5.2.2 Asiakkaiden ja heidän omaistensa mielipide vuorohoidosta	23
5.2.3 Omaisten ilta	40
5.3 Hoitajien näkökulma kehitettävistä hoitotyön osa-alueista.....	41
5.3.1 Aineiston kerääminen häiriöpäiväkirjalla.....	41
5.3.2 Häiriöpäiväkirjojen aineiston analysointi	42
5.3.3 Hoitajien tuottamat kehittämiskohteet.....	43
5.3.4 Tiimipalaverit	45
6 TULOSTEN TARKASTELUA.....	47
6.1 Asiakslähtöisen hoidon kehittäminen.....	48
6.2 Hoitajien näkökulmia ja näkemyksiä hoitamisesta ja hoitotyöstä.....	51
7 KIELOKODIN VUOROHOIDOTIIMIN KEHITTÄMISSUUNNITELMA.....	53
8 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT	57
8.1 Toimintatutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	57
8.2 Sisällönanalyysin luotettavuus ja eettisyys	60
8.3 Kehittämistyön prosessin arviointi	61
8.4 Jatkotutkimushaasteet.....	62
LÄHTEET	64
LIITTEET	VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

1 JOHDANTO

Ikääntyminen on Euroopan-unionin maista Suomessa kaikkein nopeinta (Valtioneuvosto 2009, 11). Väestön vanhenemista voidaan tarkastella ”vanhustenhuoltosuhteella”, eli 65 vuotta täyttäneiden suhdetta 15–64 –vuotiaisiin. Tilastokeskuksen vuonna 2007 tekemän arvion mukaan tämä suhde nousee 26 prosentista 46 prosenttiin vuonna 2030. Väestön ikääntyessä täytyy yhteiskunnan varautua entistä iäkkäämpien ihmisten palvelujen tuottamiseen. Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa painotetaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevää toimintaa ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta. Valtakunnallisena tavoitteena on, että vuoteen 2012 mennessä 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 91–92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008, hakupäivä 10.3.2010.) Tämä luo haasteita suomalaiselle yhteiskunnalle. Ikäihmisten asema yhteiskunnassa tuleekin nähdä myös voimavarana eikä pelkästään palvelujen tarvitsijoina. Omaishoitajien työpanos on merkittävä kotona asumisen tukemisessa. Lähes puolet omaishoitajista on eläkeläisiä ja kasvava ryhmä on yli 75 – vuotiaat omaishoitajat, joilla itselläänkin saattaa olla vaikeita sairauksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2003, hakupäivä 9.3.2010.)

Tuirankartano on hoiva- ja vuorohoitoa tarjoava vanhuspalveluiden laitos Oulussa. Hoivahoito on pitkäaikaista laitoshoidoa, joka tarkoittaa asumista, hoivaa ja huolenpitoa pitkäaikaisyksikössä sellaisille asukkaille, jotka tarvitsevat jatkuvaa valvontaa ja selviytyvät päivittäisistä toiminnoistaan pääsääntöisesti vain kahden henkilön avustamana. Hoivakodin asukkaat ovat päivittäisissä toiminnoissa eniten apua tarvitsevia asiakkaita vanhustyössä. Pitkäaikaishoidon toimintaperiaatteenä on tarjota hoitoa, hoivaa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden sitä tarvitseville oululaisille turvallisissa ja tarkoituksenmukaisissa puitteissa. (Oulun kaupunki 03/2010, hakupäivä 9.3.2010.) Vuorohoidon tavoitteena on puolestaan tukea kotona asuvan asiakkaan omatoimisuutta ja toimintakykyä päivittäisissä toiminnoissa siten, että asiakkaat voivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään omaisten ja kotihoitopalveluiden turvin. Vuorohoito toteutetaan joko säännöllisenä kerran kuussa noin viikon pituisina jaksoina tai hoidon tarve voi olla myös lyhytaikaista esimerkiksi hoitajan matkan tai sairauden vuoksi. (Oulun kaupunki 03/2010, hakupäivä 9.3.2010).

Kesällä 2007 Oulun kaupunki teki päätöksen vuorohoitopaikkojen keskittämisestä kahteen vanhustyön hoivahoidon yksikköön. Tuirankartanossa sijaitsee kolme hoivahoidon osastoa, joista yksi on Kielokoti. Kielokodin toisen tiimin asiakaspohjaa muutettiin pitkäaikaisesta hoivahoidosta vuorohoitoon. Tiimin 17 asiakaspaikasta 14 on nyt vuorohoitoasiakkaiden käytössä. Paikkojen muutos tehtiin vähitellen syksyn 2007 ja kevään 2008 aikana. Kielokodissa vuorohoitoasiakkaina käyvistä asiakkaista suurimmalla osalla on muistisairauksia ja dementiaa. Heidän lisäksi vuoroheidossa käy myös muihin kroonisiin, toimintakykyä heikentäviin sairauksiin sairastuneita asiakkaita.

Kun osaston toiminta muuttuu oleellisesti, vaatii se myös uudelleen organisoitua. Kielokoti oli jaettu aiemmin kolmeen yhtä suureen tiimiin, joiden henkilökunta ja asukkaat olivat muodostaneet omat vakiintuneet toimintatavat. Nyt nämä tiimit hajotettiin ja muodostettiin uudet tiimit; vuorohoitotiimi ja pitkäaikaishoidontiimi. Vuorohoitoa lähdettiin toteuttamaan käytännöllisistä lähtökohdista siten, ettei kirjallisia suunnitelmia tehty, vaan työhön ryhdyttiin käytännössä kokeilemalla. Pulmatilanteet pyrittiin ratkaisemaan suullisesti sopimalla. Tästä seurasi ajoittain ongelmia. Aina ei oltu samaa mieltä ongelmista ja niiden ratkaisutavoista. Kaivattiin selkeää toimintastrategiaa.

Oulun kaupungin vanhustyössä käynnistettiin laatuprojekti vuosina 2000–2001. Projektin tarkoituksena oli laatia laatujärjestelmät seitsemälle eri osa-alueelle vanhustyössä. Jokaiselle osa-alueelle perustettiin työryhmät joiden jäsenet koottiin eri toimintayksiköistä ja ammattiryhmistä. Yhtenä osa-alueen oli myös vuoroheidon laatujärjestelmän kirjaaminen. Projektin etenemisessä oli vaikeuksia koska projektista vastaava laatukoordinaattori vaihtui ja jäi lopulta kokonaan pois. Projektien eteneminen jäi työryhmien vastuulle. Osa työryhmistä sai laatujärjestelmät tehtyä, mutta useimmilta se jäi kesken. Näin kävi myös vuoroheidosta vastaavalle työryhmälle.

Koska Oulun kaupungilla ei ole laadittu laatukriteerejä vuoroheidolle ja sen luonnekin on osittain muuttunut, tarvittiin Kielokotiin kehittämissuunnitelma. Henkilökunta kartoitti työnsä kehittämistä vaativat osa-alueet häiriöpäiväkirjoilla. Samalla haluttiin ottaa myös asiakkaiden ja heidän omaistensa mielipiteet huomioon asiakaskyselyllä. Koska henkilökunta on ollut koko ajan voimakkaasti mukana suunnittelemassa Kielokodin vuorohoitotiimin hoitoa ja myös asiakkaat ovat mukana kehittämässä, päätettiin kehittämishanke toteuttaa toimintatutkimuksena. Tavoitteena oli laatia kehittämissuunnitelma hoidon kehittämiseksi Kielokodin vuorohoitotiimiin.

2 VUOROHOIDO OMAISHOIDON TUKENA

2.1 Vuorohoito

Joissakin yhteyksissä vuorohoitoa vastaavasta hoidosta on käytetty termiä lyhytaikaishoito. Elo-niemi-Sulkava, Sormunen, & Topo (2008, 12) ovat oppaassaan laadukkaista dementiapalveluista todenneet ympärivuorokautisen lyhytaikaishoidon olevan tarpeen sairauden edetessä pidemmäl-le. Heidän mielestään se tulee järjestää dementiaoireisille ihmisille tarkoitettussa yksikössä, joissa henkilökunta on perehtynyt muistisairauksiin ja henkilökuntaa on resursoitu tehtävään riittävästi. Hoidon tarkoitus ei saa olla säilyttävää ja dementoituneen henkilön tilaa heikentävää, vaan kun-toutumista ja selviytymistä tukevaa. Lyhytaikaishoitoon kuuluu myös vastuun kantaminen kotihoi-don jatkumisesta, yhteistyöstä omaisten kanssa, omaisen tuen tarpeen tunnistaminen ja taito hoi-taa kotona asumista uhkaavien riskitekijöitä, kuten käytösoireita ja kävelykyvyn heikkenemistä. Samoilla linjoilla ovat myös Heimonen, Juva, Lundgren & Voutilainen (2001, 10) tutkimuksessaan kuntouttavasta lyhytaikaishoidosta dementoituneiden toimintakyvyn tukena. Eloniemi-Sulkavan (2008, 76) mukaan ympärivuorokautinen lyhytaikaisyksikkö tukee omaishoitajia sekä toimii tuki-pisteenä erilaisissa kriisitilanteissa. Muistisairaiden kohdalla on todettu aiempien tutkimusten mu-kaan lyhytaikaishoidon laskevan asiakkaiden toimintakykyä. Uusimmat tutkimustulokset ovat kui-tenkin tuoneet esille, että tasokkaissa dementiayksiköissä tai päivätoimintapaikoissa voidaan pa-rantaa muistisairaiden ihmisten toimintakykyä. Myös Hirvasniemi (2009, 34) on tutkimuksessaan todennut toimintakyvyn laskua vuorohoitajaksojen aikana. Yleensä tämä toimintakyvyn lasku tar-koiitti liikkumisen huonontumista. Omaishoitajalle tästä seurasi enemmän töitä kotiin palaamisen yhteydessä. Heimonen ym. (2001, 33) ovat tutkimuksessaan todenneet kuntouttavalla ja siihen perehtyneen hoitohenkilökunnan avulla voidaan monipuolisesti tukea dementoitunutta läheistään kotona hoitavaa omaishoitajaa. Täten voidaan edesauttaa kotihoidon jatkumista dementian ete-nemisestä huolimatta. Asiakaskyselyssä ei tullut esille, miten Kielokodin vuorohoito oli vaikuttanut asiakkaiden toimintakykyyn. Virikkeitä, ulkoilua ja liikuntaa oli kylläkin toivottu enemmän.

Tutkimuksessa todettiin kuntouttavalla lyhytaikaishoidolla olevan merkitystä dementoitunutta lä-heistään kotona hoitavan omaisen jaksamiselle. Sovitusta, toistuvien väliajoin tapahtuvasta lyhyt-aikaishoidosta on käytetty myös nimitystä intervallihoito. Tällöin asiakas on laitoksessa esimer-kiksi viikon ja kolme viikkoa kotona (Muurinen & Valvanne 2005, 65.). Vuorohoidon ja intervalli-hoidon lisäksi on käytetty myös termiä jaksottaishoito. Tuusulassa sijaitsevassa Tuuskodossa jaksottaishoito määritellään säännöllisesti ennalta sovitusti toistuvaksi hoitajaksoksi. Samoin kuin

Kielokodissa, Tuuskodossa käydään myös yksittäisillä lyhytaikaisilla hoitajaksoilla. (Antila, Hyötynen, Hägg & Ahosola 2007, hakupäivä 13.11.2010, 44–45) Tässä kehittämistyössä käytetään määritelmää vuorohoito, koska se on vakiintuneena käytäntönä Oulun kaupungin vanhustyössä. Sillä myös erotetaan muu akuutti lyhytaikaishoito varsinaisesta vuorohoidosta.

Oulun kaupunki määrittelee vuorohoidon laitoksessa tapahtuvaksi hoidoksi, jonka pituus on ennalta sovittu. Se voi olla säännöllistä, esimerkiksi kerran kuussa oleva viikon mittainen jakso. Vuorohoitajakso voidaan myös toteuttaa tarvittaessa (ei säännöllisenä), omaishoitajan matkan tai sairauden vuoksi, tai omaishoitajalle muuten sopivina ajanjaksoina. Vuorohoidon ensisijainen tarkoitus on tukea omaisten jaksamista tarjoamalla heille mahdollisuutta lepoon. Se voi myös olla sosiaalisen tuen antamista yksinäiselle vanhukselle. Oulun kaupungissa vuorohoidon tarve arvioidaan kotona kotihoidon yhdyshenkilön tai oman alueen sosiaalityöntekijän toimesta. He tekevät tarvittaessa vuorohoitolähetteen vuorohoitokoordinaattorille. (Oulun kaupunki 03/2010, hakupäivä 9.3.2010.)

Vuorohoito toteutetaan Kielokodissa hoivahoitona. Tämä tarkoittaa sitä, että vuorohoitoon tullessa asiakkaan oletetaan olevan ”kotikuntoinen”. Osaston lääkäri ei tee vuorohoitoasiakkaille tulo- tai lähtötarkastusta, eikä myöskään määräaikaistarkastuksia tai toimintakykyarvioita. Myös lääkitysten tarkistukset ja reseptien uusiminen kuuluvat vuorohoitoasiakkaalla avoterveydenhuollon piiriin. Poikkeuksena on Marevan lääkityksen vaatimat verikoekontrollit ja siihen liittyvät lääkitysannostusmääräykset, sekä vuorohoitajakson aikana alkaneet akuutit sairaudet ja voinnin muutokset.

Hyvään vuorohoitoon pätevät samat kriteerit kuin hoivahoitoon. Samoin kuin Oulun kaupungin vanhustyössä, Kielokodin toimintaa ohjaa ”Dementoituneen ihmisen arvokas elämä” – toimintamalli (Vuokila-Oikkonen 2007) joka on laadittu Työ- ja elinkeinoministeriön rahoittamassa ”Jaettuun osaamiseen perustuvan asiantuntijuuden kehittäminen haasteellisesti käyttäytyvän asiakkaan kohtaamisessa” – projektissa. Toimintamallissa (liite 1) dementoituneen asukkaan arvokkaaseen elämään vaikuttavat arvot, moniammatillinen tiimityö, omahoitajuus ja ympäristö. Arvoissa määritellään yhteisöllisyyttä, eheyttä, ihmisen kunnioittamista, itsemääräämisoikeutta, erilaisuuden hyväksymistä ja lähimmäisenrakkautta dementoituneen asukkaan kohtaamisessa. Moniammatilliseen tiimityöhön vaikuttavat osaava ja jaksava henkilökunta, tiimillä yhteisesti laaditut tavoitteet, jonka päämääränä on kuntouttava, asukkaan voimavarat huomioonottava hoitotyö.

Myös tiimien välillä tapahtuva rakentava vertaispalaute ja yhteistyö ovat osana moniammatillista tiimityötä. Omahoitajuudessa omahoitaja suunnittelee, toteuttaa ja arvio yhdessä asukkaan ja hänen läheisensä kanssa hoitosuunnitelman, jolla turvataan asukkaan kokonaisvaltainen hoito myös omahoitajan poissa ollessa. Omahoitajan kuuluu olla asukkaan puolestapuhuja. Dementoituneen ihmisen hoitoympäristössä huomioidaan turvallisuus, virikkeellisyys ja kodinomaisuus. Näiden asioiden lisäksi toimintamallissa on huomioitu avoimuus, turvallisuus, huumori, luovuus ja me-henki. dementoituneelle asukkaalle mahdollistetaan yhteiset hetket omaisten, vapaaehtoisten, seurakunnan, koulujen, päiväkotien ja järjestöjen edustajien kanssa.

Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008, hakupäivä 9.3.2010) määritellään ikääntyneiden palvelujen järjestämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. Keskeisenä perusarvona on ihmisarvon kunnioittaminen. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaiselle on turvattava oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin- ja hoitopaikasta ja hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta. Keskeiset ihmisarvoisen vanhuuden turvaavat eettiset periaatteet ovat; itsemääräämisoikeus, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys sekä turvallisuus. Laadukkaalle hoitoympäristölle on asetettu tavoitteeksi, että asukashuoneet, käytävät, yhteistilat sekä piha-alueet ovat esteettömiä ja turvallisia. Asukkailla järjestetään oma huone, ellei hän nimenomaan halua asua puolison tai toisen yhteistä asumista toivovan asiakkaan kanssa, ja siihen liittyvät hygieniatilat. Ympäristön tulee ottaa huomioon demenciaoireisen ihmisen erityistarpeet, eli sen on oltava turvallinen, selkeä ja orientoitumista helpottava. Tilojen mitoituksen täytyy olla riittävä sekä tilojen joustavan käytön että hoitohenkilökunnan turvallisuuden ja työssä jaksamisen vuoksi. Hoitoympäristön tulee myös mahdollistaa ulkoilu. Tuirankartano on suhteellisen uusi yksikkö (otettu käyttöön vuonna 1998) jossa ulkoiset puitteet on suunniteltu edellä kuvatut laatusuositukset huomioon ottaen. Ongelmana ovat kuitenkin väliaikaiset lisäpaikat jotka on sijoitettu yhden- ja kahdenhengen huoneisiin. Yksityisyyden puuttuminen, johon vaikuttavat fyysiset tilat ja taloudelliset tekijät, on vanhustenhuollossa yleinen ongelma (Leino-Kilpi, Välimäki, Arndt, Dassen, Gasull, Lemonidou, Scott, Bansemir, Cabrera, Papaevangelou & Mc Parland 2000, 137).

Voutilaisen, Backmanin ja Paasivaaran (2002, 100–101) mukaan vanhuksia hoitavien laitosten on otettava huomioon monia ominaisuuksia. Osastoilla tulisi olla heterogeeninen asiakaskunta. Usein samalla osastolla hoidetaan fyysisesti hyvin sairaita sekä vakavasti dementoituneita joilla on erilaisia tarpeita. Näin on myös Kielokodissa. Tätä seikkaa on otettu huomioon sijoittamalla vuorohoitoasiakkaat omaan tiimiinsä. Toisaalta, myös vuorohoitoasiakkaissa on hyvin erikuntoisia

asiakkaita. Tämän lisäksi Voutilainen ym. kehottavat huomioimaan erilaiset kommunikaatiomenetelmät jotka sisältävät jokapäiväisen elämän kokemukset laajemmassa merkityksessä. Dementoituneelle on tärkeää tulla kuulluksi ja vakavasti otetuksi. Myös omaisten ja ystävien rooli on tärkeä. He ovat asiakkaan sosiaalinen yhteys hoitolaitoksen ulkopuolelle. Omaiset ja ystävät auttavat myös hoitajia ymmärtämään asiakasta paremmin kertomalla hänen aiemmasta elämästään, totumuksista ja tavoista. He voivat myös antaa neuvoja jotka auttavat hoitajia toteuttamaan hyvää hoitoa. Joka tapauksessa, dementoituneen henkilökohtaisia kokemuksia hoidosta on vaikea arvioida.

2.2 Omaishoito ja vuoroahoitoasiakas

Omaishoidolla tarkoitetaan kotona tapahtuvaa pitkäaikaissairaahan tai vammaisen henkilön hoitamista. Omaishoitaja voi olla sukulainen tai joku muu läheinen henkilö. Omaishoitajan ja hoidettavan ei tarvitse asua yhdessä. Omaishoitaja voi hakea kaupungilta omaishoidontukea, joka myönnetään hoidon sitovuuden ja vaativuuden perusteella. Omaishoidon tukea saaville tehdään aina omaishoitosopimus johon liittyy myös hoito- ja palvelusuunnitelma (Oulun kaupunki 2009, hakupäivä 9.3.2010). Sopimuksen tehneillä on oikeus pitää vapaata kolme vuorokautta kuukaudessa (laki omaishoidontuesta 2.12.2005/937, hakupäivä 13.11.2010), kunnan on silloin järjestettävä tarkoituksenmukainen hoito tai hoitopaikka hoidettavalle. (Oulun kaupunki 04/2010, hakupäivä 3.5.2010).

Sosiaali- ja terveysministeriön kunnille tekemässä selvityksessä kuntien edustajista lähes puolet arvioi, että omaishoidon tuen turvin kotona hoidettavista lähes kaikki olisivat laitoshoidossa, jollei hoitavaa omaista olisi. Yli 80 prosenttia vastaajista puolestaan arvioi, että vähintään puolet omaishoidon tuen piirissä olevista hoidettavista olisi laitoshoidossa ilman omaishoitajaa. Näiden arvioiden perusteella voitiin arvioida, että vuonna 2002 kotona hoidetuista henkilöistä 9 815 olisi joutunut laitoshoitoon ilman omaishoitajaa. STM:n selvitys arvioi lukua todellisuutta alhaisemmaksi, koska vaihtelu eri kuntien välillä ”kaikki tai melkein kaikki” arviossa vaihteli 75–100 prosentin välillä. Rahassa mitattuna omaishoidolla laskettiin vuonna 2002 bruttosäästöiksi 379 miljoonaa euroa (kun hoitopäivän hinnaksi arvioitiin 91,50 €). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, hakupäivä 10.3.2010.) On myös arvioitu, että yhden dementia oireita sairastavan henkilön laitoshoidon maksaa yhteiskunnalle 36 300 euroa kun se vastaavasti kotona tapahtuva hoitona maksaa 14 500 euroa (Eloniemi-Sulkava, Sormunen & Topo 2008, 76). Jotta omaishoitajat jaksavat, tarvitsevat he myös lomaa ja lepoa. Vuoroahoito on tarkoitettu omaishoitajien jaksamisen tueksi. Olen sitä

mieltä, että vuorohoito on kansantaloudellisesti merkittävä hoitomuoto. Laadukkaalla vuorohoidolla voidaan säästää yhteiskunnallisia varoja sekä inhimillisiä kärsimyksiä, kun asiakkaiden pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumista voidaan siirtää mahdollisimman pitkään

Kielokodissa vuorohoidossa kävijöistä suurimmalla osalla on omaishoitaja. Muutama säännöllisessä vuorohoidossa käyvistä on kotonaan yksin asuva vanhus, jonka sosiaaliset yhteydet kodin ulkopuolelle ovat vähäiset, joko omaisten puuttumisen tai heidän kaukana asumisen vuoksi. Vuorohoitoasiakkaat ovat yleensä monisairaita, mutta suurimmalla osalla heistä on jokin muistisairaus. Dementoivat sairaudet ovatkin kaikista sairausryhmistä niitä, jotka aiheuttavat ikääntyneille ihmisillä kaikista eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelun tarvetta (Eloniemi-Sulkava ym. 2008, 9). Kielokodin vuorohoitoasiakkaat ovat tällä hetkellä iältään 64 vuodesta ylöspäin, vanhimman asiakkaan ollessa yli 100 -vuotias.

Vuorohoidossa käyvillä asiakkailla on pääsääntöisesti samoja fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia kuin pitkäaikaishoidon asiakkailla. Vanhainkotiin tai terveyskeskusten pitkäaikaishoitoon joutumisen pääasiallisia syitä, Stakesin hoitoilmoitusrekisterin mukaan ovat, fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen, hermostolliset syyt sekä psyykkis-sosiaaliset syyt. Säännöllistä kotihoitoa aletaan saada keskimäärin 80-vuotiaina ja pysyvään laitoshoitoon siirrytään keskimäärin 82-vuotiaina. SVT:n (Suomen Virallinen Tilasto) mukaan valtaosalla (90 %) pitkäaikaishoidossa olevista asiakkaista on jokin kognition alenema ja noin puolella dementoiva sairaus. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen hankkeessa (Luoma 2007, hakupäivä 13.11.2010, 11–12) Noro toteaa laitoshoidossa olevien asiakkaiden fyysinen toimintakyky usein laskeneen. Autettavien tai täysin autettavien määrä on 66–73 % terveyskeskuksissa. Käyttösoireilua johon liittyy vaeltelua, kielteistä tai häiritsevää käyttäytymistä, esiintyy noin kolmanneksella pitkäaikaishoidossa olevista. Sosiaalista toimintakykyä Noro arvioi muun muassa sosiaalisen osallistumisen kautta. Noin puolella terveyskeskuksissa hoidettavista on sosiaalisen osallistumisen puutteita. Kivun esiintyminen voi vaikuttaa sosiaaliseen toimintakyvyn lisäksi kognitiiviseen ja fyysiseen toimintakykyyn. Noin joka viidennellä terveyskeskuksen asiakkaista on päivittäistä tai kohtalaista kipua. Saarela on samassa selvityksessä todennut noin kolmanneksella laitoksessa hoidettavista olevan masennusepäilyn. Myös masennus vaikuttaa asiakkaan toimintakykyyn.

Tiivis yhteistyö omaisten kanssa on välttämätön edellytys onnistuneelle vuorohoidolle. Omaishoitajat ja muut läheiset lisäävät vanhusten turvallisuuden tunnetta ja mahdollistavat kotona asumisen laitoshoidon sijaan. (Hartikainen 1995, 12.) Muurinen ja Valvanne (2005, 65, 71) ovatkin poh-

tineet, kumpi on vuorohoitopalvelujärjestelmän asiakas. Onko hän vuorohoidossa käyvä henkilö vai hänen omaisensa. Ihanteellista on jos palvelu toimii molempien edun mukaisesti. Kielokodissa käyvistä asiakkaista suurimmalla osalla puoliso toimii omaishoitajana. Seuraavaksi suurin ryhmä on asiakkaiden lapset. Muutamalla asiakkaista omaishoitaja on joku muu sukulainen kuten sisaruksen lapsi.

3 TOIMINTATUTKIMUS TOIMINNAN KEHITTÄMISEN MENETELMÄNÄ

3.1 Toimintatutkimuksen historia ja lähtökohdat

Sosiaalipsykologi Kurt Lewiniä (1890–1947) on pidetty toimintatutkimuksen keksijänä ja keskeisimpänä alulle saattajana (Kuula 1999, 29; Aaltola & Syrjälä 1999, 13; Kuusela 2005, 10; Heikkinen 2007, 23). Lewinin tapa tutkia perustui ryhmässä toimimiseen ja toiminnan yhteisvastuulliseen kehittämiseen. Yhdessä työskentelyn tunnuspiirteitä olivat demokraattisuus, osallistuminen ja vaikuttaminen toiminnassa sekä tieteen edistyminen että sosiaalinen muutos. Lewin oivalsi, ettei muutoksia saada aikaan työkäytännöissä, elleivät työntekijät osallistu muutosprosessiin. (Lauri 1997, 115; Aaltola & Syrjälä 1999, 13.) Lewinin tapa viedä tutkimus kenttäolosuhteisiin oli tärkeä askel kohti toimintatutkimusta. Yhteistoiminta, ryhmäpäätökset sekä teorian ja käytännön kohtaaminen auttoivat työyhteisöjä vakuuttumaan muutoksen tarpeellisuudesta ja myös sen suunnasta. (Lauri 1997, 115; Heikkinen 2007, 25.)

Saksalainen filosofi ja sosiologi Jürgen Habermas vaikutti 1970-luvulla kriittisen teorian kehittymiseen. Hän esitti kolme erilaista lähestymistapaa tiedollisen intressin ja todellisuuden ymmärtämiseksi. Lähestymistavat olivat; tekninen, käytännöllinen ja todellisuuden ymmärtäminen. Näissä kaikissa lähestymistavoissa voidaan käyttää tutkimuksellisenä lähestymistapana toimintatutkimusta. (Lauri 1997, 115.) 1980-luvun alussa Habermas esitti laajan yleisesityksen kommunikatiivisen toiminnan teoriasta. Siinä hän nostaa esille kommunikatiivisen toiminnan käsitteen. Habermasin tuotantoa on käytetty hahmottamaan vuorovaikutuksen ja kommunikaation merkitystä työyhteisöjen tai koulutus- ja kasvatusinstituutioiden toimintatutkimuksessa. (Kuusela 2005, 11.)

Viime vuosikymmeninä tiedekäsitys on muuttunut ja laajentunut. Keskeisintä muutoksessa on Aaltolan ja Syrjälän (1999, 13–14) mielestä, tieteellisen toiminnan paradigmojen yhä monipuolisempi kiinnittyminen sosiaalisen tilan avaamiin merkitysyhteyksiin. Tästä vahvana esimerkkinä on juuri toimintatutkimus. Aluksi toimintatutkimusta käytettiin pääasiassa kasvatustieteellisissä tutkimuksissa sekä sosiologiassa ja sosiaalipsykologiassa. Viime vuosina se on laajentunut myös muihin tieteisiin kuten hoitotieteeseen, lääketieteeseen, terveystieteeseen ja ympäristötieteeseen. Toimintatutkimuksella on tehty myös väitöskirjoja, joka viittaa toimintatutkimuksen suosion lisää-

tymiseen ja vakiintumiseen muiden toimintatapojen joukossa. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 29–30.)

3.2 Toimintatutkimuksen teoreettiset perusteet

Seppänen-Järvelä (2006, 24) pitää tutkimuksen ja kehittämisen risteämipaikkana kaikkein tärkeimpänä toimintatutkimusta. Toimintatutkimusta yhdistäviä piirteitä ovat, muutokseen pyrkiminen, käytäntöihin suuntautuminen ja tutkittavien osallistuminen. Koska toimintatutkimus on luonteeltaan yhteisöllinen prosessi, edellyttää se yhteisöltä valmiutta muutoksiin ja itsensä kehittämiseen (Kiviniemi 1999, 64–65). Erityisen hedelmällinen tilanne saavutetaan, kun aloite tulee työntekijöiden puolelta. Työyhteisössä on sattunut jotain, joka on järkyttänyt tavanomaisia työskentelyrutiineja (Kirjonen 2006, 119). Kielokodissa työrutiinit muuttuivat konkreettisesti kun asiakasaines muuttui pitkäaikaisasiakkaista vuoroahoitoasiakkaiksi. Kehittämistyö sai alkunsa henkilökunnan aloitteesta.

Heikkinen, Kontinen ja Häkkinen (2007, 40–75) ovat jakaneet toimintatutkimuksen suuntaukset seitsemään osa-alueeseen; kriittinen toimintatutkimus, osallistava toimintatutkimus, tutkiva opettaja – liike, toimintatiede, kommunikatiivinen toimintatutkimus, kehittävä työntutkimus ja design-tutkimus. Tässä kehittämistyössä suuntaus on kommunikatiivista ja osallistuvaa toimintatutkimusta. Kommunikatiivisessa toimintatutkimuksessa korostuu vuorovaikutus ja osallistujien tasavertaisuus. Työntekijä nähdään oman työnsä asiantuntijana, ei kehitettävänä kohteena vaan aktiivisena muutoksen liikkeellepanijana. Demokraattinen dialogi on osanottajien välistä ajatustenvaihtoa. Keskusteluun on saatava osallistua kaikkien, joita käsiteltävä asia koskee. Mahdollisuus osallistua ei yksin riitä, vaan osanottajien tulee olla aktiivisia. Osallistujat ovat tasa-arvoisia ja työkokemus on osallistumien perusta. Jokaisen osanottajan kokemuksista ainakin joitakin tulee pitää oikeutettuina ja kaikki keskusteltavaa asiaa koskevat väitteet ovat oikeutettuja. On välttämätöntä, että kaikki ymmärtävät, mistä puhutaan. Mielenpiteet esitetään suullisesti, eikä kukaan voi osallistua ainoastaan ”paperilla”. Jokaisen osanottajan on hyväksyttävä, että muilla osanottajilla saattaa olla parempia perusteluja kuin hänellä itsellään, ja osanottajien on siedettävä erilaisia mielenpiteitä. Dialogin tulee tuottaa jatkuvasti sopimuksia, jotka voivat johtaa käytännön toimenpiteisiin. (Heikkinen, Kontinen & Häkkinen 2007, 57–60.)

Toimintatutkimuksen toteuttamisessa voidaan käyttää erilaisia lähestymistapoja riippuen siitä, mihin tutkimuksella pyritään. Lähestymistapa voi olla tekninen, käytännöllinen tai tiedostava. (Lauri

1997, 118.) Kuusela (2005, 28–29) puolestaan käyttää termiä pääsuuntaukset, joita ovat teknillinen toimintatutkimus, ymmärtävä toimintatutkimus ja osallistuva toimintatutkimus. Laurin (1997, 118–120) lähestymistavoista käytännöllinen kuvaa mielestäni parhaiten omaa kehittämistyötä, koska siinä tutkija kuuluu kohdeyhteisöön, jossa ongelma määritellään yhdessä. Tutkija on ensisijaisesti toiminnallinen vastuuhenkilö. Tavoitteena on vallitsevan käytännön kehittäminen käytettävissä olevin resurssein ja ideat nousevat käytännön ongelmista. Toimintatutkimuksen tuloksena työntekijät saavat uusia toimintamalleja työhönsä. Tärkeää on myös kehittämistoiminnan tulosten arviointi. Arvioinnin kautta tavoitteita ja menetelmiä voidaan välillä muuttaa, jos ne eivät toimi toivotulla tavalla käytännössä. Teknisessä lähestymistavassa tutkijalla on keskeisempi rooli ja tietoisuutta lisäävässä lähestymistavassa pyritään tuottamaan sekä uutta tietoa että teoriaa.

Toimintatutkimuksen vaiheita on kuvattu sekä syklinä että spiraalina (vrt. Kiviniemi 1999, 67; Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 79). Kielokodissa toimintaa on kuvattu eteenpäin jatkuvana nuolena (kts. kuvio 1 s. 22). Yhteistä näille on eri osa-alueet; suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektoinnin vaiheet. Kuten Kielokodissakin, alkua on vaikea paikallistaa ja usein osa-alueet limittyvät ja menevät toistensa kanssa päällekkäin. Myös jatkuvuus on työkäytäntöjen uudistamiselle ominaista. Ensimmäinen toteutusvaihe on alku jatkuvalla kehittämistyöllä ja ideoinnilla. (Kiviniemi 1999, 67; Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007, 79–82.) Myös Lauri (1997, 115) kuvaa toimintatutkimusta syklisenä prosessina. Hänen mukaansa se sisältää seitsemän vaihetta; Kohdeyhteisössä vallitsevan tilanteen ja esiintyvien ongelmien selvittämisen eli *kartoitusvaiheen*, esiintulleiden ongelmien käsittelyn ja tiedostaminen kohdeyhteisössä sekä muutoshalukkuuden selvittämisen eli *prosessointivaiheen*, toiminnan uudelleen suuntaamisen ja tavoitteiden asettamisen eli *sitoutumisvaiheen*, muutokseen tähtäävän toiminnan konkreettisen suunnittelun eli *suunnitteluvaiheen*, toiminnan toteutuksen ja seurannan eli *toteuttamisvaiheen*, muutosprosessin ja sen tulosten arvioinnin ja prosessoinnin eli *arviointivaiheen* sekä muutoksen vakiintumisen pysyväksi toimintamalliksi eli *hyväksymisvaiheen*.

Kielokodissa kartoitusvaiheena voidaan pitää aineiston keräämistä asiakaskyselyllä sekä häiriöpäiväkirjalla. Prosessointivaihe oli jo ennen tätä, kun tiimin työnkuva muuttui ja todettiin kehittämistarve. Samalla oltiin myös sitoutumisvaiheessa. Vuorohoidon kehittämissuunnitelmaa voidaan pitää suunnitteluvaiheena ja kehittämissuunnitelman käyttöönottoa toteuttamisvaiheena. Uusilla asiakaskyselyillä voidaan arvioida prosessin onnistumista ja lopulta päästä hyväksymisvaiheeseen.

Tutkimuksen eri osa-alueet kehittyvät ja täsmentyvät tutkimusprosessin kuluessa, sen vuoksi toimintatutkimuksen tulee joustaa kentältä saatavien viestien mukaisesti. Tutkimusongelmaa ei välttämättä ole tutkimuksen alussa, vaan se täsmentyy koko tutkimuksen ajan ja johtoajatus muuntuu vähitellen käsitteellisesti ja teoreettisesti selkeämmäksi. Tyypillistä on myös uusien ongelmien havaitseminen ja tätä kautta uuden toimintatutkimussyklin toteuttaminen. (Kiviniemi 1999, 69.) Kielokodin vuorohoitotiimissä oli lähtökohtana selvittää mitkä osa-alueet vaativat kehittämistä. Tarvittiin siis kartoitus siitä, missä ongelmakohdat ovat ja mitä niille voi tehdä. Vaikka toimintatutkimukseen liittyy arvaamattomuus, on tutkimukseen viisasta valmistautua huolellisesti jo suunnitteluvaiheessa. Toiminnallisessa suunnitelmassa vastataan käytännöllisiin ongelmiin, kuten tutkimuslupien hankkimiseen, toimintaan kentällä, aikatauluihin ja aineiston hankintaan ja käyttöön. (Huovinen & Rovio 2007, 96–97.) Tässä kehittämistyössä tehtiin aluksi tutkimussuunnitelma joka hyväksyttiin esimiehen taholta.

4 KIELOKODIN VUOROHOITOTIIMIN KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Kielokodin vuorohoitoasiakkaiden hoivahoidon laatua ja tuottaa kehittämissuunnitelma Kielokodin vuorohoitotiimille. Laadukkaalla hoidolla voidaan edistää asiakkaiden kotona asumista antamalla omaishoitajille heidän tarvitsemaa lepoa ja yksinäisille vanhuksille sosiaalista tukea. Lisäksi hoivahoidolla pyritään joko parantamaan tai ylläpitämään asiakkaiden fyysistä omatoimisuutta ja mahdollisesti siirtämään pysyvää laitoshoitoon siirtymistä.

Tutkimustehtävänä on kartoittaa:

Mitä mieltä asiakkaat ja heidän omaisensa ovat Kielokodin vuorohoidosta?

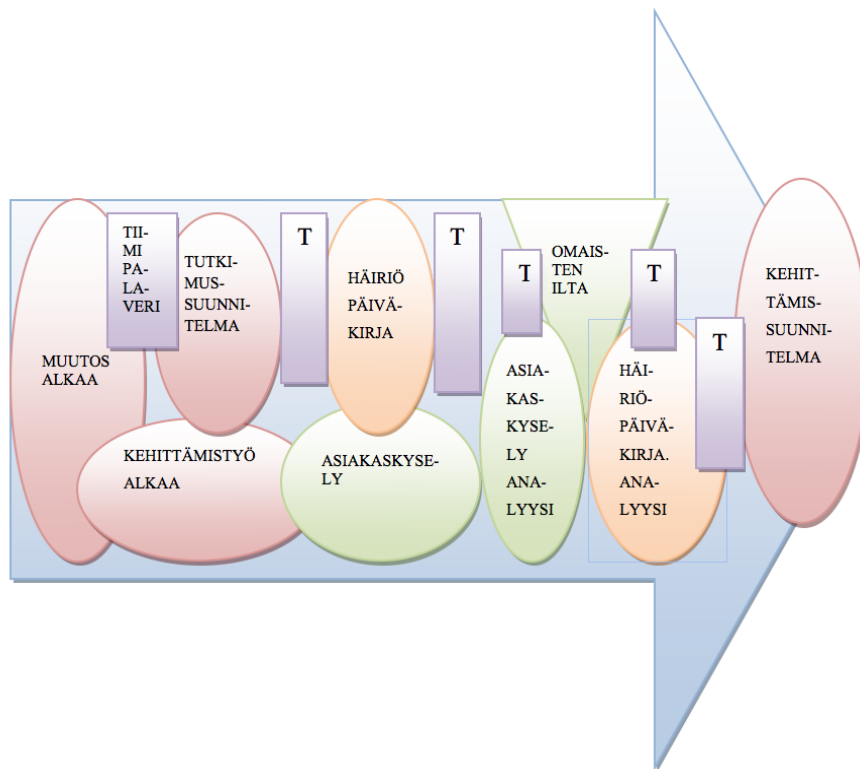
Mitkä hoitotyön osa-alueet tarvitsevat kehittämistä?

Kehittämiskohteet kartoitettiin hoitotyön osa-alueiden osalta häiriöpäiväkirjoilla. Asiakkaiden sekä heidän omaistensa mielipiteet kartoitettiin asiakaskyselyillä. Häiriöpäiväkirjoilla kartoitetaan hoitotyöhön liittyvät ongelmakohdat ja asiakaskyselyillä nostetaan esille asiakkaiden ja heidän omaistensa näkökulmat. Esiin nousseiden ongelmien ja kehittämiskohteiden perusteella laaditaan kehittämissuunnitelma.

5 VUOROHOIDON KEHITTÄMISTYÖN PROSESSI

5.1 Muutos ja kehittäminen

Kehittämisen ensimmäisen vaiheen voidaan katsoa alkaneen hetkellä, kun Kielokodin palveluesimiehelle ilmoitettiin elokuussa 2009 vuorohoitopaikkojen keskittämisestä osastolle (kuvio 1). Osaston henkilökunta suunnitteli, miten siirtyä toteutetaan asiakkasirroilla vähitellen. Aloitin samanaikaisesti opinnot ylemmässä ammattikorkeakoulututkinnossa, Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen- ja johtamisen koulutusohjelmassa. Tässä tapauksessa opinnäytetyön aiheen miettiminen ei tuottanut ongelmia. Lokakuussa 2007 esittelin opinnäytetyöni aiheen osastokokouksessa. Työtoverit pitivät aihetta tarpeellisena ja ajankohtaisena ja sitoutuivat olemaan mukana kehittämistyössä. Sovittiin myös, että tämän kehittämistyön tekijä toimii vastuullisena henkilönä kehittämisen eri vaiheissa, toisin sanoen kyselyjen ja häiriöpäiväkirjojen laatiminen ja analysointi kuuluu allekirjoittaneelle. Myös asioista tiedottaminen kuului tehtäviini. Huhtikuussa 2008 esitin palvelupäällikölle kehittämistyön tutkimussuunnitelman ja sain luvan opinnäytetyön tekemiseen (liite 2). Toukokuussa 2008 Kielokodin vuorohoitotiimi piti tiimipalaverin jossa käytiin läpi vuorohoitoasiakkaan hoidonkulkua ja sen pohjalta laadittiin perehdytyslomake sijaisille ja opiskelijoille. Tiimipalaveria on pidetty siitä lähtien ja niissä on käsitelty esille tulleita ajankohtaisia asioita. Asiakas-kyselylomakkeet jaettiin marras-, joulukuun 2008 aikana ja niitä palautui osastolle joulukuun 2008 ja tammikuun 2009 aikana. Häiriöpäiväkirjat täytettiin henkilökunnan toimesta marraskuussa 2008. Huhtikuussa 2009 pidettiin vuorohoitoasiakkaiden omaistenilta, jonka tarkoituksena oli esitellä osaston toimintaa ja antaa omaisille mahdollisuus kysyä mieltä askarruttavista asioista. Illan aikana käytiin myös läpi asiakaskyselyiden tulokset. Aiheesta kehittyi hyvin keskustelua ja omaiset pitivät mielekkäänä kyselyjen tulosten esittämistä. He kokivat, että näin kysely ei vain jäänyt ”merkityksettömäksi kaavakkeeksi”, vaan heidän mielipiteensä todellakin huomioitiin. Vastaavalaista tilaisuutta toivottiin jatkossakin.



KUVIO 1. Kielokodin vuorohoitotiimin kehittämisprosessi

5.2 Asiakkaiden ja heidän omaistensa mielipiteen selvittäminen

Asiakastyytyväisyyden mittaaminen on hyvä väline kun kerätään tietoa asiakkaan näkökulmasta hoidon laadusta ja hoitoympäristöstä. Asiakaspalautetta voidaan kerätä esimerkiksi erilaisilla kyselylomakkeilla ja haastatteluilla. Myös omaisten illat ovat hyvä tapa kerätä tietoa asiakkaiden tyytyväisyydestä. Asiakkailta kerättyä tietoa voidaan käyttää hoitoyksikön kehittämistyöhön. (Lehtoranta 2007, hakupäivä 13.11.2010, 31.) Kielokodissa asiakaskyselyn pohjana käytettiin Hiirosenkodin vuorohoit-osastolla käytössä ollutta kyselyä. Kysely todettiin kuitenkin melko suppeaksi joten päätimme laajentaa kysymysten määrää. Suurin osa kysymyksistä käsitteli hoitotyöhön ja elämisen toimintoja, kuten viestimistä, syömistä, henkilökohtaista puhtautta, liikkumista (Roper, Logan & Tierney 1994, 92–277). Näiden lisäksi kysyimme asiakkaan vuorohoitoprosessiin liittyviä asioita kuten tulo- ja lähtötilanteen onnistumista ja vuorohoitoaikojen saatavuutta. Myös henkilökunnan käyttäytymisestä ja saatavuudesta kysyttiin. Asiakaskysely jaettiin tai lähetettiin kaikille sillä hetkellä säännöllisessä vuorohoidossa käyville asiakkaille ja heidän omaiselleen/läheiselleen (52 asiakasta ja omaista) marras- joulukuun aikana 2008 (Liite 2 ja 3). Omaisille laaditussa kyselylomakkeessa oli 19 osa-alueita ja heidän omaisilleen 22 osa-alueita. Omaisista lomakkeen palautti 25 ja vuorohoitiasiakkaista 21.

Aineiston keruuta koskevia yksityiskohtaisia ratkaisuja ei voida aina välttämättä tehdä etukäteen. Ratkaisut tehdään tutkimusprosessin kuluessa ja tutkimusasetelmien muotoutuessa vähitellen selkeämmiksi. Kehittämiseen osallisena olevien toimijoiden itse suorittama aineistonkeruu on toimintatutkimukselle ominainen piirre. (Kiviniemi 1999, 74–75.) Huovinen ja Rovio (2007, 104–105) ovat kuvailleet aineiston keruuta konkreettisemmin. Tärkeimmiksi aineistonkeruun menetelmiksi he ovat maininneet osallistuvan havainnoinnin, havainnoinnin pohjalta kirjoitetun tutkimuspäiväkirjan ja haastattelun. Näiden lisäksi aineistoa voivat olla myös työryhmien muistiot, kokouspöytäkirjat, raportit ja sähköpostiviestit. Myös määrällistä aineistoa, kuten kyselylomakkeella kerättyä aineistoa voidaan hyödyntää. Tutkijan onkin mietittävä, mikä sopii parhaiten tutkimusongelman tiedonkeruuseen. Tässä tutkimuksessa aineistoa kerättiin työntekijöiltä häiriöpäiväkirjalla (Liite 3) ja asiakkailta ja heidän omaisiltaan kyselylomakkeella (Liitteet 4 ja 5). Häiriöpäiväkirja ja asiakaskysely esitettiin Kielokodin toisessa, pitkäaikaishoidon tiimissä ja ne todettiin toimiviksi tähän tarkoitukseen. Alustavasti mietittiin myös haastatteluja, jos edellä mainitut menetelmät eivät tuota tarpeeksi aineistoa. Resurssien rajallisuuden vuoksi kannattaa ennalta sopia osallistujien kanssa kehittämisprosessin seuranta-aika. Kielokodissa seuranta-ajaksi sovittiin paria vuotta.

5.2.1 Asiakaskysely aineiston analysointi

Ensimmäisessä vaiheessa asiakaskyselyn valintakysymysten vastaukset käsiteltiin Excel-taulukkolaskentaa apuna käyttäen. Tuloksista tehtiin myös graafinen PowerPoint esitys omaisten iltaa varten. Osa vastaajista oli jättänyt vastaamatta joihinkin osa-alueisiin, kyseiseen osa-alueeseen vastanneiden lukumäärä on ilmaistu kaavioissa.

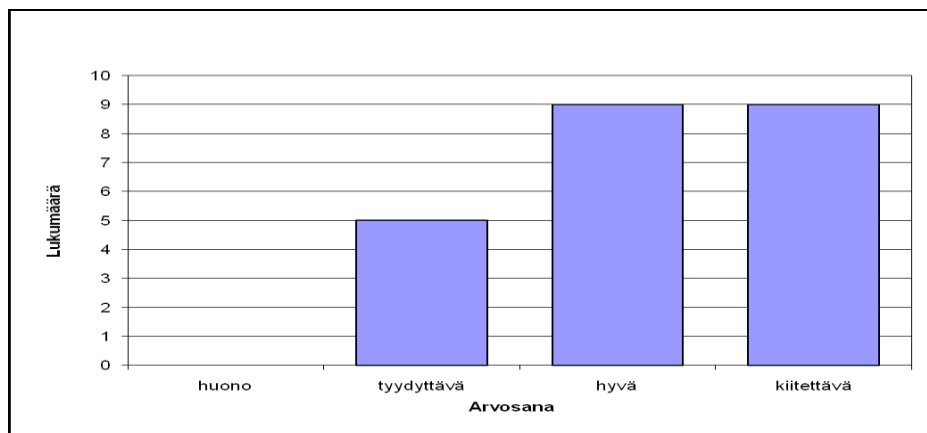
Kvalitatiivista tutkimusta voidaan analysoida monella tavalla. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään yleisimmin erilaisia tietokoneohjelmia, mutta myös kvalitatiiviseen tutkimukseen on kehitetty tietokonepohjaisia ohjelmia. (Seppänen-Järvelä 1999, 45; Veijola 2004, 53). Eskola ja Suoranta (1998, 161) ovat jakaneet kvalitatiiviset analyysitavat kuuteen ryhmään, jotka ovat kvantitatiiviset analyysitekniikat, teemoiteltu, tyyppitelty, sisällönerittely, diskursiiviset analyysitavat ja keskusteluanalyysi. Viikka (2005, 135–136) on tarkistellut kolmea analyysitapaa merkityksen näkökulmasta laadullisessa tutkimuksessa. Nämä analyysitavat ovat fenomenologinen lähestymistapa, sisällönanalyysi ja diskurssianalyysi. Häiriöpäiväkirjat sekä asiakaskyselyjen kommentit päätettiin analysoida sisällönanalyysillä

Tuomi ja Sarajärvi (2002, 106–107) ovat kuvanneet käsitteitä sisällönanalyysi ja sisällön erittely saman otsikon alla. Siinä todetaan, että sisällön erittelyssä tiedot voidaan kerätä sanallisessa muodossa, sanallisina ilmaisuina tai sitten määrällisessä muodossa, luokiteltuina ja tilastoituina. He ovat tehneet mielenkiintoisen havainnon siitä, että monissa lähteissä näitä termejä pidetään synonyymeinä (vrt. Vilka 2005, 139; Latvala & Vanhala-Nuutinen 2003, 21–22). Tässä työssä nämä termit erotetaan samoin kuin Tuomi ja Sarajärvi, eli sisällön erittelyllä tarkoitetaan dokumenttien analyysiä, jossa kuvataan kvantitatiivisesti esimerkiksi tekstin sisältöä ja sisällönanalyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti.

Tämän tutkimuksen analyysitapa on selkeästi aineistolähtöistä eli induktiivista sisällönanalyysiä, koska se pohjautuu puhtaasti toiminnan ymmärtämiseen ilman teoreettisia lähtökohtia. Induktiivisessa sisällönanalyysissä tutkija lähtee liikkeelle siitä, että hän päättää tutkimusaineiston keräämisen jälkeen, mutta ennen analyysiä, mistä toiminnan logiikkaa tai tyypillistä kertomusta lähde-tään etsimään. Aluksi tekstit aukikirjoitettiin sanatarkasti. Tämän jälkeen aloitetaan tutkimusai-
neiston *pelkistäminen eli redusointi*. Tämä tarkoittaa haastatteluai-
neiston tai jonkin muun asiakir-
jan tai dokumentin aukikirjoitetun aineiston pelkistämistä siten, että aineistosta karsitaan epä-
olennainen pois. Tärkeää on olla hävittämättä tärkeää informaatiota. Tämä edellyttää tiivistämistä, eli tutkimusaineisto tiivistetään tai pilkotaan osiin tutkimusongelman ja tutkimuskysymysten oh-
jaamina. Taulukossa 1 (liite 6) tämän tutkimuksen redusointi vaihe on kuvattu sarakkeessa ”Pel-
kistetty ilmaisu”. Uuden kokonaisuuden *ryhmittely eli klusterointi* tehdään sen mukaan, mitä tut-
kimusaineistosta ollaan etsimässä. Ryhmittelyssä luodaan pohja kohteena olevan tutkimuksen
perusrakenteelle sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Ryhmittely voi tapahtua esimer-
kiksi niiden ominaisuuksien, piirteiden tai käsitysten mukaan, jotka löytyvät analyysin kohteena
olevasta analyysiyksiköstä (=sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus). Klusterointi vai-
heessa työstetyt termit ovat taulukossa 1 sarakkeessa ”Alakategoria”. Aineiston ryhmittelyä seu-
raa aineiston *teoreettisten käsitteiden luominen eli abstrahointi*, jossa erotetaan tutkimuksen kan-
nalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Taulu-
kossa 1 nämä käsitteet ovat sarakkeen ”Yläkategoria” alla. Käsitteiden, luokittelujen ja teoreetti-
sen mallin avulla pyritään ymmärtämään tutkittavan kuvaamaa merkityskokonaisuutta. Toisin sa-
noen aineistolähtöisen analyysin ensisijaisena tavoitteena on tutkittavien toiminta- ja ajattelutapo-
jen ymmärtäminen ja uudistaminen tutkimuksessa muodostuneiden käsitteiden, luokitusten ja
mallien avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–115; Vilka 2005, 140–141.)

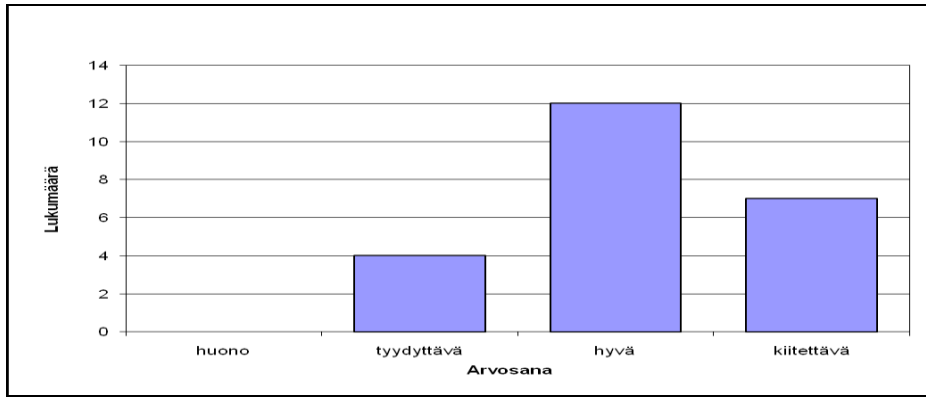
5.2.2 Asiakkaiden ja heidän omaistensa mielipide vuorohoidosta

Asiakaskyselystä saatujen tulosten mukaan kehittämiskohteiksi nousivat; **ulkoilu, viriketoiminta, tiedottaminen, asiakkaiden vaatetus, tilojen viihtyvyys, asiakkaiden hygieniasta huolehtiminen, lääkäripalvelut sekä henkilökunnan saatavuus ja riittävyys**. Omaisille suunnatuissa osa-alueissa Kielokoti tuntuu onnistuneen vuorohoitoaikojen saatavuudessa. Omaisista viisi koki aikojen saatavuuden tyydyttäväksi ja loput joko hyväksi tai kiitettäväksi (kuvio 2). Vakituksessa vuorohoidossa oleville asiakkailla vuorohoitoajat määräytyvät säännöllisen rytmien mukaan. Jaksosten pituuden määrittelee tarve ja laki (Laki omaishoidon tuesta 2005, hakupäivä 13.11.2010).



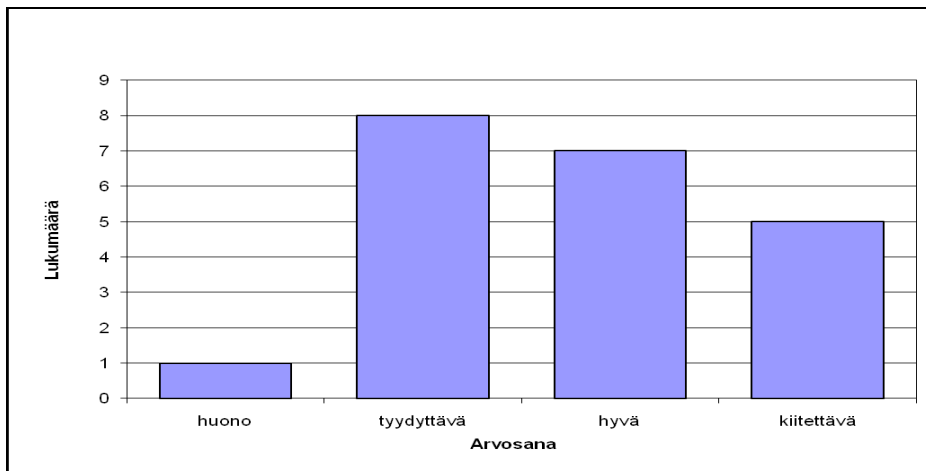
KUVIO 2. Omaisten mielipide vuorohoitoaikojen saatavuudesta (n=23)

Muutosten joustavuudessa omaisista neljä koki sen tyydyttävänä ja loput hyvänä tai kiitettävänä (kuvio 3). Välillä kuitenkin elämäntilanteista (mm. matkat, perhejuhlat, omaishoitajan terveys) johtuvat seikat vaativat aikojen muuttamista. Se miten muutostoiveisiin pystytään vastaamaan, riippuu yleensä osaston senhetkisestä paikkatilanteesta.



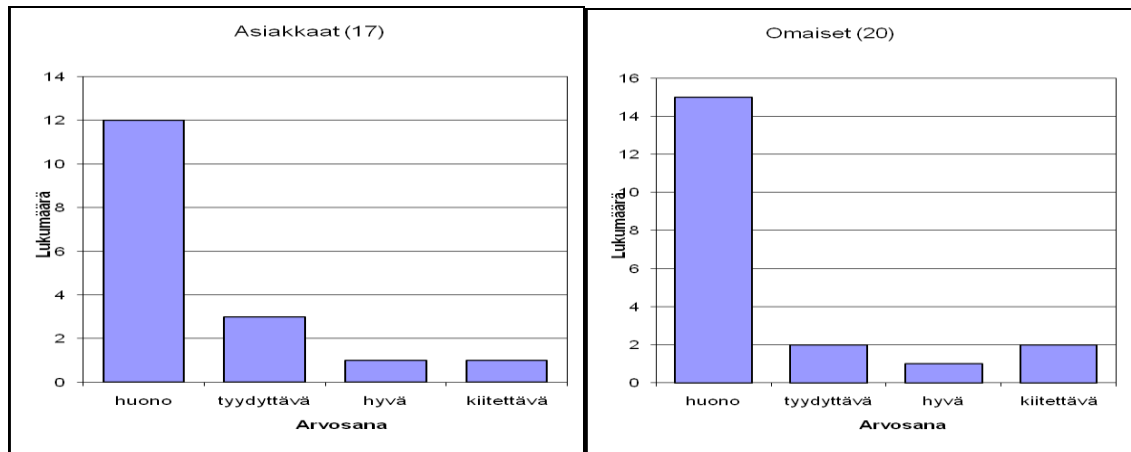
KUVIO 3. Omaisten mielipide vuorohoitoaikojen muutosten joustavuudesta (n=23)

Vuorohoidon tuen omalle jaksamiselle omaisista kahdeksan koki tyydyttävänä, yksi vastanneista jopa huonona. Lopuista vastanneista seitsemän koki sen hyvänä ja viisi kiitettävänä (kuvio 4). Hirvasniemen (2009, 30) tutkimuksessa omaiset kokivat lyhytaikaishoidon mahdollistavan heidän leponsa ja ylläpitävän heidän fyysistä ja sosiaalista aktiivisuuttaan.



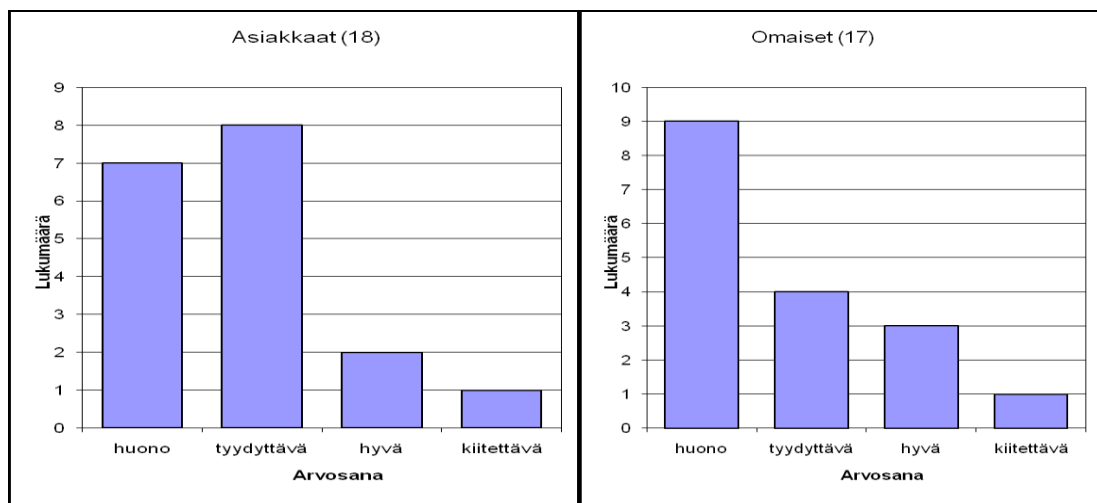
KUVIO 4. Omaisten mielipide tuesta omalle jaksamiselle (n=23)

Suurimmat puutteet sekä asiakkaiden että omaisten mielestä olivat viriketoiminnan riittävydessä ja laadussa sekä liikunnan riittävydessä. Viriketoiminnan laadun koki jopa 12 asiakkaista ja 15 omaisista huonona (kuvio 5)



KUVIO 5. Viriketoiminnan laatu asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

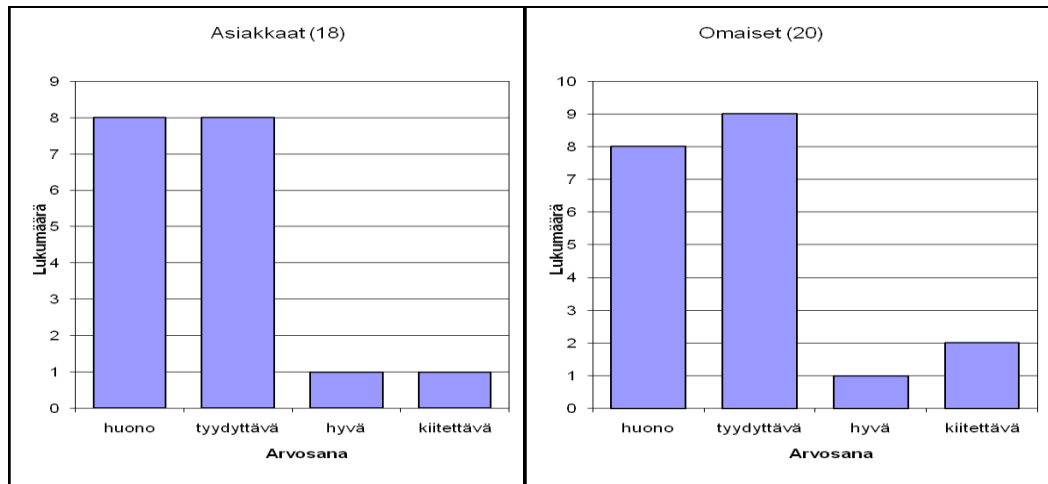
Viriketoiminnan riittävyden koki 15 asiakkaista ja 13 omaisista huonona tai tyydyttävänä (kuvio 6). Salin ja Åsted-Kurki (2005, 130–142) tutkimuksen mukaan omaiset kokivat hoidettavien olevan hoitojaksolla ikään kuin pysäkillä. Omaiset kuvailivat päiväntulkua joutenolona ja laitospaisena. Omaisten odotukset kohdistuivat hoitojaksoista kotona asumista edistävään toimintaan ja myös toimintaan, joka pitäisi ajassa kiinni.



KUVIO 6. Viriketoiminnan riittävyys asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

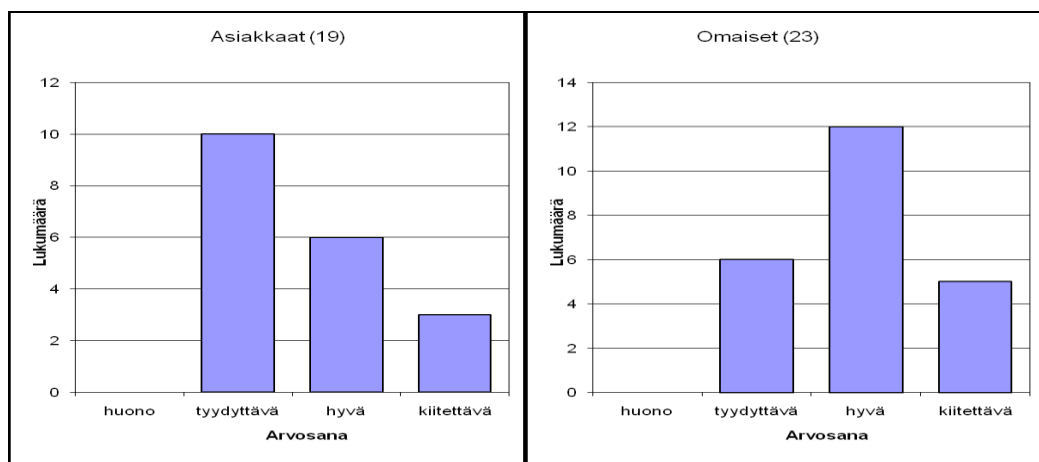
Liikunnan riittävyden koki asiakkaista huonona tai tyydyttävänä 16 ja omaisista 17. Ainoastaan kaksi asiakkaista ja kolme omaisista koki sen hyvänä tai kiitettävänä (kuvio 7). Salin ja Åsted-Kurki (2005, 130–142) ovat tutkineet omaishoitajien kokemuksia vanhusten lyhytaikaisesta hoidosta. Omaisten mielestä hoidettavien perusasioista huolehdittiin hyvin. Omaiset ajattelivat kun-

toutuksen olevan fysioterapeutin antamaa hoitoa ja kritisoivat sen puutetta. Vain harvan omaisen mielestä vanhusta kuntoutettiin tavoitteellisesti ja kannustettiin omatoimisuuteen. Ristiriitaa koettiin aktiivisen toiminnan järjestämisessä. Tätä toivottiin enemmän, mutta toisaalta tiedettiin, etteivät kaikki halua osallistua. Myös se, että jotkut omaishoitajat tekevät kotona kaiken hoidettavan puolesta tuo ristiriidan, kun laitoksessa kannustetaan omatoimisuuteen. Tämä saattaa joidenkin omaisten mielestä tuntua hoitamatta jättämiseltä.



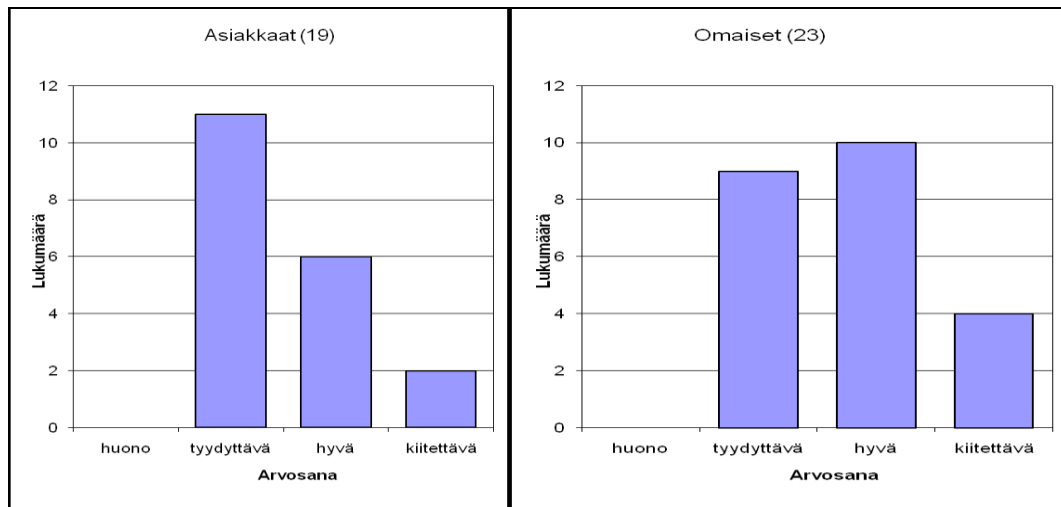
KUVIO 7. Liikunnan riittävyys asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

Asiakkaiden hygieniasta huolehtiminen ja sen riittävyys olivat vastanneista suurimman osan mielestä vain tyydyttävällä tasolla. Asiakkaiden ja omaisten käsitys asiasta erosi tässä osa-alueessa hieman. Asiakkaista tyydyttävänä sen huolehtimisen osalta koki 10 ja omaisista kuusi (kuvio 8).



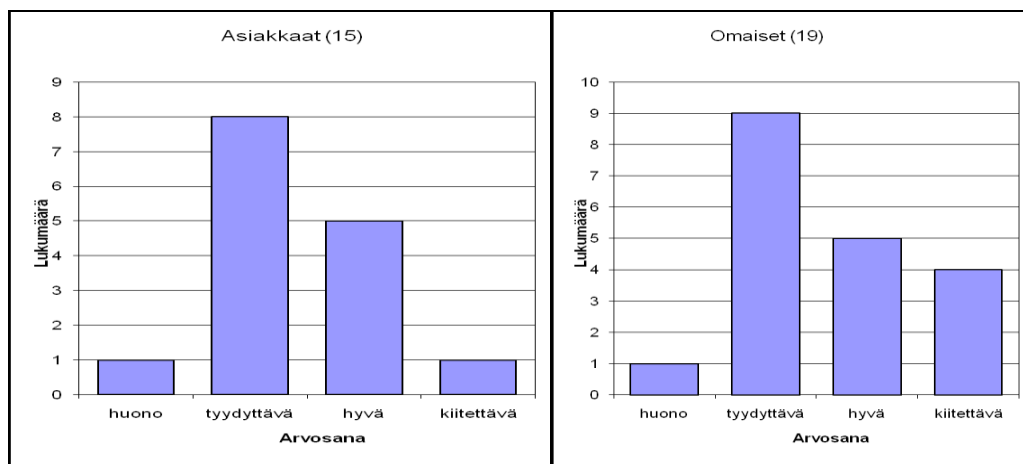
KUVIO 8. Asiakkaan puhtaudesta huolehtiminen asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

Asiakkaista 11 vastanneista koki puhtauden toteutuksen riittävyyden tyydyttävänä ja omaisista yhdeksän vastanneista (kuvio 9).



KUVIO 9. Asiakkaiden puhtauden toteutuksen riittävyys asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

Asiakkaiden vaatetuksen vuorohoitajakson aikana asiakkaista yhdeksän koki huonona tai tyydyttävänä ja kuusi hyvänä tai kiitettävänä. Omaisista 10 vastasi vaatetuksen olevan huonoa tai tyydyttävää ja yhdeksän hyvää tai kiitettävää (kuvio 10).

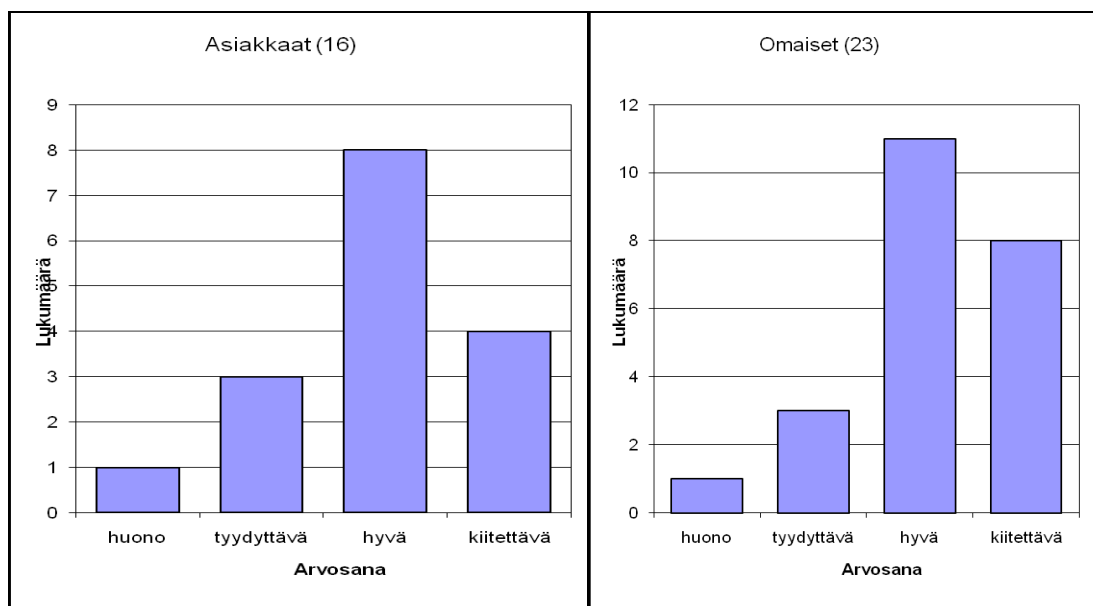


KUVIO 10. Asiakkaiden osastolla käyttämä vaatetus asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

Osa-alueissa joissa hyviä ja kiitettäviä vastauksia on suhteessa enemmän kuin huonoja ja tyydyttäviä, voidaan pitää osaston toiminnan onnistumisen kannalta hyvinä. Tällaisia osa-alueita olivat tulotilanteen onnistuminen, lääkehoidon toteutus, ravinnon laatu ja riittävyys, tilojen asianmukai-

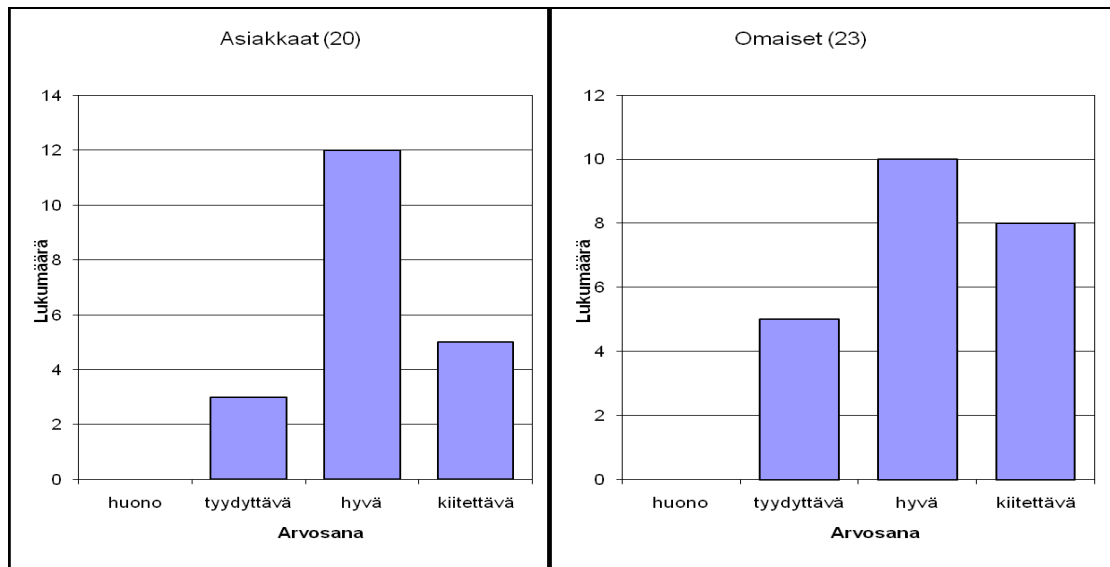
suus, tilojen siisteys, henkilökunnan käyttäytyminen, asiakkaiden kohtelu, yhteistyön sujuvuus henkilökunnan kanssa ja kotiutustilanteen onnistuminen.

Tulotilanteen onnistumisen koki asiakkaista neljä huonona tai tyydyttävänä ja 12 hyvänä tai kiitettävänä. Omaista kolme koki sen huonona tai tyydyttävänä ja 19 hyvänä tai kiitettävänä (kuvio 11). Salin ja Åsted-Kurjen (2005, 130–142) tutkimuksessa omaishoitajien ja hoitajien suhteissa oli kahdenlaista näkökulmaa. Osa omaisista koki hoitajat yhteistyökumppaneina ja osa etäisinä. Etäisissä suhteissa omaishoitajat kokivat tulotilanteet osastolle suunnittelemattomina. He kokivat myös, että osa hoitajista oli persoonaltaan työhön sopimattomia. Kaikista tyytymättömmimpiä hoitoon olivat ne omaishoitajat jotka kävivät osastolla lähes päivittäin. Yhteistyökumppanina itsensä kokevat omaishoitajat olivat hoidon laadusta täysin eri mieltä. He kokivat tulotilanteet miellyttävinä ja suunniteltuina. Näissä suhteissa hoitaja ymmärsi jaksot kiinteäksi osaksi kotihoitoa ja tunnisti omaishoitajan asiantuntijuuden. Hirvasniemi (2009, 21–27) on tutkimuksessaan, Dementoituvan ihmisen lyhytaikaishoito, tullut samoihin päätelmiin tulotilanteen tärkeydestä. Positiivinen tulotilanne takaa sen, että omaisen on helpompi jättää dementoitunut ihminen lyhytaikaishoitoon. Tulotilanteeseen liittyy myös omaisen tuki hoitajille. Tulotilanteessa omainen pystyy kertomaan hoidettavan kokonaistilanteesta sekä toivomuksista hoitojaksolle.



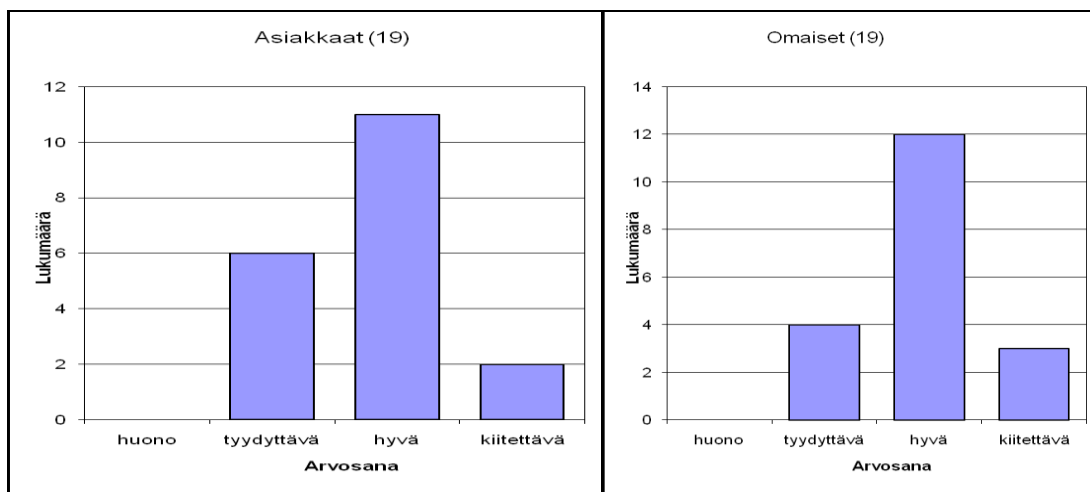
KUVIO 11. Tulotilanteen onnistuminen asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

Lääkehoidon toteutuksen koki asiakkaista kolme tyydyttävänä ja 17 hyvänä tai kiitettävänä. Omaisista sen koki tyydyttävänä viisi ja hyvänä tai kiitettävänä 18 (kuvio 12).



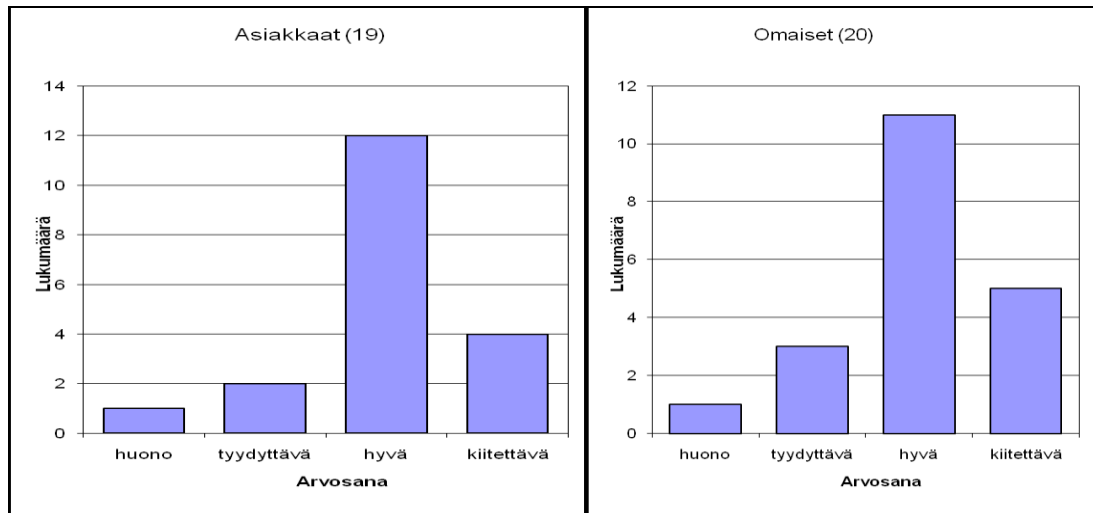
KUVIO 12. Lääkehoidon toteutus asiakkaan ja omaisen kuvaamana

Ravinnon laatu oli asiakkaiden mielestä tyydyttävä kuuden mielestä ja hyvä tai kiitettävä 13 mielestä. Omaisista arvio neljä ravinnon laadun tyydyttäväksi ja 15 hyväksi tai kiitettäväksi (kuvio 13). Ikääntyvien ihmisten ravitsemustila heikkenee vuosien ja sairauksien myötä. Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2010, 12–13) käyttää käsitettä virheravitsemus, joka tarkoittaa liian vähäistä ja epätasapainoista energian, proteiinin ja suojaravinteiden saantia sekä myös liiallisesta energian saannista seuraavaa ylipainoa. Vaikka energian terve pienenee, useimpien ravintoaineiden tarve pysyy samana, joten ruuan laatuun on tärkeää kiinnittää huomiota. Virheravitsemuksen esiintyvyys on eläkeläisväestössä (>65v) alle 10 %, mutta 80 ikävuoden jälkeen sen ilmaantuvuus lisääntyy nopeasti. Erityisesti laitoshoidossa olevilla sen esiintyvyys on tätäkin suurempaa. Pitkittyessään ravitsemusongelmat johtavat monenlaisiin ongelmiin, kuten laihtumiseen, toimintakyvyn heikkenemiseen, iho-ongelmiin ja tulehduskierteeseen. Siitä seuraa myös sairauksista toipumisen hidastuminen tai estyminen kokonaan. Sairaalassaoloajat pitenevät, hoitojen teho huononee ja terveydenhuollon kustannukset lisääntyvät. Pahimmillaan hoitamaton virheravitsemus lisää myös ennenaikaisen kuoleman riskiä. Oikeanlaisella ravitsemuksella voidaan siis todeta olevan merkittävä vaikutus myös vuorohoitoasiakkaiden hyvinvointiin.



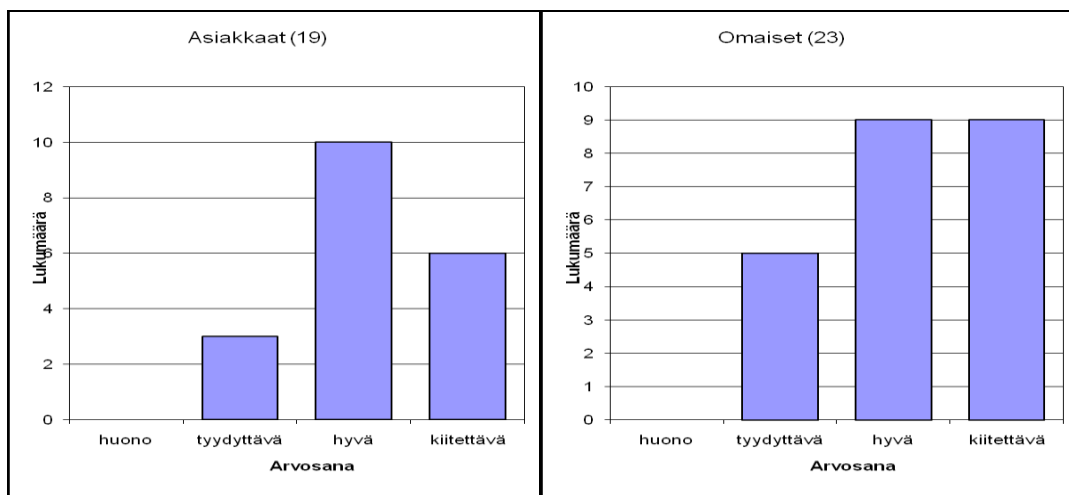
KUVIO 13. Ravinnon laatu asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

Ravinnon riittävyys oli kolmen asiakkaan mielestä huonolla tai tyydyttävällä tasolla ja 16 mielestä se oli hyvän tai kiitettävän luokkaa. Omaisista neljä arvioi sen olevan huonolla tai tyydyttävällä tasolla ja 16 arvioi sen olevan hyvällä tai kiitettävällä tasolla. Vanhenemiseen liittyvien fysiologisten muutosten ja sairauksien vuoksi liikkuminen vähenee, perusaineenvaihdunnantaso laskee ja tästä johtuen ruokahalu usein heikkenee. Tästä seuraa, että energian tarve pienenee. Suurin osa energian tarpeen vähenemisestä johtuu fyysisen liikunnan vähenemisestä ja lihasmassan määrän pienemisestä. Ympäri vuorokaudista hoivaa tarvitsevilla on usein jokin muistisairaus ja avuntarvetta päivittäisissä toiminnoissa. Osa heistä on myös vuodepotilaita. Mitä suurempi on hoivan tarve sitä suurempi on riittämättömän ravitsemuksen uhka. Ikääntyneistä useimmat pystyvät syömään kerralla vain pieniä annoksia, joten asiakkaille tulisi tarjota vuorokauden mittaan useita pieniä aterioita. Riittävän ravinnonsaamisen varmistamisessa ja turvaamisessa on ruokailussa avustaminen ja jopa syöttäminen, usein välttämätöntä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 12, 27–28.)



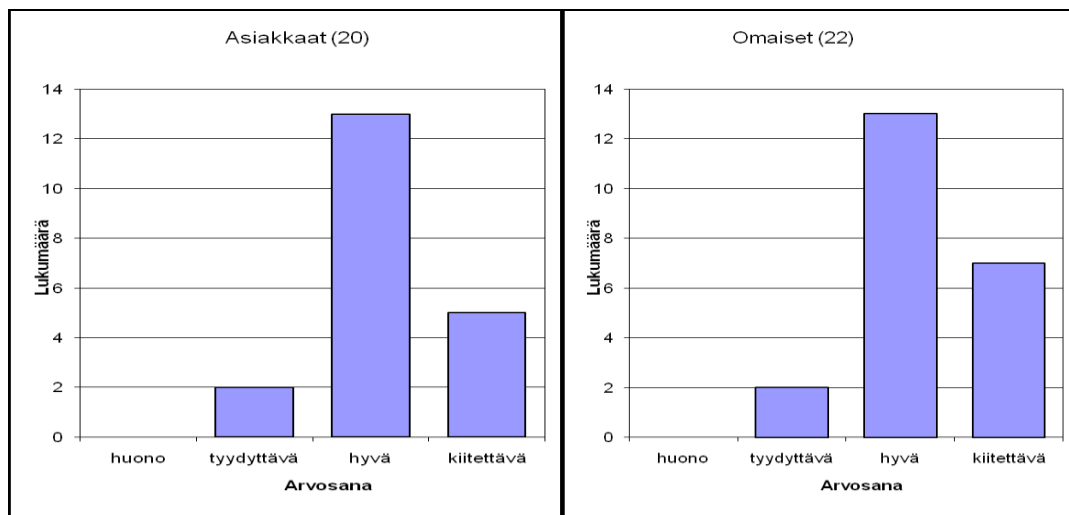
KUVIO 14. Ravinnon riittävyys asiakkaiden ja omaisen kuvaamana

Tilojen asianmukaisuuden arvioi kolme asiakasta tyydyttäväksi ja 16 hyväksi tai kiitettäväksi. Omaisten mielestä tilojen asianmukaisuus oli viiden mielestä tyydyttävää ja 18 mielestä hyvää tai kiitettävää (kuvio 15). Sosiaali- ja terveysministeriö (2008, hakupäivä 9.3.2010, 41–43) ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa on esitetty, että asiakkailla olisi käytössä pääsääntöisesti yhden hengen huone jossa on oma WC ja suihkutilat. Toisaalta myös kahden hengen huonetta tarvitaan esim. pariskunnille heidän niin tahtoessaan. Nummen (2010, 10–14) mukaan fyysisellä toimintaympäristöllä on todettu olevan toimintaa mahdollistavia tai estäviä ominaisuuksia. Sen merkitys fyysiselle hyvinvoinnille korostuu eteenkin silloin, kun liikkuminen kapenee sairauden takia. Hyvän hoitoympäristön avulla voidaan hidastaa fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikentymistä, tukea omatoimisuutta ja vähentää psyykkistä oireilua. Myös esteettisyydellä on merkitystä sekä sairauksien ehkäisyssä että varsinaisessa hoitotyössä. Sisustuksella, kalusteiden sijoittelulla ja valaistuksella on merkitystä. Kielokodissa vuoroahoitoasiakkaille on tarjolla yhdeksän yhden hengen huonetta ja kaksi kahden-kolmen hengen huonetta. Jokaisessa huoneessa on WC ja suihkutilat. Hirvasniemen (2009, 21–27) tutkimuksessa fyysisen ympäristön pitää omaisten mielestä olla turvallisen ja tarkoituksenmukaisen dementoituvan ihmisen kannalta. Pitkät käytävät ja yhteiset oleskelutilat koettiin hyviksi. Myös piha-alueen merkitys korostui omaisten mielipiteissä.



KUVIO 15. Tilojen asianmukaisuus asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

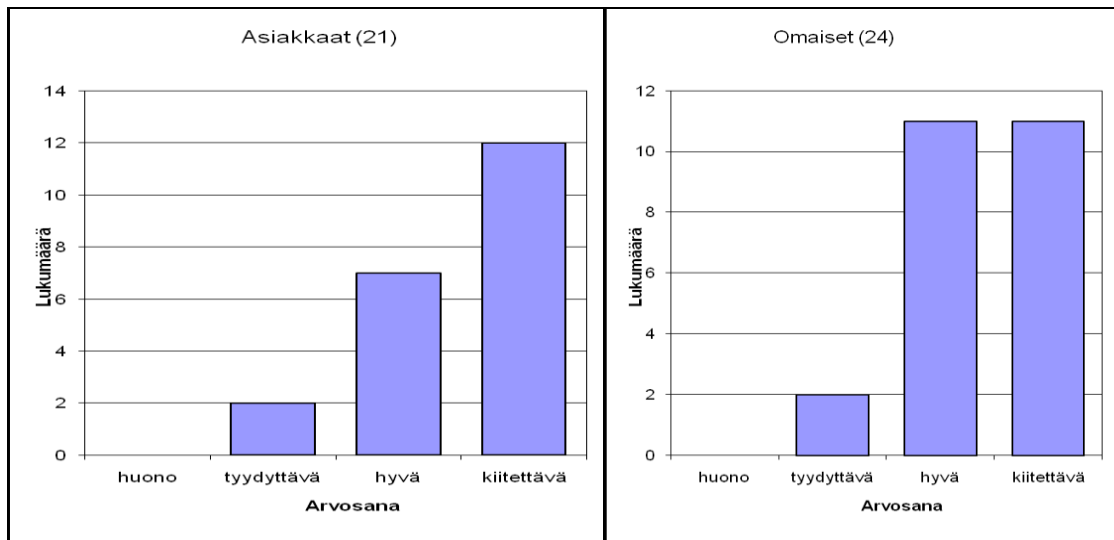
Tilojen siisteyden arvio kaksi asiakasta tyydyttäväksi ja 18 hyväksi tai kiitettäväksi. Omaista kaksi arvioi sen tyydyttäväksi ja 20 hyväksi tai kiitettäväksi (kuvio 16). Oulun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen yksiköissä siivouksesta huolehtii Oulun Serviisi (Serviisi 2010, hakupäivä 18.2.2011).



KUVIO16. Tilojen siisteys asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

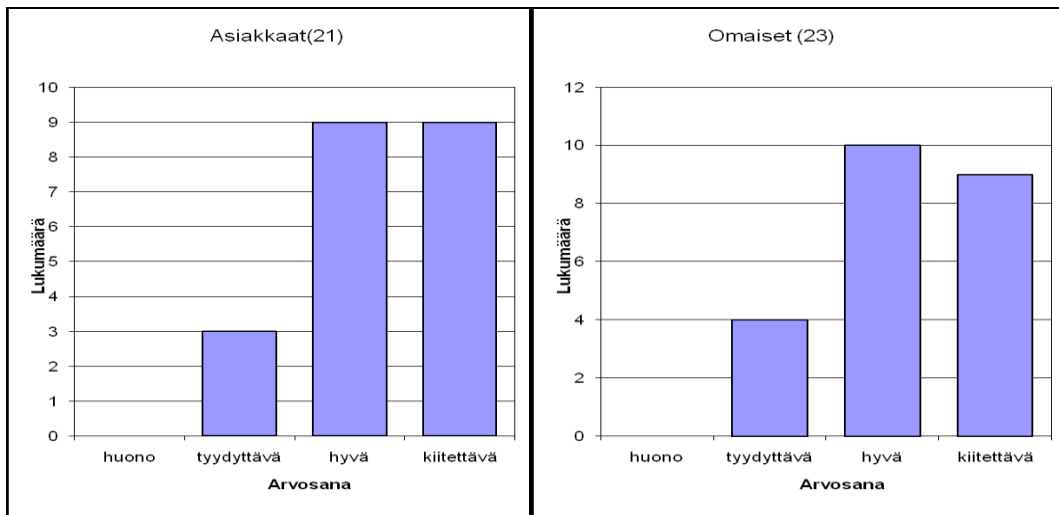
Henkilökunnan käyttäytymisen arvio kaksi asiakasta tyydyttäväksi ja 19 hyväksi tai kiitettäväksi. Omaista kaksi arvioi henkilökunnan käyttäytymisen tyydyttäväksi ja 22 hyväksi tai kiitettäväksi (kuvio 17). Hirvasniemen (2009, 21–27) tutkimuksessa hoitajien ammattitaitoa dementoituneen

ihmisen hoidossa pidettiin tärkeänä. Ammattitaitoinen hoito ilmeni tapana suhtautua hoidettaviin sekä perushoidosta huolehtimisessa.



KUVIO 17. Henkilökunnan käyttäytyminen asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

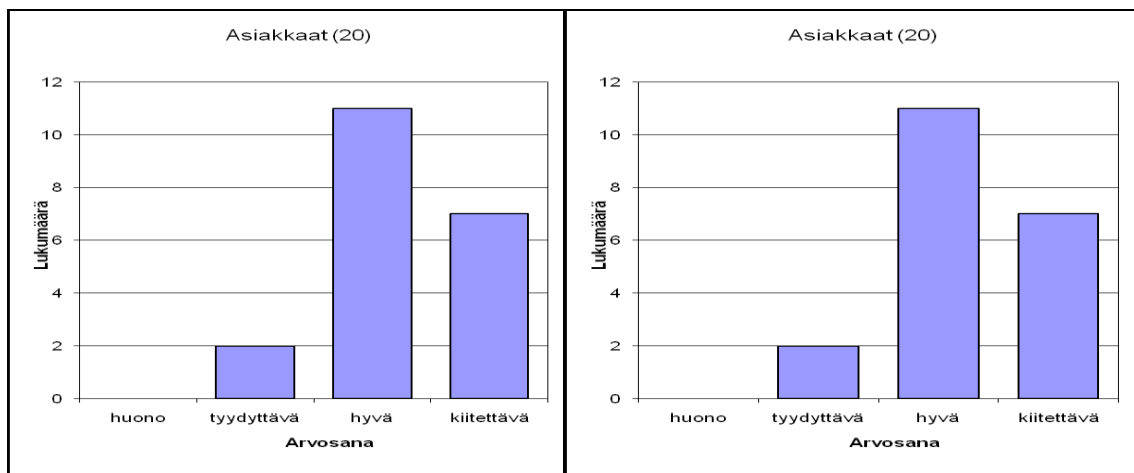
Asiakkaiden kohtelun kokivat asiakkaista itse, kolme tyydyttävänä ja 18 hyvänä tai kiitettävänä. Omaisista neljä arvioi sen olevan tyydyttävää ja 17 hyvää tai kiitettävää (kuvio 18).



KUVIO 18. Asiakkaiden kohtelu asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

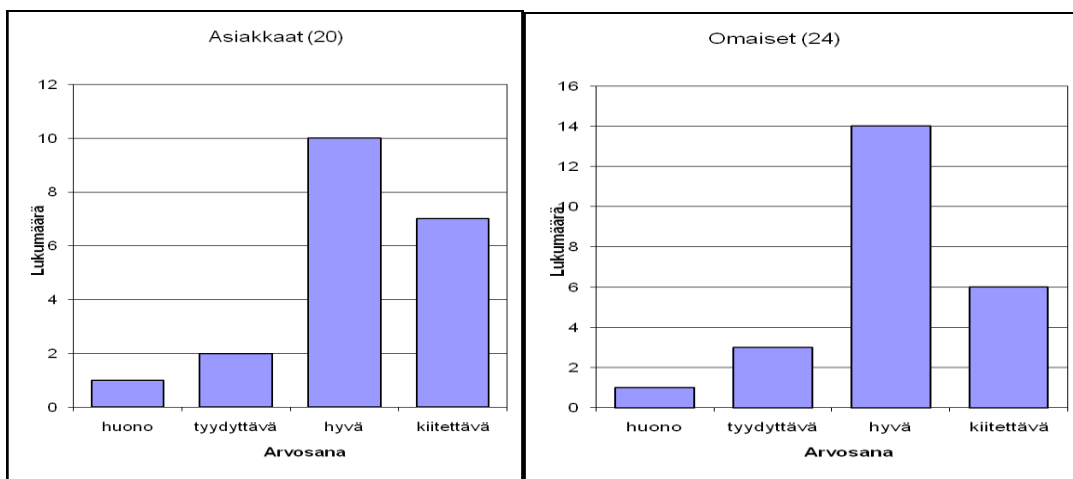
Yhteistyön sujuvuuden henkilökunnan kanssa tyydyttävänä koki kaksi asiakkaista ja hyvänä tai kiitettävänä 18. Omaiset olivat tästä asiasta täysin samaa mieltä asiakkaiden kanssa (kuvio 19).

Salin ja Åsted-Kurki (2005, 130–142) tulivat tässä tutkimuksessa johtopäätöksiin joiden mukaan; lyhytaikaisen laitoshoidon hoitotyön laatua osana kotihoitoa pitäisi kehittää suunnitelmallisesti yhteistyössä palvelujen tuottajan ja asiakkaan kanssa, omaishoitajan ja hoitajan vuorovaikutussuhteen sisältöä ja laatua pitäisi kehittää siten, että omaishoitaja pystyy luottamaan vanhuksen hoitoon kaikissa tilanteissa, sekä erityisesti hoitojaksolle tulo- ja kotiinlätövaihetta pitäisi kehittää suunnitelluksi kohtaamiseksi. Hirvasniemen (2009, 21–27) tutkimuksen mukaan omaiset eivät saaneet riittävästi palautetta hoitojaksosta. Heille oli epäselvää, mitä hoitojaksolla tehdään. Epävarmuutta esiintyi myös siinä, miten hoidettava käyttäytyi laitoshoidossa, koska se voi poiketa kotona tapahtuvasta.



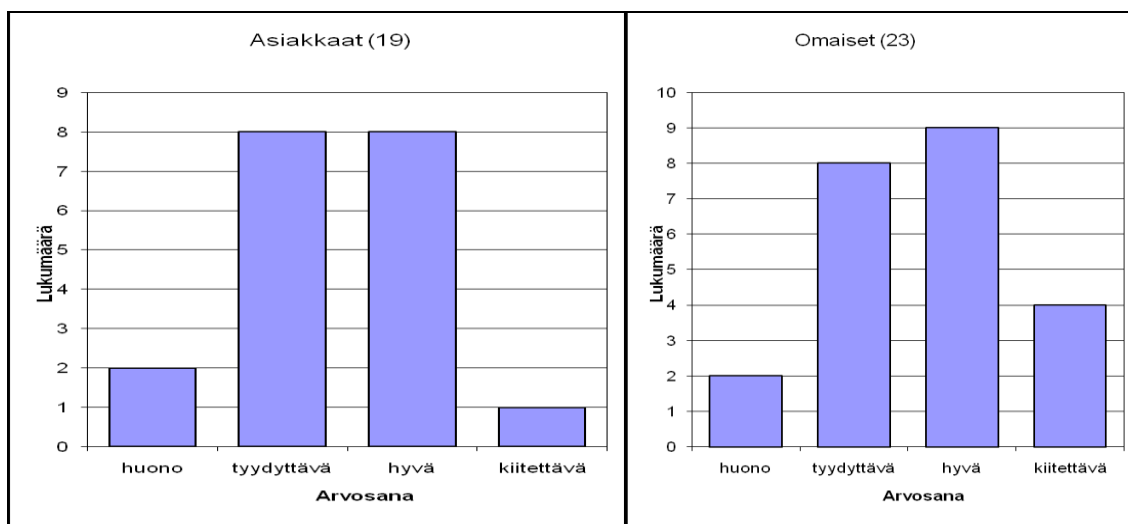
KUVIO 19. Yhteistyön sujuvuus henkilökunnan kanssa asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

Kotiutustilanteen onnistuminen oli huonolla tai tyydyttävällä tasolla kolmen asiakkaan mielestä ja hyvällä tai kiitettävällä tasolla 13 mielestä. Omaisista neljä arvioi sen huonoksi tai tyydyttäväksi ja 20 hyväksi tai kiitettäväksi (kuvio 20).



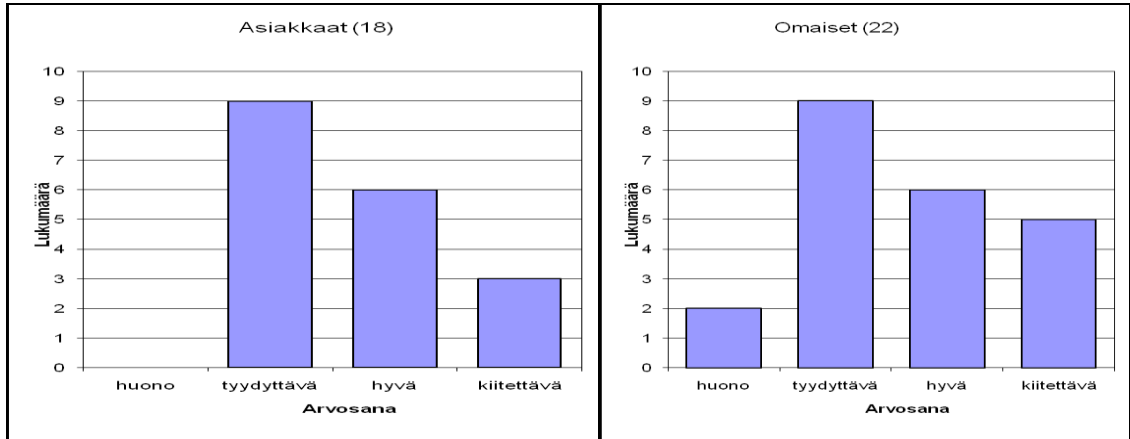
KUVIO 20. Kotiutustilanteen onnistuminen asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

Joillakin osa-alueilla vastauksien hajonta oli huomattava. Henkilökunnan saatavuus koettiin 10 asiakkaan mielestä huonona tai tyydyttävänä ja yhdeksän asiakkaan mielestä hyvänä tai kiitettävänä. Myös omaisista 10 koki sen huonona tai tyydyttävänä ja 13 heistä koki sen hyvänä tai kiitettävänä (kuvio 21). Hirvasniemen (2009, 21–27) tutkimuksessa omaisten mielestä henkilökuntaa ei ole riittävästi ja se näkyy kiireenä. Valtakunnallinen suositus henkilöstön vähimmäismääräksi, ympärivuorokautisessa laitoshoidossa on 0,5-0,6 hoitajaa asiakasta kohden. Hyvä mitoitus on 0,7-0,8 hoitajaa asiakasta kohden. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, hakupäivä 9.3.2010, 36.) Kielokodissa henkilöstömitoitus on n. 0,58 hoitajaa asiakasta kohden.



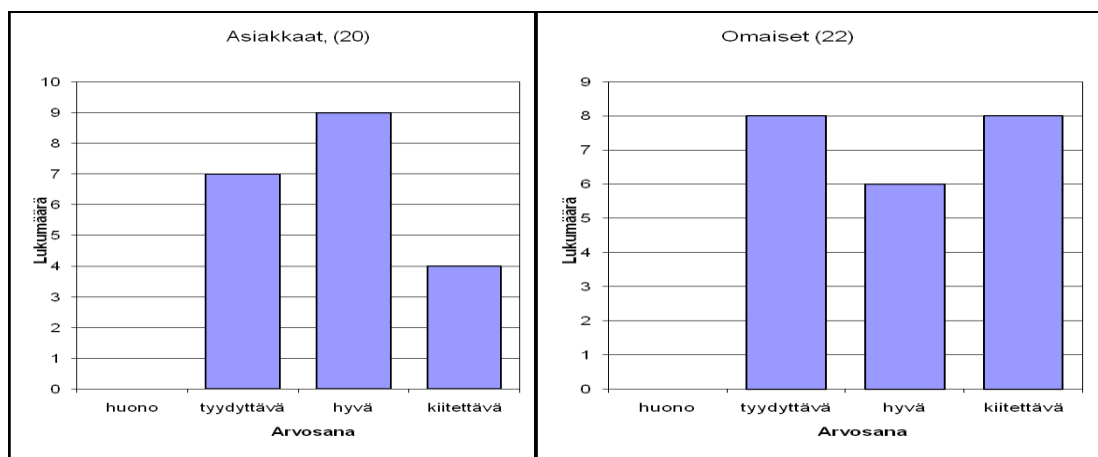
KUVIO 21. Henkilökunnan saatavuus asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

Kielokodin toiminnasta tiedottamisesta asiakkaista yhdeksän piti tyydyttävänä ja samoin yhdeksän hyvänä tai kiitettävänä. Omaisista 11 piti toiminnasta tiedottamista huonona tai tyydyttävänä ja samoin 11 piti sitä hyvänä tai kiitettävänä (kuvio 22).



KUVIO 22. Kielokodin toiminnasta tiedottaminen asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

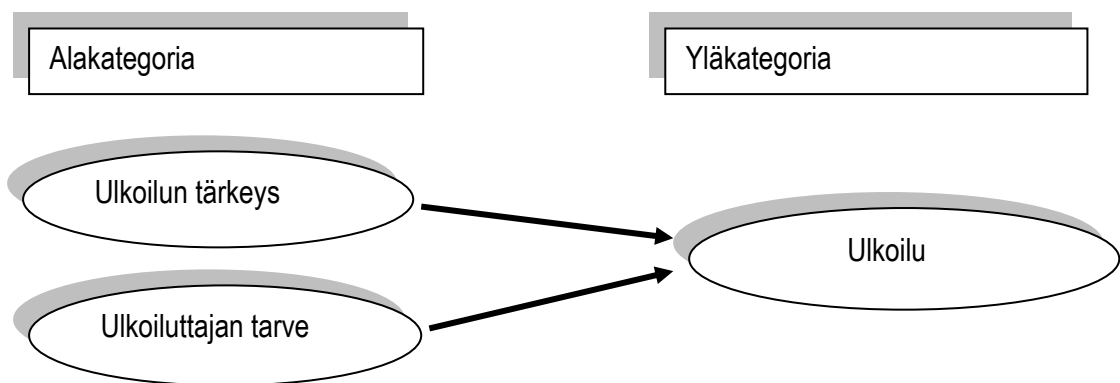
Tilojen viihtyvyyttä pidettiin asiakkaiden osalta seitsemän tyydyttävänä ja 13 hyvänä tai kiitettävänä. Omaisista kahdeksan piti osaston viihtyvyyttä tyydyttävänä ja 14 hyvänä tai kiitettävänä (kuvio 23). Sosiaali- ja terveysministeriön (2008, hakupäivä 9.3.2010, 41–42) laatusuosituksissa korostetaan tilojen turvallisuuden lisäksi viihtyvyyteen. Asiakkaita ei suosituksen mukaan tule pitää yli- paikoilla huoneissa, eikä varsinkaan käytävillä. Kodinomainen, viihtyisä, esteetön ja turvallinen ympäristö mahdollistaa itsenäistä suoriutumista lisäämällä fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä.



KUVIO 23. Tilojen viihtyvyys asiakkaiden ja omaisten kuvaamana

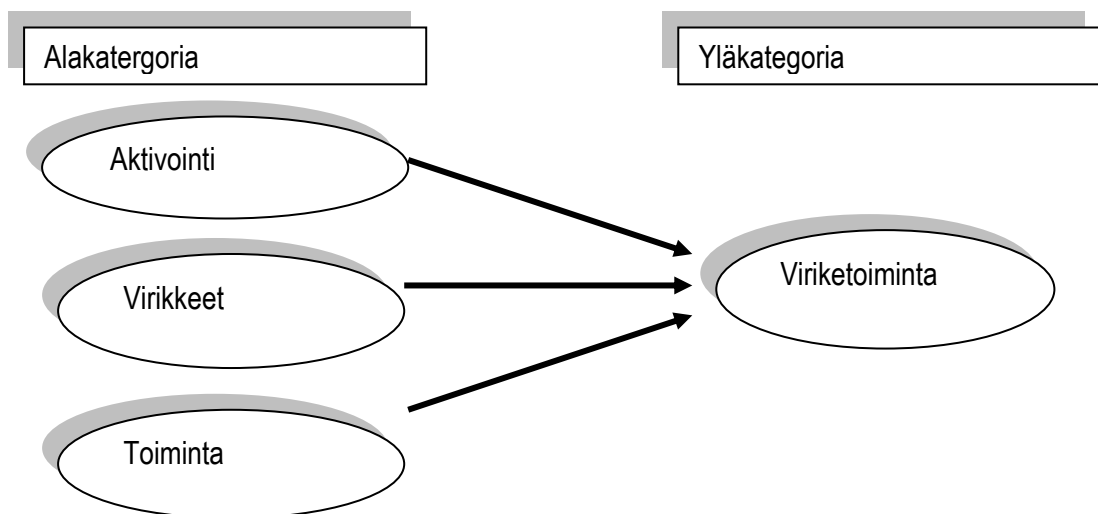
Vapaiden kommenttien aineiston analyysin perusteella kehittämiskohteiksi muodostuivat; **ulkoilu, viriketoiminta, tiedottaminen, asiakkaiden vaatetus, tilojen viihtyvyys, asiakkaiden hygieniasta huolehtiminen, lääkäripalvelut sekä henkilökunnan saatavuus ja riittävyys.**

Sekä vuoroahoitoasiakkaat että heidän omaisensa toivoivat enemmän ulkoilua. Sitä oli toivottu useissa kommentteissa kuten, ”ulkoilu olisi tärkeää”, ”asiakkaita voisi käyttää joskus ulkona” Eräässä kommentissa omainen olisi jopa valmis maksamaan ulkoilusta, ”Paras tapa olisi ulkopuolinen ulkoiluttaja, koska henkilökunnalta ei voi sitä vaatia. Mielelläni maksaisin sen itse.” (Kuvio 24.)



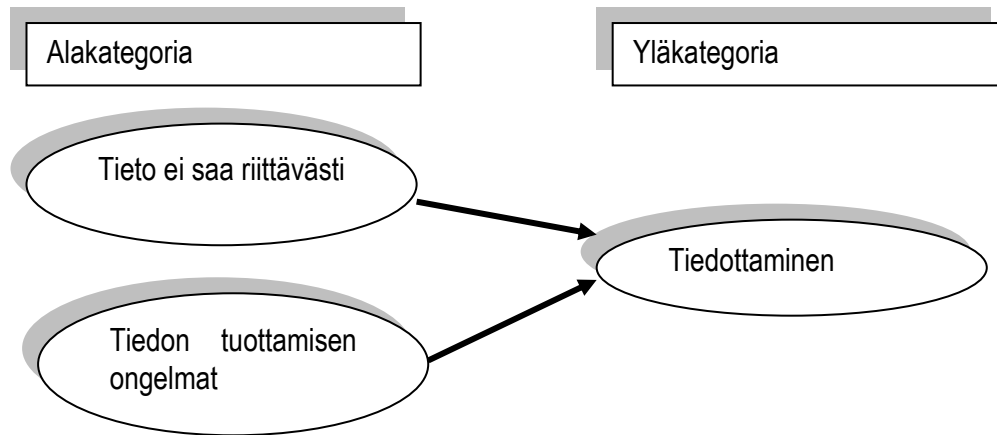
KUVIO 24. Ulkoilu

Viriketoimintaa oli ehdotettu yhteisiä laulutuokioita, askartelua, liikuntaa, ulkoilua ja juttelua. Toivottiin myös asiakkaitten aktivointia, jotta vuoteessa oloaika vähenisi. (Kuvio 25.)



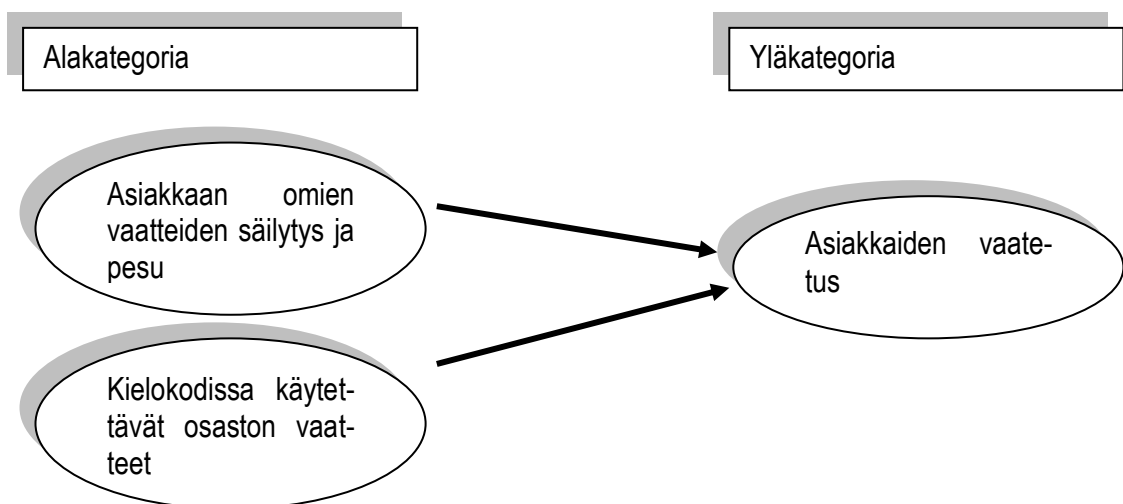
KUVIO 25. Viriketoiminta

Osaston toiminnasta ja tapahtumista, kuten liikunnan määrästä ja viriketoiminnasta, ei saatu riittävästi tietoa. Omaiset kokivat, tiedon saannin vähäiseksi, koska muistisairaajat asiakkaat eivät pysty itse toiminnasta kertomaan. (Kuvio 26.)



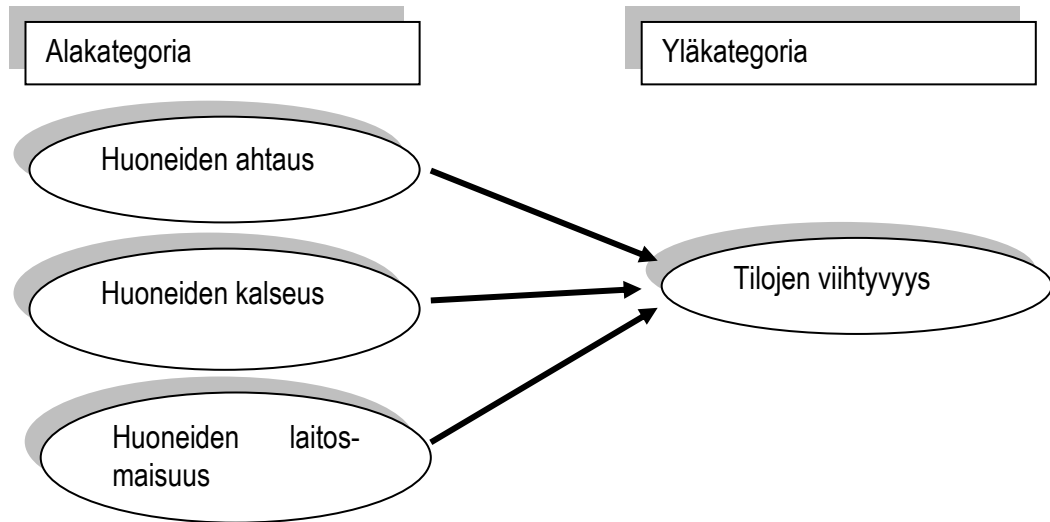
KUVIO 26. Tiedottaminen

Asiakkaiden osastolla käyttämään vaatetukseen kehoitettiin kiinnittämään enemmän huomiota. Sitä, mitä epäkohtia vaatetuksessa oli havaittu, ei mainittu. Asiakkaiden käyttäessä omia vaatteita, toivottiin niiden aina palautuvan takaisin. Tässä viitattiin ongelmaan, kun vaatteita on joutunut yleiseen pyykkiin ja ilman asianmukaista merkintää ne ovat kadonneet pesulaan. (Kuvio 27.)



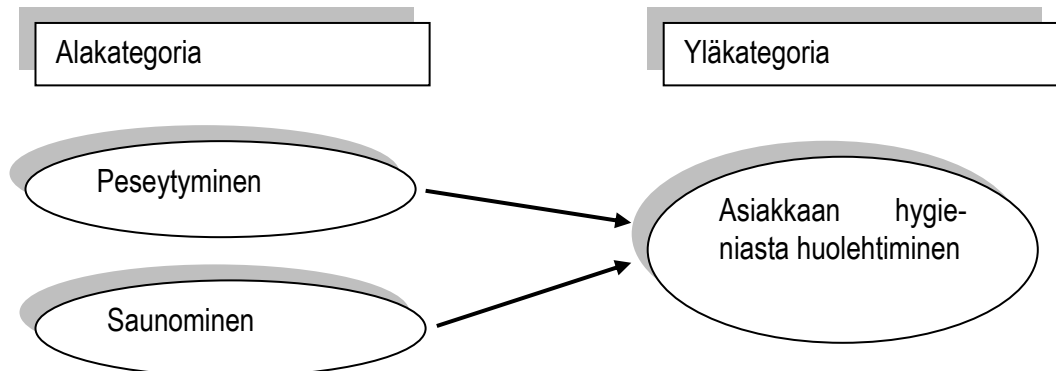
KUVIO 27. Asiakkaiden vaatetus

Tilojen viihtyvyyteen toivottiin parantamista. Osaston tiloja kuvailtiin ”kalseiksi”, ”laitosmaisiksi” ja ”ahtaiksi”. Ahtaiksi huoneet koettiin silloin, kun huoneisiin täytyi sijoittaa useampi asiakas. (Kuvio 28.)



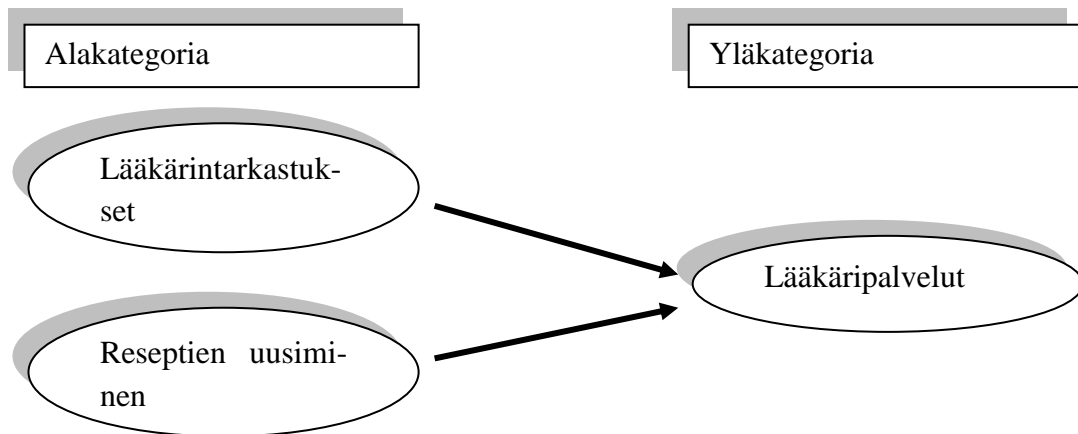
KUVIO 28. Tilojen viihtyvyys

Asiakkaiden hygieniasta huolehtimisessa toivottiin erityisesti useampia suihkutuskertoja. Myös saunaa toivottiin. Toteutukseen muuten ei otettu kantaa. (Kuvio 29.)



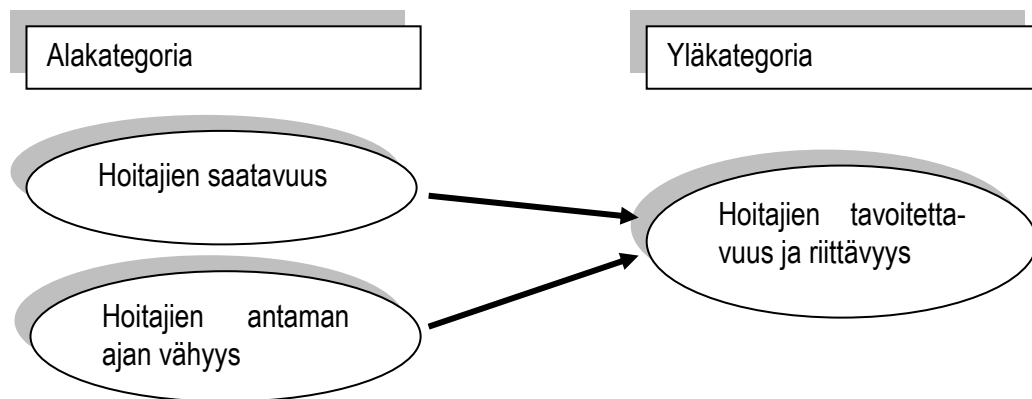
KUVIO 29. Asiakkaan hygieniasta huolehtiminen

Lääkäripalveluja toivottiin vuorohoitajaksolle. Aiemmin käytössä ollutta lääkärintarkastusta toivottiin takaisin. Myös reseptien uusimista toivottiin vuorohoitajaksolle. (Kuvio 30.)



KUVIO 30. Lääkäripalvelut

Hoitajien tavoitettavuudessa ja riittävydessä todettiin puutteita tulo ja lähtötilanteissa. Asiakkaat toivoivat, että hoitajat olisivat savutettavissa sovittuna aikana tulo- ja lähtötilanteessa. Raportti ajat koettiin hankalina, koska silloin ei hoitajia ole tavoitettavissa. Oltiin myös sitä mieltä, että hoitajilla on aikaa vain välttämättömimpään hoitoon, eikä näin jäänyt aikaa keskusteluun. (Kuvio 31.)



KUVIO 31. Hoitajien tavoitettavuus ja riittävyys

5.2.3 Omaisten ilta

Kielokoti järjesti säännöllisessä vuorohoidossa olevien omaisille omaisten illan. 21.4.2009. Kaikille omaisille toimitettiin kirjallinen kutsu. Koska niillä omaisilla, joilla ei juuri sillä hetkellä ollut hoidettava vuorohoidossa, oletettiin olevan haasteellista saapua paikalle, tarjottiin heille myös mahdollisuutta tuoda hoidettava omaisten illan ajaksi Kielokotiin. Tätä apua ei kukaan tarvinnut. Yhdellä omaisella oli hoidettava mukana tilaisuudessa.

Tilaisuuteen osallistui Merikosken hoivien palvelupäällikkö, Kielokodin palveluesimies, ohjaaja, fysioterapeutti, vuorohoitokoordinaattori, vuorohoidon tiimivastaava ja allekirjoittanut. Fysioterapeutti ja ohjaaja kertoivat omasta työstään vuorohoitoasiakkaiden parissa. Sen jälkeen esittelin asiakaskyselyn tulokset kuvioiden avulla. Omaiset osallistuivat esitykseen aktiivisesti esittämällä omia kommenttejaan. Kommenteissa nousivat esille samat asiat kuin kyselyssäkin. Viriketoimintaa ja liikuntaa toivottiin enemmän. Kyselyn vastauksista poiketen omaisteniltaan osallistujat toivoivat tulo- ja kotiutustilanteisiin parannusta. Osa omaisista koki, ettei hoitajia ollut aina riittävästi läsnä näissä tilanteissa. Omalle jaksamiselle toivottiin tukea keskustelun muodossa.

5.3 Hoitajien näkökulma kehitettävistä hoitotyön osa-alueista

Tämän kehittämistyön tärkein lähtökohta oli henkilökunnan osallistuminen. Tämän vuoksi kehittämisen toteutustavaksi päätettiin valita toimintatutkimus. Työn kehittäminen todettiin tarpeelliseksi, mutta kehittämisen kohteet olivat vielä epäselvät. Hoitotyön kehittämisalueiden kartoittamisessa työn tekijät ovat parhaita asiantuntijoita. Tähän tarvittiin osaston hoitajien työpanosta. Ongelmien täsmällinen määrittely on tarpeen kun halutaan tehdä kirjallisia suunnitelmia. Hoitotyöhön suhtautuminen ja kokemukset siitä ovat hyvin yksilöllisiä. Joku asia voi tuntua toisesta ongelmalliselta kun taas toinen pitää sitä täysin työhön kuuluvaksi. On tärkeää saada kaikkien mielipiteet kuuluviin. Jokaisen mielipide on yhtä tärkeä, mutta kaikkeen ei voida vaikuttaa. Ongelmia kartoittamalla nostetaan esiin oleellimmat kehittämisen kohteet.

5.3.1 Aineiston kerääminen häiriöpäiväkirjalla

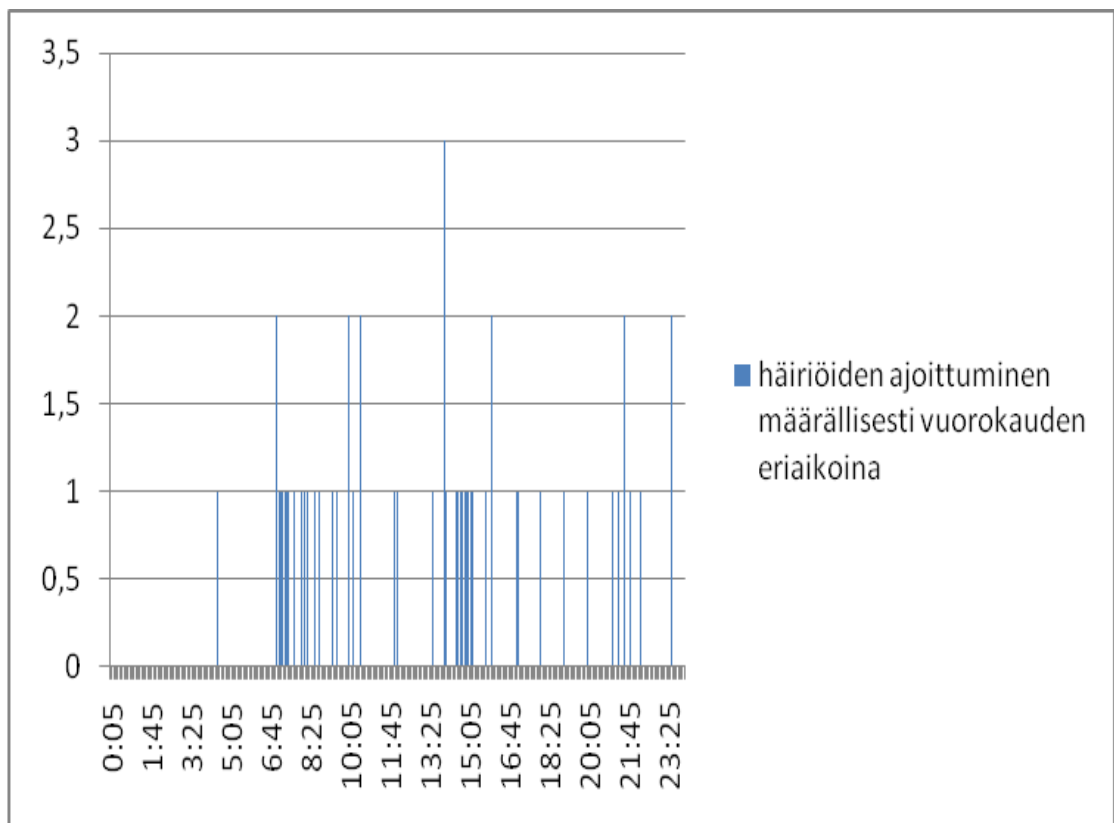
Häiriöpäiväkirjoja (liite 3) on käytetty työyhteisöissä ongelmien ja häiriöiden kartoitukseen. Tässä käytetty häiriöpäiväkirja on käytössä mm. Vervellä (kuntoutus-, tutkimus- ja konsultointipalveluja tuottava yritys). Hoitaja kirjaa häiriöpäiväkirjaan yhden työvuoron aikana tilanteita jotka hän luokittelee mielestään toiminnan häiriöiksi, ongelmiksi tai tilanteiksi jotka estävät hyvän hoidon toteutumisen. Häiriöpäiväkirjassa on viisi asiaa, jotka kunkin häiriön kohdalla täytetään;

- kellon aika
- tilanne/työ/työvaihe jolloin häiriö ilmeni
- mikä ongelma, häiriö, läheltäpiti-tilanne seurasi, mikä tahansa toiminnan sujumisen este/hidaste tai kehittämisen paikka
- mitä seurasi, esim. aikaviive (arvio ajasta), ongelmat prosessin seuraavassa vaiheessa
- ideat miten häiriö/ongelma olisi vältettävissä

Häiriöpäiväkirjan täytti kahdeksan Kielokodin hoitajaa, viisi hoitajaa aamuvuorosta, kaksi hoitajaa iltavuorosta ja yksi hoitaja yövuorosta. Häiriöpäiväkirjat täytettiin kahden viikon aikana marras-kuussa 2008.

5.3.2 Häiriöpäiväkirjojen aineiston analysointi

Aluksi häiriöpäiväkirjojen kommentit aukikirjoitettiin. Aineisto pelkistettiin eli redusoitiin karsimalla siitä pois analysoinnin kannalta epäolennainen aineisto. Häiriöpäiväkirjoihin kirjatuista, häiriön tapahtumisen kellonajoista, tehtiin kuvio (kuvio 24). Tämän perusteella pystyttiin tarkastelemaan häiriöiden jakaantumista vuorokaudessa ja sitä onko jokin tietty aika vuorokaudessa jolloin häiriötä ilmenee erityisen paljon. Pysty – akselilla on kuvattu häiriöiden lukumäärää ja vaaka – akselilla kellonaikaa. Yöllä klo 23-4 ei häiriötä ilmennyt lainkaan. Suurimmat keskittymät näyttävät olevan aamuvuoron alussa (n. klo 7- 10) ja vuorojen vaihtuessa (n. klo 13.30- 15).

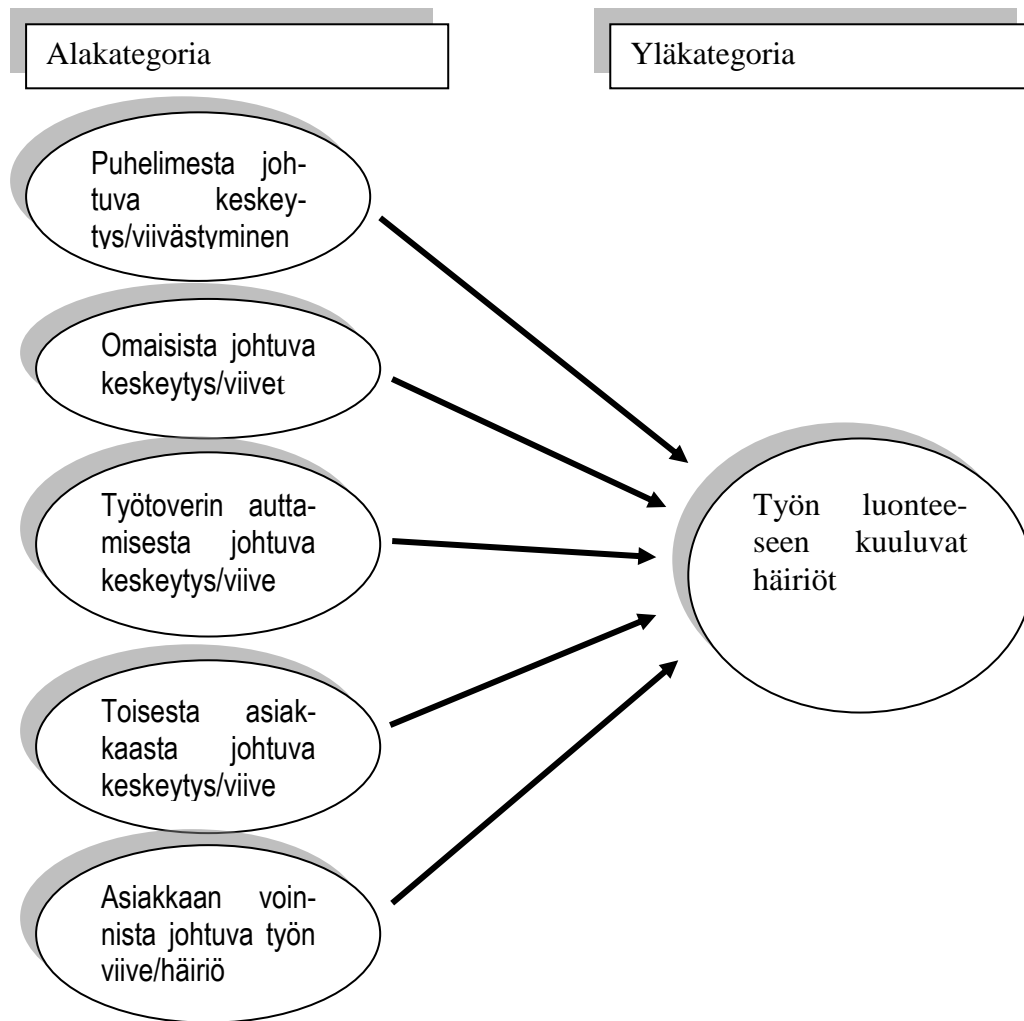


KUVIO 32. Häiriöiden ajoittuminen määrällisesti vuorokauden eriaikoina

Seuraavassa vaiheessa aineisto ryhmiteltiin eli klusteroitiin alaryhmiin aihealueittain. Eri alaryhmiä nousi esiin kymmenen. Viimeisessä vaiheessa aineisto abstrahoitettiin, eli luotiin tutkimuksen kannalta tärkeitä teoreettisia käsitteitä joita voidaan käyttää kehittämissuunnitelmassa (liite 7 ja 8). Sisällön analyysin vaiheet kuvattiin, yksityiskohtaisemmin jo aiemmin, kappaleessa 5.2.1 Asiakaskysely aineiston analysointi

5.3.3 Hoitajien tuottamat kehittämiskohteet

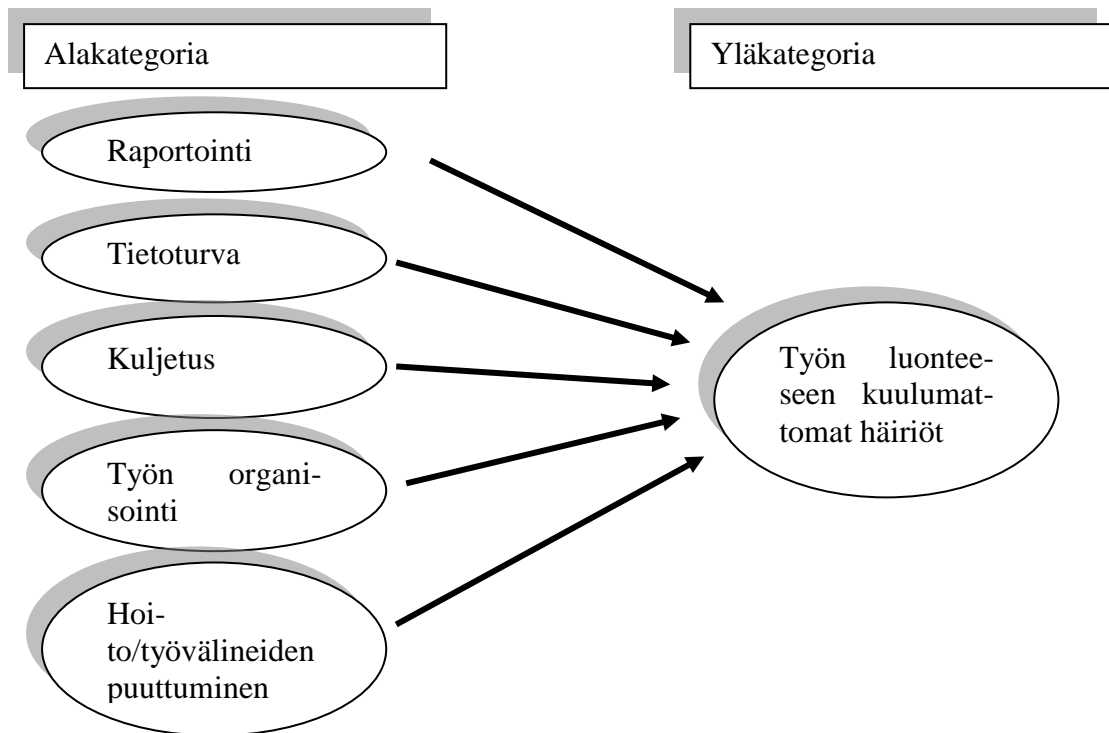
Häiriöpäiväkirjoihin kirjatut häiriöt jaettiin kymmeneen alaryhmään: Puhelimesta johtuva keskeytys/viivästyminen, omaisista johtuva keskeytys/viive, työtoverin auttamisesta johtuva keskeytys/viive, toisesta asiakkaasta johtuva keskeytys/viive, asiakkaan voinnista johtuva työn viive/häiriö, työn suunnitteluun liittyvät keskeytykset viivästymiset, raportointi, tietoturva, kuljetus, sekä hoito/työvälineiden puuttuminen. Näistä alaryhmistä erottuivat kaksi pääryhmää; *Työn luonteeseen kuuluvat ja kuulumattomat häiriöt*. Hoitotyön luonteeseen kuuluu sen jatkuva tilanteiden vaihtuvuus sekä se, että suunnitelmallisuutta voidaan toteuttaa vain tiettyyn pisteeseen asti. Kaikkiin häiriöltä tuntuviin tilanteisiin ei voida vaikuttaa. Esimerkiksi puhelimen soimisesta tai asiakkaan voinnin muutoksesta johtuvan häiriön/viiveen voidaan lukea kuuluvaksi työn luonteeseen. Työn luonteeseen kuuluviksi häiriöiksi nousivat; puhelimesta johtuva keskeytys/viivästyminen, omaisista johtuva keskeytys/viive, työtoverin auttamisesta johtuva keskeytys/viive, toisesta asiakkaasta johtuva keskeytys/viive sekä asiakkaan voinnista johtuva työn viive/häiriö (kuvio 33).



KUVIO 33. Työn luonteeseen kuuluvat häiriöt

Työn luonteeseen kuulumattomiksi häiriöiksi nousivat; **Raportointiin, tietoturvaan, kuljetukseen, työn organisoinnista johtuvat keskeytykset viivästymiset sekä hoito/työvälineiden puuttumiseen liittyvät häiriöt** (kuvio 34). Raportin pitämisessä osaston toiminnan kannalta nähtiin puutteita, ”Raportilla neljä hoitajaa. Efficalta raportti, hoitajat juttelevat. Pem (palveluesimies) käy ilmoittamassa et osastolla ei ole ketään (hoitajaa)”. Tietoturva asiat eivät täyttäneet niille asetettuja määräyksiä, ”Paikkakartta jossa asiakkaitten hoito. + ym. henkilökoht tietoja oleva lappu pöydällä. Voi joutua ns. vääriin käsiin. Vaitiolovelvollisuuden rikkomus. Pelastin talteen”. Asiakkaiden kotiutus kuljetuksissa koettiin olevan puutteita, ”Kyydin tilaus asiakkaalle klo 14. Taksi ei hae 14:00, asiakas takas osastolle. Kotihoito soittaa ja odottaa. Uusi soitto taksiin.”. Työn organisoinnin puutteina nähtiin, ”Työntekijät eivät tiedä minne tiimiin kuuluvat, ylim. työntekijä. Ei päästä aloittamaan töitä ajallaan. Raportointi viivästy”, ”Uuden asiakkaan vastaanotto kesti kauan. Raportilta myöhästyminen”, ”Raporttia kirjoittamaan, jää kesken. Ilmoitus / liian vähän vuorohoitolai-

sia marraskuussa. Excel-taulukkoon muutokset, koneet eivät voi olla yhtä aikaa auki, raportin kirjoittaminen siirtyy. Laske Excel-taulukon kaikki vha n. 20 min”. Myös hoito- ja työvälineiden puuttumisista koettiin aiheutuvan erityisen paljon häiriötä ja viivettä työskentelyssä esimerkiksi, ”Aamupesuille meno, nousutuki puuttui. Piti hakea hoitaja avuksi ja vielä Saritas-nostolaite. Sopiva vaippa myös puuttui. 10.15 min. viive”, ”Asiakkaan pesutilanne. Vaatteita puuttuu kaapista”



KUVIO 34. Työn luonteeseen kuulumattomat häiriöt

5.3.4 Tiimipalaverit

Käytännön työ toi tullessaan ongelmia joita ratkottiin yhdessä. Ongelmana oli vuorotyön luonteesta johtuen yhteisen ajan löytyminen yhdessä, koko tiimin henkilökunnalle. Alussa ongelmista keskusteltiin raporttien yhteydessä, mutta tiedon kulku ei tällöin toiminut. Päätettiin pitää tiimipalaveria, joista tehtiin kirjallinen muistio. Muistioiden avulla välitettiin tietoa myös niille, jotka eivät osallistuneet palaveriin. Tiimin vastaava hoitaja huolehti palaverien käytännön toimista, koolle kutumisesta, käsiteltävien asioiden esittämisestä ja muistion laatimisesta. Käytäntöä pidettiin erittäin hyvänä. Ongelmana oli yhteisen ajan järjestäminen ja osaston toiminnasta huolehtiminen palaverin aikana. Apua saatiin Kielokodin toiselta tiimiltä ja vastavuoroisesti sitä myös annettiin heidän järjestäessään omia tiimipalaveria. Työpaikkakokousten on todettu työyhteisöissä yh-

deksi motivaation lähteeksi, erityisesti työntekijöiden keskuudessa. Valta- ja vastuuasemissa olevilla ryhmillä motivaatio ei ollut niin selkeä. Tämän arveltiin johtuvan osallisuuden sekä valmistelu- ja keskusteluoikeuksien antamisesta toisille ammattiryhmille. (Syvänen 2003, 260–261; Syvänen, Erätuli, Kokkonen, Nederström ja Strömberg 2008, 60.)

6 TULOSTEN TARKASTELUA

Kehittämiskohteet jotka, tässä tutkimuksessa valittiin, on nostettu esiin asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan kokemuksista, näkemyksistä ja mielipiteistä. Tällä tavalla haluttiin pureutua nimenomaan Kielokodissa esiin tuleviin ongelmakohtiin. Helsingin sosiaalivirastolle tehdyssä selvityksessä, tietoa oli kerätty vanhusten lyhytaikaishoitoa (LAH) antavilta hoitolaitoksilta. Helsingissä toteutettu LAH on verrattavissa Oulun kaupungin määrittelemään vuorohoitoon. Selvityksessä kartoitettiin Helsingin kaupungin lyhytaikaishoidon nykytilaa ja sen perusteella tehdä kehittämissuosituksen. Näin laadittiin yleinen, koko kaupunkia koskevat kehittämissuosituksen. Selvityksen mukaan lyhytaikaishoidossa tulee noudattaa tiettyjä toimintaperiaatteita. LAH -jaksot on ensisijaisesti tarkoitettu 65 vuotta täyttäneille, toimintarajoitteisille henkilöille, hoitajan levon ajaksi ja hoitettavan toimintakykyä ylläpitävän kuntoutuksen vuoksi. LAH on aina määräaikaista ja se soviin asiakkaan tarpeen mukaan. Sovitut jaksot keskitetään vähitellen niihin erikoistuneisiin hoitoyksiköihin. Kaiken tyyppinen vanhusten LAH on kuntouttavaa sekä omaisen jaksamista ja asiakkaan kotona selviytymistä tukevaa. Kuntoutumiseen tähtäävät jaksot edellyttävät riittävää ja ammattitaitoista henkilökuntaa. Edellisten perusteella selvityksessä annettiin kolme toimenpide ehdotusta jotka lyhyesti esitettynä ovat; arvion LAH jakson tarpeesta tekee SAS työpari ja kiireellisissä tapauksissa sosiaalityöntekijä, LAH asiakkaat ohjataan heille sopiviin hoitoyksiköihin ja LAH paikkoja esitettiin lisättävän. (Muurinen, Valvanne, Sahi, Peiponen, Tolkki, & Soveri 2004, hakupäivä 17.2.2010, 14–16.)

Muurinen (2003, 112–113) on väitöskirjassaan tutkinut hoitotyön laatua ja kustannuksia kahdessa, henkilöstörakenteiltaan erilaisissa, lyhytaikaishoitoa tuottavissa vanhainkodeissa. Tutkimusosastolla työskenteli sairaanhoitajista koottu henkilöstö ja vertailuosastolla sairaanhoitajista, perushoitajista ja hoitoapulaisista koostuva henkilöstö. Tutkimusosaston asukkaat kokivat hoidon kaiken kaikkiaan paremmaksi kuin vertailuosastolla. He esimerkiksi tunsivat olonsa turvallisemmaksi ja tasavertaisemmaksi. Omaisat arvioivat asiakkaan elämän antoisuuden parantuneen useammin. Kaikkein selvin ero oli kirjaamisen välillä. Tutkimusosastolla kirjaamista kuvaavat indeksit olivat kaikissa pääluokissa paremmat kuin vertailuosastolla. Kuitenkaan kustannuksissa ei ollut selvää eroa osastojen välillä.

6.1 Asiakslähtöisen hoidon kehittäminen

Kielokodissa tehdyn asiakaskyselyn perusteella kehittämiskohteiksi valittiin osa-alueet joilla asiakkaat ja heidän omaisensa kokivat suurimmat puutteet. Asiakkaiden ja omaisten välisissä mieliteissa ei ilmennyt suuria eroja, joten niitä ei tarkastella erikseen. Kehittämiskohteiksi muodostuivat; ulkoilu, viriketoiminta, tiedottaminen, asiakkaiden vaatetus, tilojen viihtyvyys, asiakkaiden hygieniasta huolehtiminen, lääkäripalvelut ja henkilökunnan saatavuus ja riittävyys.

Suurimmat puutteet sekä asiakkaiden että omaisten mielestä olivat; viriketoiminnan riittävydessä ja laadussa sekä liikunnan riittävydessä. Asiakkaiden hygieniasta huolehtiminen ja sen riittävyys olivat vastanneista suurimman osan mielestä vain tyydyttävällä tasolla sekä asiakkaiden vaatetus vuorohoitajakson aikana koettiin vain tyydyttävänä. Joillakin osa-alueilla vastauksien hajonta oli huomattava. myös nämä osa-alueet otettiin kehittämisen kohteiksi; henkilökunnan saatavuus, Kielokodin toiminnasta tiedottaminen sekä tilojen viihtyvyys. Asiakaskyselyjen kommentteista nousivat kehittämisaiheiksi; ulkoilu, viriketoiminta, tiedottaminen, asiakkaiden vaatetus, vuorohoitoaikojen järjestämisen joustavuus, tilojen viihtyvyys, asiakkaiden hygieniasta huolehtiminen, lääkäripalvelut sekä henkilökunnan saatavuus ja riittävyys. Kyselyssä ja kommentteissa nousi esille samoja kehittämiskohteita. Ainoastaan lääkäripalvelut oli uusi kehittämialue kommentteissa.

Ulkoilu ja viriketoiminta kehittäminen nousivat vahvasti esille asiakaskyselyistä. Osastolle on nyt saatu aulaemäntä, jonka pääasiallinen tehtävä on Kielokodin asiakkaiden ja asukkaiden virkistystoiminnasta vastaaminen. Kerran viikossa hän järjestää yhdessä vanhuspalveluiden ohjaajan ja fysioterapeutin kanssa ulkoilua ja viriketoimintaa. Koska vuorohoitoasiakkaille ei ole mahdollista järjestää yksilöfysioterapiaa, on ulkoilu osoittautunut hyväksi liikuntamuodoksi vielä kävelemään kykeneville asiakkaille. Voutilaisen (2004, 59) tutkimuksessa vanhainkodissa hoidettavien asiakkaiden omaisista 43 prosenttia oli tyytyväinen virkistyspalveluiden määrään ja kuntoutuspalveluiden määrään 39 prosenttia. Inkinen (1998, 61) on todennut liikunnan tuovan hyvää oloa ja sisältöä elämään. Yhdessä toteutettu liikunta edistää myös dementoituvien keskinäistä vuorovaikutusta. Viriketoimintaan asiakkaat ja omaiset olivat toivoneet yhteisten laulu- ja tanssien, askartelun, liikunnan, ulkoilun ja juttelun muodossa. Musiikin on todettu olevan myös hoidon väline, ei siis pelkästään ajanvietettä. Erityisesti ryhmässä toteutettuna sen aktivoiva merkitys korostuu. Dementoituneella säilyvät musiikin avulla kommunikointiin tarvittavat toiminnalliset alueet lähes vahingoittumattomina. Laulujen kuunteleminen ja laulaminen on dementoituneelle avain erilaisiin muistoihin ja elettyyn elämään. (Taipale 1998, 71, 78.) Kielokodissa on ahkerassa käytössä Sävelsirk-

ku (Audioriders) ääniohjelma laitteisto, jonka avulla voidaan toteuttaa monenlaisia laulu- ja muisteluokioita. Muistelun on todettu säilyttävän dementoituneen henkilön kykyjä ja persoonaa. Se tuo myös onnistumisen elämyksiä ja jo lyhyenkin muistelun jälkeen voidaan saavuttaa hyvä mieli. (Mäki 1998, 103, 106.) Näiden seikkojen perusteella voidaankin todeta viriketoiminnan ja ulkoilun olevan tärkeitä kehittämisen kohteita.

Viestinnän puutteiksi tuotiin sen riittämättömyys sekä se, ettei dementoitunut asiakas pystynyt itse kertomaan miten vuorohoitajakso oli sujunut. Enemmän tietoa kaivattiin osaston tapahtumista kuten, viriketoiminnasta ja liikunnasta sekä asiakkaan voinnista jakson aikana. Myös Ahorannan, Paasosen ja Sulasen (2009, 7) tutkimuksessa omaiset toivoivat tietoa vuorohoidon sisällöstä, tapahtumista sekä asiakkaan lääkityksestä ja esimerkiksi ravitsemuksesta jakson aikana. Erikoissairaanhoidossa olevan iäkkään (yli 75 vuotiaan) potilaan omaiset kaipasivat tietoja, mutta eivät tienneet mitä kysyä. Erityisesti he kaipasivat luotettavaa tietoa vaikka se ei aina olisi ollut positiivista. Myönteisellä huomioonottamisella vaikutettiin omaisten kokemukseen olla tervetulleita vierailemaan osastolla. Välinpitämätön, jopa kielteinen kohtaaminen hoitajan kanssa, aiheutti epävarmuuden tunteen omaisen roolista sairaalassa. Omaiset ajattelivat, että he eivät ole aina tervetulleita vierailemaan osastolla. (Mäkinen 2002, 60–62.) Kielokodissa asiakkaan vuorohoidosta tiedotetaan nykyisin kirjallisesti jokaisen hoitajakson jälkeen. Tämä toteutetaan lähtöpäivänä Effica tietokantaan suoritettavalla väliarvioinnilla, joka myös tulostetaan asiakkaalle kotiin mukaan. Väliarviointiin kirjataan asiakkaan vointi jakson aikana, mahdolliset tapahtumat kuten ulkoilu, juhlat tapahtumat sekä seuraavan vuorohoidon ajankohta.

Vuorohoitajakson aikana asiakkaiden toivotaan käyttävän osaston vaatteita. Jotkut haluavat kuitenkin olla omissa vaatteissaan. Tästä on seurannut ongelmia, koska vaatteita on joutunut yleiseen pyykkiin josta se toimitetaan isoon keskuspesulaan. Merkitsemättömät tai puutteellisesti merkityt vaatteet eivät tällöin palaa takaisin osastolle. Osastolla on käytäntönä pitää päivisin päivävaatteita ja öisin esimerkiksi sairaalan pyjamaa. Vaikka osastolla onkin varsin paljon erilaisia ja erikokoisia päivävaatteita, on sopivien vaatteiden valitseminen välillä haastavaa. Tätä tilannetta pyritään parantamaan vuosittain hankkimalla uusia asianmukaisia sekä myös kauniita vaatteita osaston budjetin sallimissa rajoissa.

Tilojen viihtyvyyden osalta asiakaskyselyssä tuli kommentteja ahtaudesta, kalseudesta ja laitosisäilytyksestä. Ahtauden osalta tilanne helpottuu kun Ouluun avataan maaliskuussa 2011 uusi hoivahoidon yksikkö ja hoivahoidon osastoilla olleet lisäpaikat voidaan purkaa. Tähän asti oltiin

oltu tilanteessa jolloin kahdessa kahden hengen huoneessa on ollut ajoittain kolme henkeä ja yhden hengen huoneissa ajoittain kaksi henkeä. Tämä on tuottanut ahtauden tunnetta varsinkin silloin, kun asiakkailta on esimerkiksi liikkumisessa ja siirroissa tarvittavia apuvälineitä. Laitosmaisuutta ja kalseutta on pyritty poistamaan tekstiileillä ja huonekaluilla turvallisuutta vaarantamatta. Aulaemännän avulla on osastoa koristeltu juhlapyhinä ja vuodenaikojen vaihteluiden mukaan. Täältä osin tarvitaan vielä kehittämistä.

Asiakkaiden hygieniasta huolehtimisen osalta toivottiin useampia suihkukertoja ja saunomista. Suihkukertojen lisääminen vaatisi lisäresursseja hoitajamärissä, mutta saunominen onnistuu jo nyt halukkaille. Hygieniasta huolehtiminen on päivittäistä sekä aamuisin että iltaisin tapahtuvia ”pikkupesuja”. Voutilaisen (2004, 59) tutkimuksessa omaisista 76 prosenttia oli tyytyväisiä hoitopalveluiden määrään, kuten asiakkaiden saamaan apuun peseytymisessä, pukeutumisessa, ruokailussa ja WC-käynneillä.

Lääkäripalvelujen osalta omaisten ja asiakkaiden toiveita ei voida täysin toteuttaa. Koska hoiva-hoito kuuluu Oulussa sosiaalihuoltolain alaisuuteen, ei lääkärin tekemiä tulo- ja lähtötarkastuksia suoriteta. Vuorohoidossa olevien asiakkaiden katsotaan kuuluvan avoterveydenhuollon piiriin, joten heidän oma lääkäriensä terveyskeskuksessa vastaa heidän hoidostaan. Kielokodin lääkäriresurssit eivät myöskään mahdollista määräaikaistarkastuksia, toimintakykyarvioita, reseptien uusimista ja muita lääkärin palveluita. Jos vuorohoitoasiakkaalla ilmenee jakson aikana akuuttia voinnin muutosta, vastaa osaston lääkäri tai päivystävä lääkäri tässä tapauksessa hänen hoidostaan. Myös Marevan lääkityksen vaatimat verikoekontrollit ja lääkärin arvioimat lääkeannostuksen määräämiset toimittaa osaston lääkäri.

Henkilökunnan saatavuuteen ja riittävyteen toivottiin parannusta. Ongelmallisiksi koettiin raportti tilanteet sekä vuorohoitojaksolle tulo- ja lähtötilanteet. Myös Ahorannan ym. (2009, 7) tutkimuksessa omaiset toivoivat enemmän hoitajia tulo- ja lähtötilanteisiin sekä asiakkaitten ulkoiluttamiseen. Henkilökuntaa lisäämällä voidaan nämä ongelmat poistaa. Tähän asiaan ei henkilökunta pysty vaikuttamaan, mutta töitä organisoimalla on pyritty vaikuttamaan hoitajien saatavuuteen raporttien sekä tulo- ja lähtötilanteisiin.

6.2 Hoitajien näkökulmia ja näkemyksiä hoitamisesta ja hoitotyöstä

Tässä tutkimuksessa selvitetään hoitajien näkemyksiä työssään esiintyvistä häiriöistä, ongelmista ja mahdottomista tilanteista. Leino-Kilpi (1990, 8, 48–49, 107) on selvittänyt tutkimuksessaan hyvän sairaanhoidon perusteita. Tutkimuskohteina olivat sairaanhoidon opiskelijat, sairaanhoitajat sekä sairaanhoidon opettajat. Tutkimusmenetelmänä hän käytti tutkittavien vapaamuotoisia kirjallisia kuvauksia hyvästä hoidosta, sekä ei-osallistuvaa havainnointia. Hyvän hoidon todettiin olevan monimutkaista ihmisen toimintaa, jonka ytimenä on hoitajan ja potilaan välinen suhde. Tutkimuksessa nousi esille kuusi elementtiä joista hyvä hoito koostuu. Nämä elementit ovat; tekijä/suorittaja (hoitaja), tekijän/suorittajan ominaisuudet, hänen toimintansa, toiminnan luonne, edellytykset sekä toiminnan tavoitteet. Mäkisen (2002, 78–80) tutkimuksessa hoitajat arvioivat suhdettaan iäkkään potilaan omaisiin. Siinä hoitajat pitivät omaisia potilaan hoidossa tärkeinä, mutta heitä ei siitä huolimatta huomioitu potilaan hoidossa. Joidenkin hoitajien mielestä omaiset eivät kuulu potilaan hoitoon lainkaan. Vuorovaikutuksen merkitystä omaisten kanssa, hoitajat arvioivat hyvin monella tavalla. Osa odotti omaisten olevan oma-aloitteisia potilaan vointiin ja sairautteen liittyvissä kysymyksissä. Toiset hoitajat olivat itse oma-aloitteisia tiedottamisessa. Jotkut hoitajat eivät olleet keskustelleet lainkaan omaisten kanssa.

Nevala (2006, hakupäivä 17.2.2011, 21–23) on selvittänyt perus- ja lähihoitajien kokemuksia vanhustyössä. Selvityksessä kartoitettiin miten hoitajat kokevat ja näkevät oman työnsä ja työssä jaksamisen. Selvityksen mukaan hoitajat pitävät yötään henkisesti ja fyysisesti raskaana. työ on ylikuormittavaa ja henkilökuntamäärä liian pieni. erityisesti perustehtäviin toivottiin lisää henkilökuntaa. Huolestuttavaa oli henkisen- tai fyysisen väkivallan tai sen uhkan kokemukset. Hoitajista 70 prosentilla oli tästä kokemuksia. Haasteellisesti käyttäytyvät vanhukset tarvitsevat hoitajikseen riittävän määrän ammattitaitoista henkilökuntaa. Myös Kielokodin häiriöpäiväkirjoissa (liite 8) kiire ja riittämättömyyden tunne nousi monissa kommentteissa esille. Nevalan selvityksessä hoidon laatua pidettiin hyvänä, mutta toisaalta 35 prosenttia totesi, ettei henkiselle virkistykselle, kuten juttelu ja ulkoilu, ollut aikaa. Vanhuksen mieltä kohottava toiminta ajateltiin ”ylimääräiseksi” työksi. Kiireestä ja väsymyksestä huolimatta hoitajat pitivät työtään mielekkäänä ja antoisana.

Häiriöpäiväkirjoista valittiin kehittämisen kohteeksi työn luonteesta riippumattomat häiriöt; raportointi, tietoturva, kuljetus, työn organisoinnista johtuvat keskeytykset/viivästymiset sekä hoito/työvälineiden puuttuminen. Muut häiriötekijät katsottiin kuuluvan työn luonteeseen, eikä niihin voida vaikuttaa. Työn luonteeseen kuulumattomiksi häiriöiksi nousivat; raportointiin, tietoturvaan,

kuljetukseen sekä työn organisoinnista johtuvat keskeytykset, viivästymiset ja hoito/työvälineiden puuttumiseen liittyvät häiriöt. Hoitajien näkemykset häiriöpäiväkirjan täyttämistä erosivat toisistaan. Osa piti päiväkirjan täyttämistä hankalana työn ohessa. Myös he, jotka kokivat sen mielekkäänä, toivat esille, ettei siihen ehtinyt kirjata kaikkia heidän mielestään tärkeitä häiriöitä. Aineistoa tuli kuitenkin hyvin.

7 KIELOKODIN VUOROHOITOTIIMIN KEHITTÄMISSUUNNITELMA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittämissuunnitelman laatiminen Kielokodin vuorohoitotiimiin. Kehittämiseen haluttiin kartoittaa sekä asiakasnäkökulma että hoidollinen näkökulma. Asiakkaiden näkemykset kartoitettiin asiakaskyselyllä ja hoidollinen näkökulma selvitettiin hoitajien täytämällä häiriöpäiväkirjalla. Näiden lisäksi perehdyin tutkimuksiin ja laatusuosituksiin, joissa käsiteltiin vuorohoitoa sekä hoivahoitoa. Kehittämistyö päätettiin toteuttaa toimintatutkimuksena, koska aihe työhön nousi työyksiköstä ja siihen osallistuvat sekä tutkimuksen tekijä että aiheeseen sidoksissa olevat työntekijät. Suuren panoksen työhön antavat myös asiakkaat omalla mielipiteellään.

Kielokodin toimintaa ohjaa ”Dementoituneen ihmisen arvokas elämä” – toimintamalli (Vuokila-Oikkonen 2007). Toimintamallissa (liite 7) dementoituneen asukkaan arvokkaaseen elämään vaikuttavat arvot, moniammatillinen tiimityö, omahoitajuus ja ympäristö. Arvoissa määritellään yhteisöllisyyttä, eheyttä, ihmisen kunnioittamista, itsemääräämisoikeutta, erilaisuuden hyväksymistä ja lähimmäisenrakkautta dementoituneen asukkaan kohtaamisessa. Moniammatilliseen tiimityöhön vaikuttavat osaava ja jaksava henkilökunta, tiimillä yhteisesti laaditut tavoitteet, jonka päämääränä on kuntouttava, asukkaan voimavarat huomioonottava hoitotyö. Myös tiimien välillä tapahtuva rakentava vertaispalautte ja yhteistyö ovat osana moniammatillista tiimityötä. Omahoitajuudessa omahoitaja suunnittelee, toteuttaa ja arvio yhdessä asukkaan ja hänen läheisensä kanssa hoitosuunnitelman, jolla turvataan asukkaan kokonaisvaltainen hoito myös omahoitajan poissa ollessa. Omahoitajan kuuluu olla asukkaan puolestapuhuja. Dementoituneen ihmisen hoitoympäristössä huomioidaan turvallisuus, virikkeellisyys ja kodinomaisuus. Näiden asioiden lisäksi toimintamallissa on huomioitu avoimuus, turvallisuus, huumori, luovuus ja me-henki. dementoituneelle asukkaalle mahdollistetaan yhteiset hetket omaisten, vapaaehtoisten, seurakunnan, koulujen, päiväkotien ja järjestöjen edustajien kanssa.

Tutkimuksen perusteella esiin tulevista osa-alueista laadin Kielokodin vuorohoitotiimin kehittämissuunnitelman (Taulukko 4). Jokaiselle osa-alueelle määriteltiin keinot ja menetelmät joilla tavoitettiin päästään. Joidenkin osa-alueiden kohdalla tavoitteet on jo saavutettu ennen kehittämissuunnitelman laatimista. Tätä ovat edesauttaneet tiimipalaverit, joissa ongelmiin on otettu esille.

TAULUKKO 4. Kielokodin vuorohoitotiimin kehittämissuunnitelma

Kehittämisaalueet	Keinot ja menetelmät
Ulkoilu	<p>Aulaemäntä ulkoiluttaa halukkaita'</p> <p>Torstaisin aulaemäntä ja fysioterapeutti järjestävät ulkoiluryhmän.</p> <p>Kesäksi palkataan koululaisia ulkoiluttamaan asiakkaita..</p>
Viriketoiminta	<p>Torstaisin järjestetään toimintaryhmä ohjaajan ja aulaemännän johdolla.</p> <p>Aulaemäntä järjestää arkipäivisin viriketoimintaa (lehdenlukua, laulua, askartelua).</p>
Tiedottaminen	<p>Asiakkaille ja omaisille tiedotetaan osaston toiminnasta ilmoitustaululle laitettavilla tiedotteilla ja mahdollisuuksien mukaan suullisesti.</p> <p>Asiakkaiden vuorohoitajaksosta annetaan kirjallinen palaute kotiin.</p>
Asiakkaiden vaatus	<p>Osastolle hankitaan hoitajien toimesta (palveluesimiehen päätöksellä) uusia asiakasvaatteita budjetin sallimissa rajoissa.</p>
Tilojen viihtyvyys	<p>Jokainen huolehtii osaltaan asiakashuoneiden sekä yleisten tilojen siisteydestä ja viihtyvyydestä.</p> <p>Jokainen huolehtii huoneiden ja yleisten tilojen siisteyden tarkkailusta ja tiedottaa epäkohdista Servisiin työntekijälle.</p> <p>Aulaemäntä somistaa osastoa yhdessä asiakkaiden kanssa, vuodenaikoihin sopivilla koristeilla.</p>

Asiakkaiden hygieniasta huolehtiminen	<p>Hoitajat huolehtivat asiakkaiden hygieniasta, avustamalla asiakkaita heidän voimavarojensa mukaan, aamuin ja illoin.</p> <p>Kokosuihkussa asiakkaat käyvät vähintään kerran viikossa.</p> <p>Sauna lämmitetään sitä haluaville.</p>
Lääkäripalvelut	<p>Akuutit, osastolla alkavat sairaudet hoitaa osastonlääkäri.</p> <p>Vuorohoitojaksolle ajoittuvat INR verikoevastaukset katsoo osaston lääkäri ja hän myös tekee sen mukaan mahdolliset muutokset Marevan lääkkitykseen.</p>
Henkilökunnan saatavuus ja riittävyys	<p>Palveluesimies, tai hänen siihen asettama henkilö, suunnittelee työvuorot osaston toiminnan ja asiakkaiden tarpeiden kannalta asianmukaisiksi.</p> <p>Ruokatauot jaksotetaan vuorotellen.</p> <p>Iltavuoron henkilökunta ottaa vastaan osastolle tulevat vuorohoitoasiakkaat.</p> <p>Iltavuoron raportin aikana aamuvuoron henkilökunta on osastolla asiakaspalvelussa.</p>
Raportointi	<p>Aamuraportilla käydään lyhyesti läpi asiakkaisiin liittyvät oleelliset asiat sekä kyseiseen päivään liittyvät toiminnot.</p> <p>Päiväraportin pitävät iltavuorolaiset keskenään Efficatiedoston pohjalta.</p> <p>Yöhoitajalle raportoidaan uudet asiakkaat ja mahdolliset yöllä esiin tulevat asiat.</p> <p>Kirjaaminen joka vuorossa tärkeää.</p>

Tietoturva	Potilasasiakirjoja ei jätetä avoimesti esim. pöydille näkyville. Tietoturvakoulutus järjestetään vuosittain sähköisesti kaikille.
Asiakas kuljetukset	Asiakkaiden kuljetuksia koskevat tiedot kirjataan asiakastiedostoihin. Häiriöt kuljetusliikkeiden kanssa raportoidaan matkojen yhdistämiskeskukselle tai yksityiselle taksipalvelujen tuottajalle.
Työn organisoinnista johtuvat keskeytykset/viivästymiset	Työt organisoidaan asiakaslähtöisesti ja osaston tarpeista lähtien. Jokainen on velvollinen ilmoittamaan häiriöistä palveluesimiehelle.
Hoito/työvälineiden puuttumiseen liittyvät häiriöt/viivästymiset.	Hoito- ja työvälineiden riittävydestä huolehtivat kaikki. Puutteet kirjataan heti varastotilausviikkoon. Huoneiden kaappien sisällön täydentämisestä vastaa se, joka havaitsee puutteen.

8 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

Tämän työn tutkimustehtävänä on kartoittaa Kielokodin vuorohoitotiimin asiakkaiden ja heidän omaistensa mielipiteet Kielokodin vuorohoidosta, sekä hoitajien mielipide siitä, mitkä hoitotyön osa-alueet tarvitsevat kehittämistä. Asiakaskyselystä saatujen tulosten mukaan kehittämiskohteiksi nousivat; ulkoilu, viriketoiminta, tiedottaminen, asiakkaiden vaatetus, tilojen viihtyvyys, asiakkaiden hygieniasta huolehtiminen, lääkäripalvelut sekä henkilökunnan saatavuus ja riittävyys. Häiriöpäiväkirojen analyysissä nousi esille kaksi yläkategoriaa, työn luonteeseen kuuluvat häiriöt ja työn luonteeseen kuulumattomat häiriöt. Näistä kehittämisen kohteeksi valikoituivat työn luonteeseen kuulumattomat häiriöt joita ovat; raportointi, tietoturva, kuljetus, työn organisoinnista johtuvat keskeytykset viivästymiset sekä hoito-/työvälineiden puuttumiseen liittyvät häiriöt.

8.1 Toimintatutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Vaikka toimintatutkimusta arvioidaan edelleen validiteetti- ja reliabiliteetti -käsitteillä, tuottavat ne ongelmia (Lauri 1997, 121; Kiviniemi 1999, 78; Huttunen, Kakkori & Heikkinen 1999, 113; Heikkinen & Syrjälä 2007, 147). Etenkin reliabiliteetti on huonosti sopiva käsite. Toimintatutkimus itsessään on ”väliintuleva muuttuja”, jota käytetään tarkoituksellisesti tilanteen muuttamiseksi. Toimintatutkimus suorastaa perustuu ”väliintulevan muuttujan” interventioon. Tarkoituksena ei edes ole saada samaa tulosta, koska tilanne on muuttunut ja on jo toinen intervention jälkeen. Validiteetin käsite puolestaan perustuu jo lähtökohdaltaan ajatukselle, että on olemassa erikseen tietävä subjekti (tutkija) joka esittää väitteen ulkoisesta todellisuudesta eli objektista. (Huttunen, Kakkori & Heikkinen 1999, 113–114.)

Heikkinen ja Syrjälä (2007, 149) ovat valinneet luotettavuuden mittaamiseksi Steinar Kvalen ehdotuksen validoinnin. Validoinnilla tarkoitetaan prosessia, jossa ymmärrys maailmasta kehkeytyy vähitellen. Tämän taustalla on ajatus siitä, että inhimillinen tieto maailmasta perustuu kielen välityksellä tapahtuvaan tulkintaa. Tulkinta taas on sidoksissa aikaan ja paikkaan sekä kieleen, joten jokainen tulkinta voidaan tulkita uudelleen. Tämän vuoksi totuus on jatkuvaa neuvottelua, keskustelua ja dialogia, eikä se ole koskaan lopullisesti valmis. Kvalen ajatusten pohjalta ovat Heikkinen ja Syrjälä (2007, 149–160) ehdottaneet viittä periaatetta toimintatutkimuksen validoinnin arvioimi-

seksi. Nämä periaatteet ovat historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja vahduttavuus.

Historiallinen jatkuvuus. Koska toiminta ei ala tyhjästä eikä pääty koskaan on pohdittava myös tutkimuskohteen historiaa. Toiminnan kehittymistä voidaan tarkastella sekä makro- että mikrotasolla. Makrotaso kuvaa yhteiskunnallista ilmiötä ja mikrotaso sosiaalisen yhteisön toimintahistoriallista jatkumoa esimerkiksi työpaikalla. Koska tutkimusraportissa tapahtumat esitetään usein ajallisesti etenevänä sarjana, voi lukija seurata tapahtumien syy-seurausketjua. Toimintatutkimukselle voidaan kirjoittaa sulkeutuva loppu, tai se voidaan ”päättää ilman loppua”. Kielokodissa toiminta jatkuu edelleen kehittämissuunnitelman toteutuksella. Toteutusta voidaan arvioida edelleen uusilla asiakaskyselyillä ja häiriöpäiväkirjoilla ja niiden perusteella tehdä uusi kehittämissuunnitelma. Hoitotyön luonne on alati uudistuvaa ja kehittyvää. Tästä johtuen ”valmiiksi” ei tulla koskaan, vaan kehittämistyö on alati jatkuvaa.

Reflektiivisyys. Reflektiivinen tutkija tiedostaa oman tietämisensä mahdollisuuksia, ehtoja ja rajoituksia samalla kun hän pohtii todellisuutta koskevia esioletuksiaan. Subjektiivinen adekvaattisuus on tutkijan kyky ymmärtää tutkimuskohdetta aikaisemman elämäkokemuksensa avulla. Reflektiivisyys on toimintatutkimuksen syklin peruskäsite. Koska uuden kehittäminen perustuu aikaisemman toiminnan reflektointiin, käynnistää se seuraavan tutkimussyklin ja jota. Tämä kuvaa Kielokodin kehittämistyötä hyvin. Tämän hetkinen kartoitus luo pohjan kehittämissuunnitelmalle joka laitetaan käytäntöön ja jota edelleen arvioidaan uusilla kartoituksilla.

Dialektisuus. Dialektisuus tarkoittaa totuuden rakentamista teesien ja antiteesien tuloksena. Synteesi on näiden lopputulos ja sisältää sekä teesien että antiteesien näkökulman. Tutkijan ääni ei saa olla liian hallitseva, vaan hän antaa tilaa muiden äänille ja erilaisille tulkinnoille. Tässä tutkimuksessa ääni on annettu asiakkaille ja hoitajille (joihin myös tutkija kuuluu).

Toimivuus. Toimintatutkimusta arvioidaan sen käytännön vaikutusten, kuten hyödyn ja osallistujien voimaantumisen, kannalta. Toimintatutkimusta ei kannata arvioida suoraviivaisesti hyödyn näkökulmasta koska toimivuusperiaatteen mukaan hyviä tutkimuksia eivät ole vain ”onnistuneet” tutkimukset. Onnistunut tutkimus saa osallistujassa aikaan voimaantumisen tunteen. Osallistuja uskoo silloin omiin kykyihinsä ja taitoihinsa ja saa hänet näin parantamaan omia elinolojaan sekä luottamaan omaan järkeensä ja itsemääräämisoikeuteensa. Kun tutkimuksen lähtökohdat tulevat

henkilökunnalta ja kohdistuvat suoraan osallistujien omaan työhön, Kuten Kielokodissa, on toimivuus kohdallaan.

Havahduttavuus. Hyvä tutkimus havahduttaa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Koska kirjoittajan on kyettävä tekemään tutkimus eläväksi ja todentuntuiseksi, vaaditaan häneltä enemmän kaunokirjallisuuden taitoja kuin mihin tutkimuksessa on totuttu. Tässä työssä ei tutkijan kaunokirjallisuuden taidot valitettavasti ole erityisen hyvät.

Koska osalla asiakkaista on muistiongelmia (sairastavat dementian eri tyyppisiä ja vaiheita), mietimme jaamme kyselylomakkeet kaikille asiakkaille. Ongelmana oli miten määrittelimme, kelle kyselyn voi jakaa ja millä perusteella. Koska muistiongelman asteen määrittämisen olisi vaatinut mittaustuloksia (esim. MMSE) ja näiden tekeminen hoitajien resursseja, päädyimme jakamaan kyselyt kaikille asiakkaille ja heidän omaisilleen. Näin ollen kaavakkeen täyttämisen päätös jäi omaishoitajalle tai joissakin tapauksissa kotihoidon päätettäväksi. Kuinka paljon omaisen mielipide vaikutti kyselyn tuloksiin jää pohdittavaksi.

Osa henkilökunnasta piti häiriöpäiväkirjan täyttämistä työn ohessa vaikeana. Työn nopea tempo aiheutti sen, ettei häiriötä pystynyt kirjaamaan heti sen ilmennyttyä. Henkilökunta koki, etteivät he ehtineet kirjata kaikkia häiriöitä. Oletetaan, ettei tämä kuitenkaan heikennä tulosten arvoa. Ajatuksena on, että häiriöpäiväkirjan täyttäjät kirjasi mielestään oleellimmat häiriöt.

Vehviläinen-Julkunen (1997, 26–33) on käsitellyt hoitotieteen tutkimusetiikkaan liittyviä seikkoja. Hän on jäsentänyt eettiset kysymykset käsittelemällä tutkimuksen ongelmanasettelua, tutkijan ja tutkimusorganisaation suhdetta, tutkijan ja tutkittavan suhdetta sekä aineiston keruuta ja tulosten julkistamiseen liittyviä kysymyksiä. Heikkinen ja Syrjälä (2007, 158) ovat syventäneet toimivuusperiaatetta pohtimalla tutkimuksen käytännöllisiä seurauksia eettisestä näkökulmasta. Tutkimuksissa on poikkeuksetta eettisiä ongelmia ja tutkimusten laatua arvioidaan sen pohjalta miten niitä on käsitelty. Eettisesti toimiva tutkija miettii, miten tutkimus vaikuttaa tutkittaviin, tutkijoihin, tiedeyhteisöön, yhteiskuntaan sekä ihmiskuntaan. Hän arvioi myös onko tutkittavia mahdollista tunnistaa tekstistä tai onko tutkimuksesta heille haittaa. Myös se on eettistä pohdintaa kun tutkija etsii sellaisia raportoinnin ja kirjoittamisen tapoja, joilla saadaan tutkittavan ääni kuuluville. Eettisesti täydellistä tutkimusta ei ole, joten oleellista onkin, miten tutkijayhteisö tai tutkimuksen osallistajat ottavat esille ja käsittelevät eettisiä kysymyksiä.

8.2 Sisällönanalyysin luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan suhteessa tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Sisällönanalyysin haasteena on, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Olennaisin kysymys on luokittelun luotettavuus, jonka vuoksi analyysin kannattaa tehdä usea eri henkilö, jotta tuloksien samansuuntaisuutta voidaan arvioida. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36–37.)

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta useimmin käytettyjen termien validiteetti ja reliabiliteetti käyttöä laadullisessa tutkimuksessa on usein kritisoitu, koska ne ovat syntyneet määrällisten tutkimusten piirissä. Näiden termien hylkäämistä laadullisessa tutkimuksessa onkin ehdotettu. Tärkeintä on arvioida tutkimusta kokonaisuutena, jolloin sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi painottuu. Tutkijan tulee esittää yksityiskohtaisesti, miten tutkimus on toteutettu. Raportista täytyy löytyä ”vähintäänkin” seuraavat asiat: Miten aineistonkeruu on tapahtunut (menetelmä, tekniikka) ja aineiston keräämiseen liittyneet erityispiirteet. Perusteet tiedonantajien valintaan, miten heihin on otettu yhteyttä, montako henkilöä jne. Tutkija-tiedonantaja suhde, eli arvio siitä, miten suhde toimi, lukivatko he tutkimuksen tulokset ennen niiden julkaisua ja niin edelleen. Tiedot tutkimuksen kestosta ja aikataulutuksesta. Analyysimetodi ja miten tuloksiin ja johtopäätöksiin tultiin. Arvio tutkimuksen eettisyydestä ja luotettavuudesta. Tutkimuksen raportointi siitä, miten tutkija on koonnut ja analysoinut aineiston. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 133–138; vrt. Nieminen 1997, 215–220.) Nämä seikat toteutuvat tässä tutkimuksessa.

Sisällön analyysin eettiset kysymykset ovat samat kuin kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeitä eettisiä periaatteita ovat tiedonantajien vapaaehtoisuus ja tarvittaessa henkilöllisyyden suojaaminen sekä luottamuksellisuus. Tutkimus ei myöskään saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Vastuu on aina tutkimuksen johtajalla. Eettisenä kysymyksenä voidaan pohtia myös tutkijan roolia suhteessa tiedonantajiin. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 39. Tutkimuksen eettisessä pohdinnassa tulee selkiyttää kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Hyvä tieteellinen käytäntö eli uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevatkin käsi kädessä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 126–129.) Kielokodissa henkilökunta oli itse toivonut ongelmien selvittämistä ja asiakaskysely oli täysin vapaaehtoinen. Kyselyissä ja häiriöpäiväkirjoissa ei käsitelty lainkaan henkilötietoja, joten vaaraa luottamuksen rikkomiseen ei ollut. Tutkijana osallistuin itse myös tie-

don antoon täyttämällä häiriöpäiväkirjan. Asiakkaisiin suhteeni oli palveluntuottaja työntekijän tasolla, tämän näin enemmänkin positiivisena, kuin negatiivisena seikkana. Palvelun tuottajana intressit hyvään laadukkaaseen palveluun ovat samat kuin asiakkaalla.

8.3 Kehittämistyön prosessin arviointi

Kielokodin A-tiimin asiakaspohjan muutos pitkäaikaishoivahoidosta vuorohoitoon sattui samaan aikaan, kuin opiskeluni alku ylemmässä korkeakoulututkinnossa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyön aihetta ei juuri tarvinnut miettiä, se liittyisi vuorohoitoon ja muutokseen osastolla. Aihe selventyi osastolla työtovereiden kanssa käydyissä vapaissa keskusteluissa. Muutoksesta ilmoitettiin työntekijöille noin kuukausi ennen muutoksen toimeenpanoa. Suunnittelu ja muutos aloitettiin lähes yhtä aikaa suullisesti sopimalla. asiat sujuivat kohtalaisen hyvin, mutta mietimme, että kirjallisella suunnittelulla olisi välttytty joiltakin ongelmilta. Ongelmia esiintyi muun muassa asiakkaiden tulo- ja lähtötilanteissa, vuorohoitoasiakkaiden ajanvarausjärjestelmän suunnittelussa ja tiedottamisessa. Samat virheet tulivat eteen toistuvasti, eivätkä sovitut asiat välittyneet aina kaikkien tietoon. Oli myös yksilöllisiä mielipiteitä siitä, mitkä asiat olivat ongelmia. Näiltä osin haluttiin henkilökunnan käsitysten ja mielipiteiden selkiyttämistä. Vaikka vuorohoito oli Kielokodissa uusi asia, halusimme myös asiakkaiden ja heidän omaistensa arvion siihen asti toteutetusta hoidosta.

Kehittämishankkeen tavoitteet toteutuivat hyvin. Tutkimuksessa esiin tulleissa kehittämisen osalueissa ei ilmennyt suuria yllätyksiä. Jatkossa hoidon laatua voidaan tarkkailla uusilla asiakaskyselyillä. Asiakaskysely osoittautui toimivaksi. Kysymys ”Tuki omalle jaksamiselleni on” omaishoitajille, vaatii tarkennusta. Tässä muodossaan se on liian moniselitteinen. On myös mietittävä tarvitaanko asiakaskyselyssä joitain ”kriteerejä” siitä, ketkä sen voivat täyttää. Vuorohoitoasiakkaiden joukossa on paljon muistisairaita ja yhtenä oletuksena on, että omainen tai omaishoitaja vastaa silloin asiakkaan puolesta. Tässä yhteydessä tulos ei ole heikentynyt vaikka näin olisi käynytkin, koska tarkoituksena oli kartoittaa kehittämisen kohteita, ei varsinaisesti laatua. Kun laatua halutaan mitata nimenomaan asiakkaan näkökulmasta, on asiakkaan kyky vastata kysymyksiin määriteltävä tarkasti. Lisäksi on tarpeen tiedustella vuorohoidon vaikuttavuudesta asiakkaan toimintakykyyn. Tavoitteenahan on, ettei toimintakyky ainakaan alenisi vaan pikemminkin paranisi vuorohoitojakson aikana.

Tutkimusta edistivät siihen osallistuneiden suuri motivaatio. Kehittämistyön aihe sai alkunsa muutoksesta ja siitä esiin nousseista ongelmista. Ongelmat haluttiin selkeyttää ja kartoittaa ja niihin tehdä kirjallinen kehittämissuunnitelma. Suurimmaksi ongelmaksi nousi häiriöpäiväkirjojen täyttäminen, vaikka henkilökunta ymmärsi sen tarkoituksen ja oli myös motivoitunut sen täyttämään, koettiin aikaresurssi ongelmaksi. Jatkossa mieltäisin jotain muuta keinoa selvittää henkilökunnan näkökulmaa. syynä tähän ei ole se, että tulokset olisivat epäluotettavia, vaan henkilökunnan kokemus sen rasittavuudesta. Haastavin seikka koko tutkimuksessa oli juuri yhteisen ajan löytäminen koko tiimille. Hoitajien päivä on hyvin työntäyteinen ja kaikille tekemisille on tietty aika päivästä. Samoin vuorotyö aiheuttaa haasteita yhteisen ajan löytämiselle. Koska kehittämistyö oli osaa opiskeluani, käytin siihen runsaasti omaa aikaa. Työn ohessa tämän kehittämissuunnitelman tekeminen olisi ollut mahdottomuus. Opinnäytetyön tekeminen vei enemmän aikaa kuin olin oletta-
nut. Tästä johtuen joihinkin tutkimuksessa esiin tullessiin kehittämisen osa-alueisiin oli jo keksitty ratkaisu. Tällainen osa-alue oli esimerkiksi viriketoiminta ja ulkoilu. Osasto sai alkuaan työkokou-
luna osa-aikaisen aulaemännän ja kun hänen työpanoksensa todettiin erittäin toimivaksi, va-
kinaistettiin hänen toimensa. Aulaemännän työpanos on tuonut merkittävää parannusta Kieloko-
din asiakkaiden virkistystoimintaan ja ulkoilu mahdollisuuteen. Miten sitten kehittämistyöt tulee
jatkossa organisoida työyhteisöissä? Jos minulla on mahdollisuus toimia esimiehenä, on tämä
haaste johon toivoisin pystyväni vastaamaan.

Opinnäytetyön prosessin aikana opin, miten tärkeää on hallita tutkimustyön menetelmiä myös ke-
hittämistoiminnassa. Koen oppineen paljon uutta kehittämisen ja tutkimuksen alalla. Minussa on
herännyt avoin, utelias ja uutta vastaanottavaisempi mielenlaatu. Myös ymmärrys jatkuvasta
muutoksesta ja kehittämisestä osan jokapäiväistä työtä on kirkastunut. Se ei ole enää irrallinen
osa varsinaista hoitotyötä. Olen myös sitä mieltä, että jokaisessa työyksikössä täytyy olla ainakin
yksi työntekijä joka hallitsee tutkimus- ja kehittämistyön perusteet. Jos näin ei ole, pitää hankkei-
siin pyytää projektin vetäjä, joka tämän hallitsee.

8.4 Jatkotutkimushaasteet

Koska vuorohoitotoiminnassa omaishoitajia voidaan pitää yhtäläillä asiakkaina, (Muurinen ja Val-
vanne 2005, 65, 71) on tarpeen määritellä tarkemmin millaista tukea omalle jaksamiselleen he ha-
luavat. Tämän tutkimuksen perusteella pelkästään vuorohoitojaksot eivät ole se mitä omaiset tar-
vitsevat. Mitä se on, vaatii edelleen tutkimista.

Tutkijana minut yllätti, että henkilökunta puhelimeen vastaamisen, asiakkaan voinnin muuttumisen ja hoitajakutsun soimisen toiminnan häiriöksi, ongelmaksi, mahdottomaksi tilanteeksi tai tilanteeksi, joka asettaa työssä jaksamisen koetukselle. Miksi hoitajat kokevat nämä, mielestäni hoitajan työhön oleellisesti kuuluvat hoitotyön toiminnot, siihen kuuluvina häiriöinä? Mitä jää jäljelle jos nämä toiminnot poistetaan? Olisi todella mielenkiintoista tutkia hoitajien mielipiteitä ja asenteita työhönsä kuuluvista tehtävistä ja siitä mikä heidän mielestään on ideaali tilanne hoitotyössä.

LÄHTEET

Aaltola, J & Syrjälä, L. 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. 11–24. Teoksessa H. L. T. Heikkinen & R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY.

Ahoranta, P., Paasonen, J. & Sulanen, J. 2009. Muistisairaahan kuntoutumista kannustava lyhytaikaishoito. Muistiliiton julkaisusarja 3/2009.

Antila, T., Hyötynen, M., Hägg, T. & Aholola, P. 2007. Lyhytaikaishoito palvelukeskus Tuuskodossa Tuusulassa. 45. Teoksessa H. Lehtoranta, M-L. Luoma & S. Muurinen (toim.) 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Loppuraportteja 19/2007. Hakupäivä 13.11.2010.

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R19-2007-VERKKO.pdf>

Aspvik, U. 2003. Psykkisesti vajaakuntoisten avotyötoiminta. Toiminnan kehittämisprosessi ja merkitys osallistujien elämänlaadulle. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D 750.

Audioriders. (vuosiluku ei tiedossa). Sävelsirkku. Hakupäivä 15.2.2011.

http://www.audioriders.fi/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=29

Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Ympäri vuorokautinen lyhytaikaishoito osa kotona asumisen tukemisesta. 76–79. Teoksessa S. Sormunen & P. Topo (toim.) Laadukkaat dementia palvelut. Opas kunnille. Kirjoittajat ja Stakes. 2008.

Eloniemi-Sulkava, U., Sormunen, S. & Topo, P. 2008. Dementia on erityiskysymys. 9-14. Teoksessa S. Sormunen & P. Topo (toim.) Laadukkaat dementia palvelut. Opas kunnille. Kirjoittajat ja Stakes. 2008.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2.p. Tampere: Vastapaino.

Hartikainen, A. 1995. Vanhuuden päivät kotona ja vanhainkodissa. Vuorohoito vanhusten ja omaishoitajien arvioimana. Vanhustyön keskusliiton raportti nro 2 / 1995. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja – talouden laitos. Lisensiaattityö.

Heikkilä, R. 2008. Vanhusten hoidon laatu kunnallisissa palvelukeskuksissa ja yhdessä yksityisessä vanhusten hoitolaitoksessa. Hoitohenkilökunnan näkökulma. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Pro gradu – tutkielma.

Heikkinen, H. L. T. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. 16–38. Teoksessa H. L. T. Heikkinen & E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tark. p. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Heikkinen, H.L.T. & Kontinen, T. & Häkkinen, P. 2007. Toiminnan tutkimisen suuntaukset. 39–76. Teoksessa H. L. T. Heikkinen & E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tark. p. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Heikkinen, H. L. T. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? 25–62. Teoksessa H. L. T. Heikkinen & R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY.

Heikkinen, H. L. T. & Syrjälä, L. 2007. Tutkimuksen arviointi. 144–162. Teoksessa H. L. T. Heikkinen & E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tark. p. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Heimonen, S., Juva, K., Lundgren, J. & Voutilainen, P. 2001. Kuntouttava lyhytaikaishoito demen-toituneiden toimintakyvyn tukena. Loppuraportti. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja B:18. Miina Sillanpään Säätiö. Helsinki.

Hirvasniemi, R. 2009. Dementoituvan ihmisen lyhytaikaishoito ja sen merkitys omaishoitajan kotona selviytymiseen. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos, hoitotiede. Pro gradu – tutkielma.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkija kentällä. 94–113. Teoksessa H. L. T. Heikkinen & E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 2. tark. p. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Huttunen, R. & Kakkori, L. & Heikkinen, H. L. T. 1999. 111–136. Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa H. L. T. Heikkinen & R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY.

Inkinen, M. 1998. Fysioterapian mahdollisuudet dementoituvien hoidossa. 49–64. Teoksessa S. Heimonen & P. Voutilainen (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kaarnasaari, A. 2002. Kehittämisen kehittyminen – esimerkkinä Espoon kaupungin sairaala- ja laitospalvelut kaupungin sosiaali- ja terveystoimen osana. 29–36. Teoksessa G. Molander & L. Multanen (toim.) Muutoskaipuusta tulevaisuuden luomiseen. Tavoitteena onnistunut vanhustyö. Helsinki: Työterveyslaitos.

Kiviniemi, K. 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä projektina. 63–84. Teoksessa H. L. T. Heikkinen & R. Huttunen & P. Moilanen (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY.

Kirjonen, J. 2006. Kehittäminen asiantuntijatyönä. 117–134. Teoksessa R. Seppänen-Järvelä & V. Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Juva: WSOY. 119.

Kumpulainen, A. 2008. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystoimen ja kustannusten vertailu 2007. Vanhuspalvelun Kuusikko-työryhmä, 14.9.08. Hakupäivä 10.3.2010.
http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_FILES/VHT2007.pdf

Kuula, A. 1999. Toimintatutkimus. Kenttätyötä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Vastapaino.

Kuusela P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Toimintatutkimus, työorganisaatiot ja realismi. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 2005/2. Helsinki.

Laki omaishoidon tuesta 2005. Hakupäivä 13.11.2010.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2005/20050937>

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. 21–43. Teoksessa S. Janhonen & M. Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2. uudistettu p. Helsinki: WSOY.

Lauri, S. 1997. Toimintatutkimus. 115–125. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Lehtoranta, H. 2007. Asiakastytyväisyyden mittaaminen. Teoksessa H. Lehtoranta, M-L. Luoma & S. Muurinen (toim.) 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Loppuraportteja 19/2007. Hakupäivä 13.11.2010. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R19-2007-VERKKO.pdf>

Lehtoranta, H., Luoma, M-L. & Muurinen, S. (toim.) 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Hakupäivä 13.11.2010. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R19-2007-VERKKO.pdf>

Leino-Kilpi, H. 1990. Good nursing care. On what basis? Turku: Department of Nursing University of Turku.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Arndt, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P.A., Banssemir, G., Cabrera, E., Papaevangelou, H. & Mc Parland, J. 2000. Patient's Autonomy, Privacy and Informed Consent. Amsterdam, Berlin, Oxford, Tokyo, Washington DC; Biomedical and Health Research.

Lepola, I. 1997. Kolme vuotta muutoksessa mukana. Toimintatutkimus psykiatrisessa vastaanottoyksikössä. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D 436.

Luoma, M-L. 2007. Ikääntyvien laitoshoidon asiakkaat. 11–12. Teoksessa H. Lehtoranta, M-L. Luoma & S. Muurinen (toim.) 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Loppuraportteja 19/2007. Hakupäivä 13.11.2010. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R19-2007-VERKKO.pdf>

Muurinen, S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Tampere: Acta Universitatis Tampereensis 936.

Muurinen, S., Valvanne, J., Sahi, I., Peiponen, A., Tolkki, P. & Soveri, M. 2004. Vanhusten lyhytaikashoidon (LAH) nykytila ja kehittämisuositukset. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. selvityksiä 2004:9. 14–16. Hakupäivä 17.2.2011.

http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/31296e804a176e1e948bfc3d8d1d4668/lah_raportti.pdf?MOD=AJPERES

Muurinen, S. & Valvanne, J. 2005. Vanhusten lyhytaikainen laitoshoido. Gerontologia 2/2005, 65, 71.

Mäki, O. 1998. Muistelu – kuntouttavaa hoitotyötä parhaimmillaan. 103–122. Teoksessa S. Heimonen & P. Voutilainen (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Mäkinen, B. 2002. läkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa. Turku: Turun yliopisto, Väitös.

Nevala, S. 2006. Tällaista se on hoitotyön todellisuus. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry. Selvitys vanhustyössä toimivien lähi- ja perushoitajien työstä ja työhyvinvoinnista. 21–23. Hakupäivä 17.2.2011.

http://www.superliitto.fi/datafiles/userfiles/File/selvitykset/Vanhustyon_selvitys_Soili_Nevala.pdf

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Nummi, V. 2010. Hoitotyö voi olla taiteista kauneimpia. Sairaanhoitaja 5, 10–14.

Oulun kaupunki. Hakupäivä 21.4.2008. www.ouka.fi/sote/ikaantyminen/laitoshoido.htm.

Oulun kaupunki 2009. Vanhusten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden omaishoidon tuki 1.1.2009 alkaen. Hakupäivä 9.3.2010

http://www.ouka.fi/Sote/ikaantyminen/pdf-tiedostot/tiedote_omaishoidontuki.pdf

Oulun kaupunki 03/2010. Hakupäivä 9.3.2010.

<http://www.ouka.fi/Sote/ikaantyminen/vuorohoido.htm>

Oulun kaupunki 04/2010. Hakupäivä 3.5.2010.

<http://www.ouka.fi/Sote/ikaantuminen/omaishoito.htm>

Pihlaja, R. 2008. Omaisten näkemyksiä osallistumisestaan ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos, hoitotiede. Pro gradu – tutkielma.

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. 1994. Hoitotyön perusteet. Sandborg, E. (suom.) 2.-4. painos. Helsinki: Kirjayhtymä.

Salanko-Vuorela, M. 2009. Hallitusten neuvottelupäivät. Kokkola 27.–28.8.2009. Hakupäivä 10.3.2010. http://www.omaishoitajat.com/files/msv_kokkolan_neuvottelupaivat.pdf

Salin, S. & Åsted-Kurki, P. 2005. Omaishoitajien kokemuksia vanhusten lyhytaikaisesta laitoshoidosta. Gerontologia 3, 130–142.

Seppänen-Järvelä, R. 1999. Luottamus prosessiin. Kehittämistyön luonne sosiaali- ja terveysalalla. Helsingin yliopisto. STAKES tutkimuksia 104.

Seppänen-Järvelä, R. 2006. Suunnittelurationalismista hyviin käytäntöihin. – Kehittämisen menetelmien ja ajattelutapojen muodonmuutos. 17–34. Teoksessa R. Seppänen-Järvelä & V. Karjalainen (toim.) Kehittämistyön risteyskiä. Juva: WSOY.

Serviisi. 2010. Hakupäivä 18.2.2010.

<http://www.ouka.fi/serviisi/esittely.html>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2003. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihteluista 1994–2001. Hakupäivä 10.3.2010.

http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/omaishoito/osa3_2.htm

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Hakupäivä 9.3.2010. www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089#fi

Syrjäläinen, E. 1994. Kouluetnografian toteuttaminen. 79–104. Teoksessa L. Syrjälä & S. Ahonen & E. Syrjäläinen & S. Saari. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: Kirjayhtymä Oy. 90.

Syvänen. 2003. työn paineet ja puuttumattomuuden kustannukset. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 942.

Syvänen, S., Erätuli, P., Kokkonen, A., Nederström, R. & Strömberg, S. 2008. Hyvinvoinnin ja tu-
loksellisuuden tekijät. Yhteistoiminnallisen kehittämisen ideat ja aatteet. Helsinki: Työelämän ke-
hittämisohjelman (Tykes) Raportteja 61.

Taipale, M. 1998. Musiikki dementoituvan ihmisen hoidon välineenä. 71–78. Teoksessa S. Hei-
monen & P. Voutilainen (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayh-
tymä Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009. Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen
vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Hakupäivä 9.3.2010.

www.vnk.fi/julkaisukansio/2009/j01-ikaantymisraportti-j04-ageing/pdf/fi.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Helsinki: Edita
Publishing Oy.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa M. Paunonen &
K. Vehviläinen-Julkunen. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Veijola, A. 2004. Matkalla moniammatilliseen perhetyöhön. Lasten kuntoutuksen kehittäminen
toimintatutkimuksen avulla. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D 794.

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

Vuokila-Oikkonen, P. (toim.) 2007. Dementoituneen ihmisen arvokas elämä. Toimintamalli. Jul-
kaisu. (Ei julkaisupaikkaa eikä julkaisijaa).

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Helsinki: Stakes tutkimuksia 142.

Voutilainen, P., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Vård på institution. 100–110. Teoksessa P. Voutilainen, M. Vaarama, K. Backman, L. Paasivaara, U. Eloniemi-Sulkava & H. Finne-Soveri (toim.) God vård och omsorg för äldre. Handbok i kvalitet. Helsinki: Stakes.

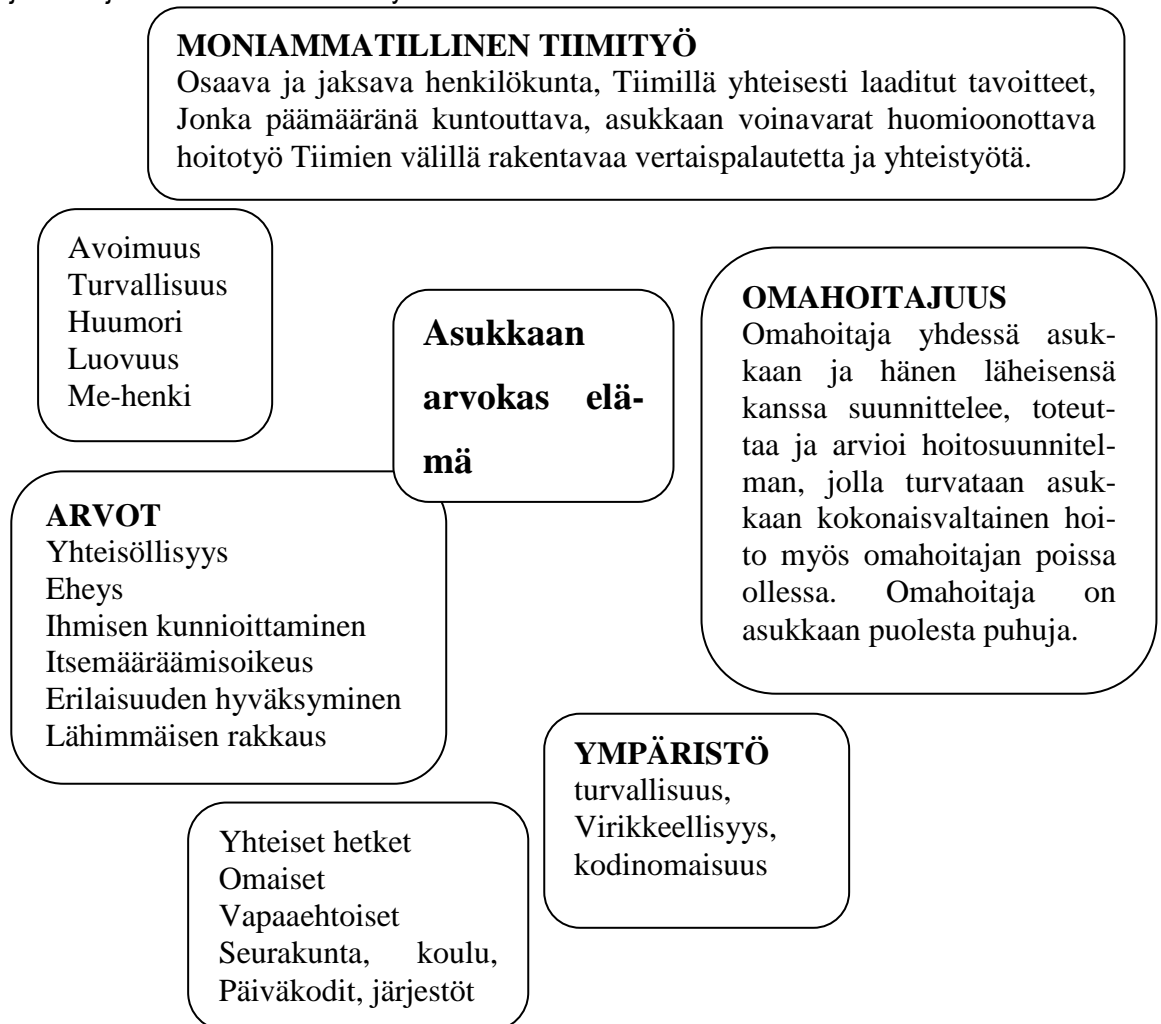
Vörlin, P. 2007. Musiikki – elämän eliksiiri. Tutkimus musiikin käytöstä dementoituneiden vanhus-ten toimintakyvyn tukemisessa päivätoimintayksikössä. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Dementoituneen arvokas elämä hoivakodissa
-dementoituneen ihmisen hoitamisen toimintamalli

T. Airaksinen, L. Ervasti, A. Juutinen, R. Jämsä, R. Kalaja, P. Karppinen, R. Kauppi, I. Korkeaniemi, O. Kärenlampi, H. Marjeta, M-L. Moilanen, A. Määttä, S. Nyman, M. Ohukainen, V. Paananen, H. Pohjola, M. Rontti, P. Tihinen, M. Vallirinne, R. Äijälä, S. Perttula & P. Vuokila-Oikkonen

Projektin tavoitteena on kehittää yhteisöllisyyteen perustuvaa kuntouttavaa toimintatapaa, dementiatyön asiantuntijuutta, yhteistyötä omaisten kanssa ja valmiuksia dementoituneen kohtaamiseen.

Tuloksena syntyi alustava malli dementoituneen ihmisen hoitamiseen. Lisäksi kehitettiin omahoitajamallia ja moniammatillista tiimityötä.



Jatkohaasteena:

- On edelleen kehittää mallina osa-alueita tulevissa koulutuksissa
- Tämän projektin aikana mallissa mainitut arvot on määritelty käytännön työn näkökulmasta, on kehitetty vertaispalautetta ja omaiset ovat yhteistyökumppaneita hoidossa

Yhteystiedot: Oulun kaupunginsairaala- ja laitoshoidot. Hirosenkoti: Ruskatupa ja Iltarusko, Intiön hoivakoti: Venla, Vernerin ja Viola, Kaupunginsairaala A1, sekä Tuirankartano: Väinöläkoti, Ainolakoti ja Kielokoti

Oulun Diakoniaopisto

Tykes

Diak

LIITE 2



Oulun kaupunki
 Sosiaali- ja terveystoimi
 Merikosken hoivat
 Palvelupäällikkö


Päätös

Päivämäärä
 3.7.2008

257 §

Dnro
 : 0 //2000

PÄÄTÖKSEN TIEDOT ERILLISELLÄ LOMAKKEELLA

ASIANOSAINEN/ ASIA	Merja Korkiakoski/opinnäytetyön lupapyyntö yhteistyötaholle
PÄÄTÖS	Palvelupäällikkö vahvistaa opinnäytetyön luvan Merja Korkiakoskelle. Opinnäytetyön aihe on vuorohoidon laadun kehittäminen tiimityöskentelyssä. Kyseessä on ylempi AMK-tutkinto.
OIKAISUVAATIMUS- VIRANOMAINEN	
ILMOITUS OTTO- OIKEUTETULLE VIRANOMAISELLE	
PÄÄTÖKSEN TEKIJÄ	 Toini Kärenlampi

HÄIRIÖPÄIVÄKIRJA :

Kirjaa alla olevaan taulukkoon yhdessä sopimanne työjakson aikana kohtaamiasi tilanteita, jotka luokittelet mielestäsi toiminnan häiriöksi, ongelmaksi, mahdottomaksi tilanteeksi tai tilanteeksi, joka asettaa työssä jaksamisesi koetukselle.

Pidä päiväkirjaa mahdollisimman tarkasti.

Seurantajaksopäivä;

Palauta lomake Merja Korkiakoskelle heti seurantajakson jälkeen.

klo	tilanne/työ/työvaihe	mikä ongelma, häiriö, lähetäpiti-tilanne seurasi, mikä tahansa toiminnan sujumisen este/hidaste tai kehittämisen paikka	mitä seurasi, esim. aikaviive, ongelmat prosessin seuraavassa vaiheessa	ideat miten häiriö/ongelma olisi vältettävissä

--	--	--	--	--

ASIAKASKYSELY OMAISHOITAJALLE/OMAISELLE

Käynnistimme Kielokodin A-tiimin muutoksen vuorohoitotiimiksi vuosi sitten. Tällä kyselyllä haluamme selvittää mitä asioita on vielä kehitettävä laadukkaan vuorohoidon saavuttamiseksi. Kyselyiden tuloksia käytetään myös osana sairaanhoitaja Merja Korkiakosken Oulun seudun ammattikorkeakoululle tehtävässä opinnäytetyössä, ”Vuorohoidon laadun kehittäminen tiimityöskentelyssä”. Hän opiskelee siellä ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kehittämisen- ja johtamisen koulutusohjelmassa.

Olkaa rohkeasti rehellisiä. Kaikki tiedot käsitellään täysin nimettöminä ja ovat osa kokonaisuutta, joten sieltä ei voi nostaa esille ketään henkilöinä.

Kyselykaavake jaetaan sekä asiakkaille että heidän omaishoitajilleen/omaisilleen.

Lomakkeen loppuun voitte kirjoittaa mitä tahansa aiheeseen liittyvää esim. ehdotuksia, ajatuksia, tuntemuksia, mikä suututtaa tai mikä tuo hyvän mielen

Kyselyn voi palauttaa hoitajaksoilla osaston palautelaatikkoon joka on lukittu ja tyhjennetään kerran viikossa. Omaishoitajille jotka eivät pääse käymään osastolla laitamme palautuskirjekuoren (postimaksu on jo maksettu) jolla voi palauttaa kyselyn nimettömänä. Pyydetessä annamme palautuskuoren myös muille.

Vaivannäöstä kiittäen *Kielokodin henkilökunta*

ASIAKASKYSELY VUOROHOITOASIAKKAAN OMAISHOITAJALLE/OMAISELLE

Rastittakaa se vaihtoehto, millaiseksi arvioitte toiminnan Kielokodissa.

Aihe / asia	Kiitettävää	Hyvää	Tyydyttävää	Huonoa
1. Vuorohoitoaikojen saatavuus on				
2. Vuorohoitoaikojen muutosten joustavuus on				
3. Tulotilanteen onnistuminen on				
4. Ravinnon laatu on				
5. Ravinnon riittävyys on				
6. Tilojen asianmukaisuus on				
7. Tilojen viihtyvyys on				
8. Tilojen siisteys on				
9. Asiakkaiden vaatetus on				
10. Asiakkaiden puhtaudesta huolehtiminen on				
11. Asiakkaiden puhtauden toteutuksen riittävyys on				
12. Lääkehoidon toteutus on				
Aihe / asia	Kiitettävää	Hyvää	Tyydyttävää	Huonoa
13. Liikunnan riittävyys on				
14. Viriketoiminnan (esim. ulkoilu) laatu on				
15. Viriketoiminnan riittävyys on				
16. Henkilökunnan käyttäytyminen on				
17. Asiakkaiden kohtelu on				

18. Yhteistyön sujuvuus henkilökunnan kanssa on				
19. Henkilökunnan saatavuus on				
20. Kielokodin toiminnasta tiedottaminen on				
21. Tuki omalle jaksamiselleni on				
22. Kotiutustilanteen onnistuminen on				

Tarkennuksia, ehdotuksia, ajatuksia, tuntemuksia...

ASIAKASKYSELY VUOROHOITOASIAKKAALLE

Käynnistimme Kielokodin A-tiimin muutoksen vuorohoitotiimiksi vuosi sitten. Tällä kyselyllä haluamme selvittää mitä asioita on vielä kehitettävä laadukkaan vuorohoidon saavuttamiseksi. Kyselyiden tuloksia käytetään myös osana sairaanhoitaja Merja Korkiakosken Oulun seudun ammattikorkeakoululle tehtävässä opinnäytetyössä, ”Vuorohoidon laadun kehittäminen tiimityöskentelyssä”. Hän opiskelee siellä ylempää ammattikorkeakoulututkintoa kehittämisen- ja johtamisen koulutusohjelmassa.

Olkaa rohkeasti rehellisiä. Kaikki tiedot käsitellään täysin nimettöminä ja ovat osa kokonaisuutta, joten sieltä ei voi nostaa esille ketään henkilöinä.

Kyselykaavake jaetaan sekä asiakkaille että heidän omaishoitajilleen/omaisilleen.

Lomakkeen loppuun voitte kirjoittaa mitä tahansa aiheeseen liittyvää esim. ehdotuksia, ajatuksia, tuntemuksia, mikä suututtaa tai mikä tuo hyvän mielen

Kyselyn voi palauttaa hoitajaksilla osaston palautelaatikkoon joka on lukittu ja tyhjennetään kerran viikossa. Omaishoitajille jotka eivät pääse käymään osastolla laitamme palautuskirjekuoren (postimaksu on jo maksettu) jolla voi palauttaa kyselyn nimettömänä. Pyydettyessä annamme palautskuoren myös muille.

Vaivannäöstä kiittäen *Kielokodin henkilökunta*

ASIAKASKYSELY VUOROHOITOASIAKKAALLE

Rastittakaa se vaihtoehto, millaiseksi arvioitte toiminnan Kielokodissa.

Aihe / asia	Kiitettävää	Hyvää	Tyydyttävää	Huonoa
1. Tulotilanteen onnistuminen on				
2. Ravinnon laatu on				
3. Ravinnon riittävyys on				
4. Tilojen asianmukaisuus on				
5. Tilojen viihtyvyys on				
6. Tilojen siisteys on				
7. Osastolla käyttämäni vaatetus on				
8. Puhtaudestani huolehtiminen on				
9. Puhtauteni toteutuksen riittävyys on				
10. Lääkehoidon toteutus				
11. Liikunnan riittävyys on				
12. Viriketoiminnan (esim. ulkoilu) laatu on				
13. Viriketoiminnan riittävyys on				
Aihe / asia	Kiitettävää	Hyvää	Tyydyttävää	Huonoa
14. Henkilökunnan käyttäytyminen on				
15. Asiakkaiden kohtelu on				
16. Yhteistyön sujuvuus henkilökunnan kanssa on				
17. Henkilökunnan saatavuus on				
18. Kielokodin toiminnasta tiedottaminen on				
19. Kotiutustilanteen onnistuminen on				

Tarkennuksia, ehdotuksia, ajatuksia, tuntemuksia...

Taulukko 1. Asiakkaiden ja omaisten kommenttien analysointi

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> • ulkoilu olisi tärkeä • ulkoilun päivittäinen järjestäminen olisi tärkeää • olisi hienoa, jos joku ulkoiluttaisi asiakasta edes kerran viikossa • asiakkaita voisi käyttää joskus myös ulkona • osaston ulkoiluttajia tarvitsisi olla useampi • ulkopuolinen ulkoiluttaja 	<p>Ulkoilun tärkeys</p> <p>Ulkoiluttajan tarve</p>	Ulkoilu
<ul style="list-style-type: none"> • toivottavaa on asiakkaitten aktivointi, jotta sängyssä makaaminen vähenisi • tarvitaan enemmän liikuntaa, ulkoilua, juttelua ja virikkeitä • yhteiset laulutuokiot/askartelua • asiakkaat kaipaavat enemmän virike-toimintaa (laulua + askartelua) 	<p>Aktivointi</p> <p>Virikkeet</p> <p>Toiminta</p>	Viriketoiminta
<ul style="list-style-type: none"> • tietoa esim. liikunnan määrästä, virike-toiminnasta yms. ei ole riittävästi • vuorohoidossa oleva omaiseni ei osaa dementikkona kertoa mitään osaston tapahtumista 	<p>Tieto ei saa riittävästi</p> <p>Tiedon tuottamisen ongelma</p>	Tiedottaminen
<ul style="list-style-type: none"> • toivotaan, että omat vaatteet tulevat aina takaisin • asiakkaitten vaatetukseen kiinnitettäisiin enemmän huomiota 	<p>Asiakkaan omien vaatteiden säilytys ja pesu</p> <p>Kielokodissa käytettävät osaston vaatteet</p>	Asiakkaiden vaatetus
<ul style="list-style-type: none"> • Tyytymättömin olen omaisena asukkaiden huoneitten kalseuteen ja laitospesuuuteen sekä ahtauteen 	<p>Huoneiden ahtaus</p> <p>Huoneiden kalseus</p> <p>Huoneiden laitospesuuus</p>	Tilojen viihtyvyys
<ul style="list-style-type: none"> • suihkutus kertoja lisättävä • pesukertoja täytyisi saada lisää • sauna 	<p>Peseytyminen</p> <p>Saunominen</p>	Asiakkaiden hygieniasta huolehtiminen

<ul style="list-style-type: none"> • lääkärintarkastukset takaisin vuoro- hoitoasiakkaille • toivoisin, että hoitajaksolla saisi tarvit- taessa myös lääkäripalveluja, • reseptien uusiminen Kielokodin aika- na 	<p>Lääkärintarkastukset</p> <p>Reseptien uusiminen</p>	<p>Lääkäripalvelut</p>
<ul style="list-style-type: none"> • raportin aikana ei löydy henkilöä vas- taanottajaksi • tulotilanteessa ei hoitajia vaikka aika annetaan. Sama juttu myös kotiin läh- dössä • hoitajilla ei ole aikaa asiakkaille muu- ta kuin aivan välttämätön hoito • liian vähän hoitajia • enempi aikaa keskusteluun henkilö- kunnan kanssa 	<p>Hoitajien saatavuus</p> <p>Hoitajien antaman ajan vähyyys</p>	<p>Henkilökunnan tavoitet- tavuus ja riittävyys</p>

Taulukko 2. Työn luonteeseen kuuluvat häiriöt

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaan pesutilanne, puhelin soi • asiakkaan wc-käynti, vaatteiden vaihto, vaatteiden haun yhteydessä puhelin soi 	Puhelimesta johtuva keskeytys/viivästyminen	Työn luonteeseen kuuluvat häiriöt/viiveet
<ul style="list-style-type: none"> • ruokailu tilanne, omaisella asiaa • asiakkaan vienti vuoteeseen, ovikello soi, vieraita menossa toiselle osastolle 	Omaisista johtuva keskeytys/viive	
<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaan pesutilanne, toinen hoitaja tarvitsee apua akuutisti • päänsärky hoitajalla. 	Työtoverin auttamisesta johtuva keskeytys/viive	
<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaan kanssa WC:ssä, toinen asiakas soittaa kelloa • vaatteiden etsinnän yht. tulee uusi asiakas, vaatteiden haku keskeytyy • asiakkaalle yöpalaa, toinen asiakas haluaa yölääkettä, kolmas asiakas kävelee perässä • dosettia tarkistamassa, asiakas soitti kelloa • kirjaamassa, asiakas soitti kelloa 	Toisesta asiakkaasta johtuva keskeytys/viive	
<ul style="list-style-type: none"> • VS mittaus, asiakas juonut mehua • aamupalan vienti asiakkaalle, asiakas haluaa pesut ennen ateriala • aamiaisen aika, asiakas sängyssä poikittain, jalat laidan yli, pää toista laitaa vasten • asiakas pudonnut pyörätuolista • aamupesut WC:ssä asiakas ei pääse siirtymään pyörätuoliin 	Asiakkaan voinnista johtuva työn viive/häiriö	

Taulukko 3. Työn luonteeseen kuulumattomat häiriöt/viiveet

Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria
<ul style="list-style-type: none"> asiakkaan kävelytystä omaisen kanssa, raportti aika 25min raportilla neljä hoitajaa, osastolla ei ole ketään (hoitajaa) 	Raportointi	Työn luonteeseen kuulumaton häiriö/viive
<ul style="list-style-type: none"> paikkakartta jossa asiakkaitten hoito. + ym. henkilökohtaisia tietoja, pöydällä 	Tietoturva	
<ul style="list-style-type: none"> kyydin tilaus asiakkaalle klo 14. Taksi ei tule 	Kuljetus	
<ul style="list-style-type: none"> työntekijät eivät tiedä minne tiimiin kuuluvat, informaatio katkos työn organisoinnissa uuden asiakkaan vastaanotto kesti kauan, raportilta myöhästyminen” ylitöiksi meni kirjaaminen 	Työn organisointi	
<ul style="list-style-type: none"> asiakkaiden sänkyjen vaihto, koska ei nousutukea asiakkaalla ei partakonetta mukana nousutuki puuttui sopiva vaippa puuttui vaatteita puuttuu kaapista saksia ei löytynyt stoma-pussia varten pumpulipuikot huoneesta loppu 	Hoito/työvälineiden puuttuminen	