



Tuija Sendenali

Ikääntyneen ihmisen yksinäisyys ja korttelikerhotoiminta kotihoidossa

Ikääntyneen ihmisen yksinäisyys ja korttelikerhotoiminta kotihoidossa

Tuija Sendenali
Opinnäytetyö
Kevät 2011
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan
kehittäminen ja johtaminen
Oulun seudun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittäminen ja johtamisen koulutusohjelma

Tekijä: Sendenali Tuija

Opinnäytetyön nimi: Ikääntyneen ihmisen yksinäisyys ja korttelikerhotoiminta kotihoidossa.

Työnohjaajat: Yliopettaja, TtT Lea Rissanen ja TtT Kati Utriainen

Työn valmistumislukuvuosi ja – vuosi: Kevät 2011

Sivumäärä: 58 + (11) liitesivua

Tämä työ on osa aluekehitystyötä, jossa tarkastellaan väestön ikääntymiseen liittyvää hoitopalvelua ja sen laatua. Työ on osa alueellisen Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtamishanketta, joka on suunnattu ikääntyvien kotihoitoon.

Työn tavoitteena on parantaa kotihoidon laatua. Työssä on haettu vastausta siihen, mikä merkitys ryhmäinterventioon osallistumisella on kotihoidon asiakkaan kokemaan yksinäisyyteen ja miten se ilmenee RAI- laatu järjestelmän muuttujissa. Työ on toimintatutkimus, jossa toteutettiin puolen vuoden mittainen ryhmäinterventio korttelikerhotoimintana Oulun keskustan alueen kotihoidossa. Asiakkaat kokoontuivat viikoittain asuinpaikkansa lähellä olevaan korttelikerhoon, jonka ohjelma suunniteltiin tukemaan osallistujien psykososiaalista ja fyysistä toimintakykyä.

Työssä on käytetty kahta eri arviointimenetelmää; RAI-laatu järjestelmää ja SWOT-analyysiä. Korttelikerhotoiminnan alussa (n=25) ja lopussa (n=25) osallistujilta on kerrottu RAI-arviointimittarin laatualueesta kognitio, muuttujina sosiaalinen toiminta, eristyminen ja yksinäisyys. Tuloksia on verrattu keskenään. Toisena arviointimenetelmänä on käytetty SWOT- analyysiä, jonka avulla arvioitiin korttelikerhon merkitystä asiakkaille (n=11) ja työntekijöille (n= 6) ryhmäinterventio päättyttyä.

Tulosten mukaan korttelikerhoon osallistuvista lähes viidesosa koki yksinäisyyttä. Kognition, eli muun muassa muistin, heikentyessä yksinäisyyden tunne lisääntyy. RAI-laatu järjestelmällä toteutetun arvioinnin mukaan yksinäisyyden kokemukseen ei korttelikerhotoiminnalla ollut merkitystä. Toisaalta SWOT-analyysin mukaan kerho on kuitenkin koettu merkityksellisenä sosiaalisten suhteiden tuottajana ja fyysisten aktiviteettien mahdollistajana kotihoidon asiakkaille.

Kehittämistoiminnan tuloksena tehtiin suosituksia puuttua ikääntyneen ihmisen yksinäisyyteen, jotta kotihoidon asiakkaan kokema yksinäisyys vähenisi. Kotihoidossa olevan ikääntyneen ihmisen yksinäisyyden vähenemiseksi suositellaan keskustelua yksinäisyydestä sekä psykososiaalisen toiminnan suunnittelua ja toteutusta yhdessä asiakkaan kanssa. Lisäksi on tärkeää asiakkaan avustaminen toisten seuraan ja yhteistyö omaisten, seurakunnan ja järjestöjen kanssa.

Asiasanat: Yksinäisyys, Ikääntynyt, Ryhmäinterventio, Kotihoidon laatu, RAI-arviointi, Toimintatutkimus, SWOT-analyysi.

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences

Degree Programme in Development and Management of Health Care and Social Services

Author: Tuija Sendenali

Title of thesis: Loneliness of an Elderly Person and Senior Citizens Club Activities in Home Care.

Supervisors: Principal Lecturer, PhD (Health Sciences) Lea Rissanen and PhD (Health Sciences) Kati Utriainen

Term and year when the thesis was submitted: Spring 2011

Number of pages: 58 pages +11

This study is a part of a regional developmental project that examines the elderly care services and the quality of these services. The study is also a part of a regional project of the management of resources and quality of the elderly home care services.

The aim of the study was to improve the quality of homecare services for the elderly. The study examined how clients' participation in group activities affected their feelings of loneliness and how loneliness was shown in the values of RAI-HC (Resident Assessment Instrument Home Care) assessment system.

The study was an operational study that was put into practice in Korttelikerho, a senior citizens club, within the home care services in the city of Oulu during a six-month period. The clients got together once a week in their senior citizens club where the activities were planned to support the functional ability of their psychosocial and physical abilities.

I used two different assessment methods in the study: RAI- HC assessment system and the SWOT analysis. In the beginning (n=25) and in the end (n=25) of the senior citizens club the clients were surveyed with the RAI-HC in which the participants' cognition; social participation, isolation and loneliness, were used as the parameters. These results were compared within each other. The second assessment method was the SWOT analysis, which was used to assess the meaningfulness of the club activities to the clients' (n=11) and to the employees (n=6) at the end of the group intervention.

The results of the study showed that nearly a fifth of the participants in the club activities felt loneliness. When memory started to decrease, the feeling of loneliness increased. RAI- HC results showed the activities in the senior citizens clubs did not have any effect on the feeling of loneliness. However, according to the SWOT analysis the participation in the club activities was considered meaningful as it helped establish social relationships and promoted physical activities among the clients of home care services. As the result of the developmental project there were some recommendations made. To prevent and reduce the loneliness of the elderly clients in home care services it is recommended that conversations about loneliness take place during the planning and implementation phases of psychosocial activities. It is also important to assist the client to contact social networks with added importance of working together with the relatives of the client, church services and other organizations.

Keywords: Loneliness, Elderly/ Aged, Group intervention, Quality of home care, RAI-HC system, Action research, SWOT analysis.

1 SISÄLLYS

1 SISÄLLYS.....	5
2 JOHDANTO.....	6
3 KOTIHOITO MUUTOKSESSA.....	8
3.1 Yhteiskunnalliset ohjelmat ja suositukset.....	8
3.2 Terveyden huollon kansallinen tietojen keruu.....	9
3.3 Alueellinen ja paikallinen laatuysteistyö.....	10
4 RAI-ARVIOINTIJÄRJESTELMÄ.....	12
4.1 Kotihoidon arviointijärjestelmä.....	14
4.2 Laatu-järjestelmän arviointimittarit.....	14
4.3 Kotihoidon laatualueet.....	15
5 IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN KOKEMA YKSINÄISYYS JA RYHMÄINTERVENTIO.....	17
6 TOIMINTATUTKIMUS.....	22
5.1 Toimintatutkimusten pääsuuntaukset.....	22
5.2 Toimintatutkimuksen syklit.....	23
5.3 Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa.....	24
6 TOIMINTATUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE.....	26
6.1 Kehittämisen toimintaympäristö ja toimintaan osallistujat.....	26
6.2 Tutkimustehtävät.....	27
6.3 Aineiston keruu ja analysointi.....	27
6.4 Kehittämistoiminnan vaiheet.....	30
6.5 Ryhmäintervention ohjelma.....	34
7 KEHITTÄMISTOIMINNAN TULOS.....	36
7.1 Kerholaisten kokemus yksinäisyydestä.....	36
7.2 Korttelikerhon kokemus asiakkailta ja työntekijöillä.....	37
7.3 Yksinäisyyteen puuttumisen suosituksia kotihoidossa.....	41
8 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT.....	42
9 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUKSEN ARVIOINTI.....	46
9.1 Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys.....	46
LÄHTEET.....	51
LIITTEET.....	58

2 JOHDANTO

Yhteiskunnalliset ohjelmat kuten, Ikäihmisten palvelujen laatusuositus ja Kaste-ohjelma, Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämisohjelma 2008 - 2011, pyrkivät ohjaamaan kuntia kehittämään ikääntyneiden ihmisten palveluprosesseja vaikuttavaan ja samalla tehokkaaseen suuntaan. Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) antaa kunnille vuosittain laatukriteerit ikääntyneiden kotihoidolle kansallisen RAI-vertailutietokannan tulosten pohjalta. Ikääntyneiden kotihoidon toimintakykymittarin (Rai-järjestelmä) laatualueita ovat ravitsemus, lääkitys, pidätyskyky, haavat, fyysinen toiminta, kipu, kognitio, turvallisuus ja ympäristö ja muut. Tässä työssä keskitytään laatualueeseen kognitio; sosiaalinen toiminta, eristyminen ja yksinäisyys. Kotihoidon laatu-työtä tehdään myös alueellisesti. Euroopan alueen keskusrahaston (EAKR) ja Keski-Pohjanmaan sekä Pohjois-Pohjanmaan liittojen rahoittamassa Vanhustenhuollon resursien ja hoidon laadun johtaminen-hankkeessa on kotihoidon yhdeksi tavoitteeksi asetettu ikääntyneiden sosiaalinen eristyminen ja sen väheneminen. Tämä työ on osa edellä kuvattua alueellista hanketta. Tässä työssä on tehty puolen vuoden mittainen kehittämis-toiminta toimintatutkimuksena. Siinä toteutettiin viikoittainen ryhmäinterventio korttelikerhona ja se suunnattiin Oulun keskustan alueen kotihoidon asiakkaille. Kehittämis-toiminnan tulosta ja merkitystä ikääntyneen yksinäisyyteen arvioitiin RAI-arvioinnista saadun tuloksen sekä SWOT-analyysin antaman tuloksen perusteella. SWOT-analyysi tehtiin korttelikerhoon osallistuneille asiakkaille ja henkilökunnalle. Analyysin tuottama tieto käsiteltiin sisällön analyysillä ja siitä koottiin suosituksia puuttua ikääntyneen ihmisen yksinäisyyteen kotihoidossa. Tämän opinnäytteenä tehdyn työelämän kehittämistyön lähtökohdانا ovat olleet yhteiskunnan muutos ja ennustettu ikääntyneiden määrän voimakas kasvu yhteiskunnassa. Opinnäytetyön lähtökohdat on kuvattu kuviossa 1. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008:3, 23; Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011 2009:9, 40).

Ryhmäintervention merkitys yksinäisyyden vähenemiseen: Korttelikerho, Keskustan kotihoidon asiakkaalle

Oulun kaupungin kotihoito:
Kotihoidon laatu; RAI-HC

Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtamisen –hanke
Keski- Pohjanmaa; Kokkola,
Pohjois-Pohjanmaa; Oulu

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos:
Rai-vertailutietokanta ja arviointijärjestelmä:
laatumittarit, kognitio, sosiaalinen eristyminen

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008,
Kaste 2008-2011.

Kuvio. 1 Opinnäytetyön lähtökohdat

3 KOTIHOITO MUUTOKSESSA

3.1 Yhteiskunnalliset ohjelmat ja suositukset

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008, 23.) ja Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Kaste 2008- 2011(Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011 2009, 40.) sisältävät tavoitteet aktiivisen ikääntymisen ja vanhuuden hoivan turvaamiseksi. Väestön ikääntyminen johtaa lähivuosina vanhustenhuollon ja koko sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännön jonkinasteiseen uudistamiseen. Tätä varten on laadittu valtakunnallinen vanhustenhuollon strategia ja maksupolitiikkaa on uudistettu avohoitoa suosivaksi. Vanhustenhuoltoa koskevassa julkisessa valvonnassa nostetaan selkeämmin esiin hoivan eettiset perusteet. Vanhuus ei saa merkitä jäämistä ilman turvaa ja hoivaa eikä vastentahtoista yksinäisyyttä. Vanhustenhuollon toteutus perustuu julkisvastuuseen ja kumppanuusmalliin, jossa julkiset, yksityiset ja järjestöjen palvelut etsivät paikallisesti ja seudullisesti sopivan työn jaon. Järjestöt resursoidaan nykyistä vahvemmin lähimmäistyön organisointiin. Riittävä ja turvallinen ennalta ehkäisevä kotihoito on määriteltävä keskeiseksi strategiaksi. Osana tätä strategiaa toteutetaan kansallinen ikääntyneiden teknologinen ohjelma. Lisäksi omaishoidon edellytyksiä parannetaan vahvistamalla erityisesti työssä käyvien oikeutta hoitovapaaseen. Kotitaloustyön vähennyksen ja palvelusetelin yhteensovittamista edistetään, jotta ikääntyneet voisivat asua kotona pitempään.

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) on sosiaali- ja terveysministeriön lakisääteinen, strateginen ohjausväline, jolla johdetaan valtakunnallista sosiaali- ja terveystalitiikkaa. Kaste-ohjelman päätavoitteet perustuvat sosiaali- ja terveydenhuollon pitkän tähtäimen strategisiin tavoitteisiin ja toimeenpanossa tähdätään siihen, että ne toteutuvat koko maassa. Ohjelman päätavoitteena on, että ensimmäiseksi ihmisten osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähenee. Toiseksi ihmisten hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat ja kolmanneksi palveluiden laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat sekä alueelliset erot vähenevät. Keskeiset tavoitteet tämän työn kannalta sivuavat jokaista edellä kuvattua tavoitetta. Kaste-ohjelman tavoitteisiin pääsyä seurataan erilaisilla indikaattoreilla. Hyvinvointia ja terveyttä mita-

taan esimerkiksi vanhustenpalveluissa sillä, että seurataan sitä, että vanhusten ikävakioidu toimintakyky paranee. Laatua, vaikuttavuutta ja saatavuutta mitataan sillä, että vanhusten palvelujen tarpeen arvioinnin määräajat toteutuvat, tarpeenmukainen säännöllinen kotihoito on tarjolla 14 prosentille yli 75-vuotiaista ja pitkäaikaishoidossa olevia yli 75 -vuotiaita on enintään kolme prosenttia. (Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011 2009:9, 40.)

3.2 Terveyden huollon kansallinen tietojen keruu

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, (THL 2011, hakupäivä 24.1.2011) ylläpitää eri terveyden hoidon alueilta kerättyä tietoa vertailutietokantoina. Vertailutietokantoja ovat terveyden edistämisen vertailutietokanta (TedBM), SOTKANET; tilastotietoja väestöstä, RAI- vanhustenhuollon arviointi- ja seurantajärjestelmä, SUHAT -suun terveyden huollon kehittäminen ja erikoissairaanhoidon tuottavuus vertailutietokanta. Tietokannat on perustettu kuntalaista varten, jotta kunnan ja terveyden huollon toiminnan läpinäkyvyys toteutuisi. Kuntien terveydenhuollon johtamisessa tarvitaan vertailutietoa sisäiseen arviointiin ja kehittämiseen. Vertailutiedolla voidaan seurata, miten toiminta muuttuu vuosien kuluessa. Samalla nähdään, miten oma toiminta suhteutuu muihin vastaaviin kuntiin ja valtakunnallisiin suosituksiin. Tallentamalla tieto vertailukelpoisena, voidaan kuntakohtaiset ydintiedot koota valtakunnalliseen tietokantaan, jolloin seuranta ja arviointi voidaan arvioida koko maan tasolla. Suomessa on vanhustenhuollon RAI-vertailukehittämisessä mukana vuonna 2010 yksityisiä ja julkisia palveluntuottajia ainakin 67 kunnassa. (RAI-vertailukehittäminen 2010, hakupäivä 27.1.2011; Ståhl 2009, 3, hakupäivä 25.1.2011.)

Valtionvarainministeriö (VM) seuraa muun muassa vanhusten kotiin annettavien palvelujen tuottavuutta ja tuloksellisuutta. Se julkaisi Peruspalvelujen tila-raportissa THL:n RAI-tietokannasta kerättyä tietoa. Sen mukaan asiakkaiden keskimääräinen toimintakyky vuosina 2007-2009 on alentunut ja palvelutarve on lisääntynyt. Virallisen kotihoito antama hoitoaika on vähentynyt, sen sijaan omaisten ja läheisten antama hoitoaika säilyi ennallaan. Laatuindikaattoreista esimerkiksi terveystilanteen ja suunnittelematomien kotikäyntien käytön sekä lääkkeiden määrä saattavat olla kytköksissä lisääntyneeseen palvelutarpeeseen. Fyysisen toimintakyvyn ylläpidon ja sosiaalisen eristymisen

osalta laatu on mennyt huonoon suuntaan. Sen sijaan kaatumisten ja lääkelistojen tarkistamisen osalta laatu on pysynyt samalla tasolla ja ravitsemukseen on kiinnitetty enemmän huomiota. (Peruspalvelujen tila 2010, 125-131, hakupäivä 25.1.2011.)

3.3 Alueellinen ja paikallinen laatuysteistyö

Kotihoidon laatua mitataan RAI-arviointijärjestelmällä. Rai-mittaristossa on käytössä MDS-kysymyssarja (Minimum Data Set). Sen käyttö on ollut haasteellista ja aikaa vievää. RAI-järjestelmä on kuvattu seikkaperäisesti myöhemmin kohdassa 4. RAI-arviointijärjestelmän hyödyntämistä esimiestyössä on kehitetty ja sen vuoksi käynnistettiin Vanhusten huollon resurssien ja hoidon laadun –hanke. Projektioorganisaation kuvaus on kaaviona liitteessä 1. Kohderyhminä ovat ikääntyneiden koti- hoiva- ja laitoshoidon organisaatioissa toimivat esimiehet Kokkolassa ja Oulussa. Hanke on Euroopan aluekehitysrahasto (EAKR)-rahoitteinen ylimaakunnallinen hanke, jonka osarahoittajina ovat Keski-Pohjanmaan ja Pohjois-Pohjanmaan liitot. Vastuuorganisaationa toimii Kokkolan yliopistokeskus Chydenius. Kokkola ja Oulun kaupunki ovat hankkeessa osatoteuttajia. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitokselta on hankittu kotihoidon laatuavoitteet ja asiantuntijayritys Raisoft® (2011, hakupäivä 1.3.2011) kehittää sähköistä sovellusta käyttäjien tarpeiden mukaan. Hankkeen tavoitteina on ensimmäiseksi tehostaa ikääntyvien palveluihin ohjautumista kehittämällä johtamisen yhteistyökuvioita. Toinen tavoite on yhdistää henkilöstöresurssien ohjaaminen ja hoidon laadun tarkastelu- lähijohtamista. Kolmas tavoite pyrkii tehostamaan hoidon laadun epäkohtien tunnistamista ja kehittää kuntoutumista edistävää toimintaa, lähijohtamista. (Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtaminen - hanke 2009, hakupäivä 18.5.2010.)

Tämä opinnäytetyönä tehtävä kehittämistyö on osa edellä kuvattua hanketta. Se on suunnattu kotihoitoon ja liittyy tavoitteeseen kolme eli tehostaa hoidon laadun epäkohtien tunnistamista ja kehittää kuntoutumista edistävää toimintaa. Tässä työssä edellä kuvattu tavoite tarkoittaa sitä, että *ikäntyneiden kotihoitoon järjestetään korttelikerho toimintaa lähelle asiakkaan asuinpaikkaa ja arvioidaan sen merkitystä yksinäisyyden kokemukseen.*

Kotihoidon asiakkaalle tehdään RAI-arviointi vähintään kaksi kertaa vuodessa. Asiakkaan voinnin oleellisesti muuttuessa arviointi tehdään useammin. Tiedot kerätään puoli-vuosittain (30.3. ja 30.9.) organisaatiossa yhteen ja siirretään kansalliseen RAI-vertailutietokantaan. Vertailutietokantaa ylläpitää Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Se toimittaa organisaatiolle muun muassa tilastotietoja asiakkaista ja palveluista ja antaa laatukriteerit valtakunnallisesti vanhustyön hyvälle hoidolle.

Kehittämistyö on tehty Oulun kaupungin kotihoidossa keskustan alueella. Asiakkaat asuvat kerrostaloissa lähellä toisiaan. Kotihoidon työyhteisön kehittämistyö sai alkunsa siitä, kun asiakkaat kertoivat kokevansa yksinäisyyttä ja muun muassa sitä lievittämään tarkoitettu päivätoiminta on vain harvojen asiakkaiden etuoikeus. Nykyisiin käytössä oleviin päivätoimintapaikkoihin on pitkät jonot ja sinne hakeudutaan päivätoimintalähteen avulla. Kotihoidon toimintakykykymittarissa (RAI-arviointijärjestelmä) asia näytetään asiakkaan laatualueella, kognitio, sosiaalisena eristymisenä ja yksinäisyyden kokemisenä. Tämä kehittämistyö rajataan koskemaan yksinäisyyden kokemusta.

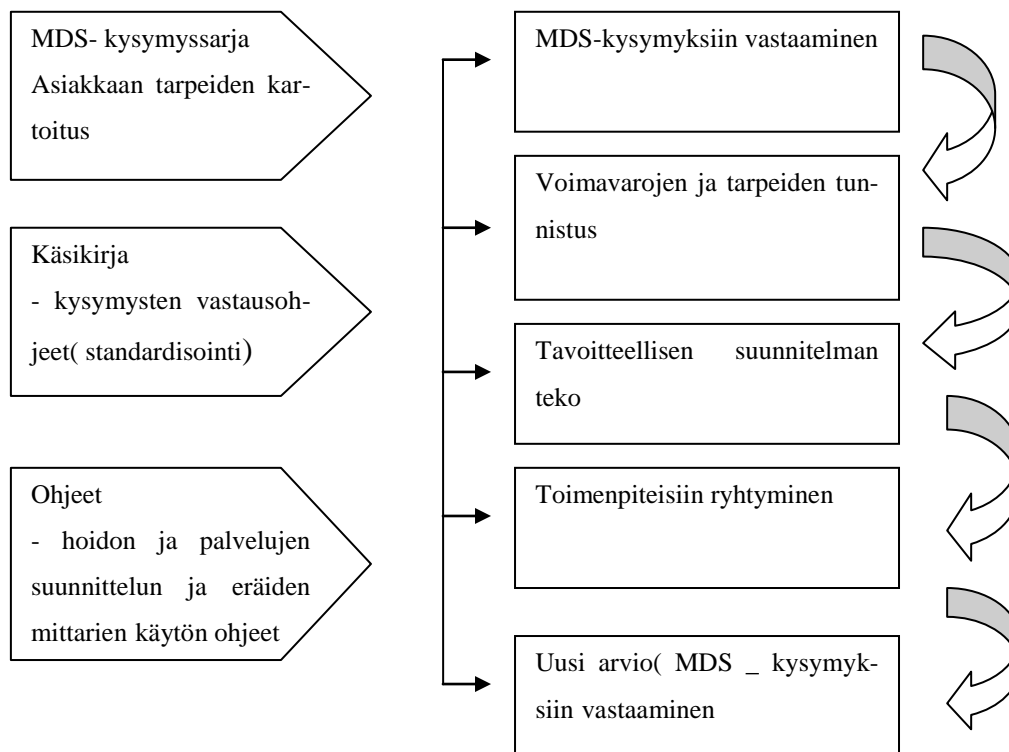
4 RAI-ARVIOINTIJÄRJESTELMÄ

Nimi RAI on lyhenne sanoista Resident Assessment Instrument (asiakkaan/asukkaan arviointi väline) ja tämä juontaa juurensa 1980- luvun jälkipuoliskolta, jolloin järjestelmä kehitettiin Yhdysvalloissa iäkkäiden pitkäaikaishoidon laadun seurantaan. Heti alussa järjestelmään kehitettiin osiot, joiden avulla voidaan arvioida asiakkaan tarvitsemaa hoitoaikaa ja osaamista ja rakentaa asiakasrakenteeseen perustuva maksujärjestelmä. Lisäksi kehitettiin hoidon laadun indikaattorit. Laitoshoidon versio havaittiin päteväksi ja luotettavaksi myös muissa maissa Suomi mukaan lukien. Konsepti koettiin hyväksi ja se herätti kansainvälistä kiinnostusta, joten aloitettiin kansainvälinen yhteistyö kehittämään versiota myös kotihoitoon. (Finne-Soveri, Noro, Björkgren & Vähäkangas 2006, 24-25; Laukkanen 2008, 300.)

RAI on vanhustenhuoltoon kehitelty hoidon seuranta- ja arviointiväline. Se on käytössä 65 kunnassa Suomessa. Laitoshoidon RAI on 550 osastolla ja kotihoidon RAI 400 tiimissä. Hoidon seuranta ja arviointijärjestelmä koostuu ensimmäiseksi tiedoista, jotka vähintään tarvitaan kokonaisvaltaiseen hoidon suunnitteluun, tietokone-ohjelma, jossa on käsikirja ja ohjeistus käyttöön. Toiseksi järjestelmä koostuu suunnittelun apuvälineestä, missä selvitetään asiakkaan keskeiset hoidon tarpeet, voimavarat ja riskitekijät. Näiden avulla asiakas saa tarvitsevansa hoidon ja organisaatio saa asiakaskohtaiset tunnusluvut ja mittariston. (Ståhl 2009, 29-30, hakupäivä 25.1.2011.)

Kansainvälisiä kotihoitoa RAI-HC:n (home care) hyödyntäviä tutkimuksia on tehty muun muassa Euroopassa. Siinä tutkittiin, mitkä hoidon alueet kuormittavat kotihoitoa 11 eri Euroopan maassa eniten. Tutkimuksen mukaan aikaa vievin hoitotoimenpide kotihoidossa on ulosteinkontinenssin hoitaminen. Lisäksi on tutkittu kotihoidon RAI-HC:n hyötyjä Amerikan ja Kanadan veteraanien kotihoidossa. Tässä tutkimuksessa tultiin siihen tulokseen, että RAI-HC:n avulla saadaan kattavia poikkileikkauksia palveluista hyödyntäen sekä asiakkaita että poliittisia päättäjiä suunnitellessa palveluja ja niiden hinnoittelua. (Finne-Soveri, Sorbye, Jonsson, Bernabein & Carpenter 2007, 100, hakupäivä 21.3.2011; Hawes, Fries, James & Guihan 2007, 378-87, hakupäivä 21.3.2011.)

Eri hoito- ja palvelumuotoja varten on kehitetty omat RAI-versiot. Niitä ovat muun muassa pitkäaikainen laitoshoido, kotihoito, palveluasuminen, akuuttihoito, jatkohoito/ kuntoutus akuuttihoiton jälkeen, palliatiivinen hoito, ja mielenterveyshoito. Jokaisella on sama perusrakenne ja kukin sisältää kaikille versioille yhteisen ytimen sekä joukon kullekin versiolle tyypillisiä erityiskysymyksiä. Kehittäjänä on toiminut vuodesta 1990 alkaen kansainvälinen voittoa tavoittelematon tutkijaorganisaatio interRAI® (2011, hakupäivä 1.3.2011), jolla on hallussaan RAI-välineiden omistusoikeudet. Rai-järjestelmän avulla keskitetään työskentely ja voimavarat yksittäisen henkilön tarpeisiin. Tällä tavoin hoidon ja palvelujen laatu kohoaa valitulla alueilla voimavaroja tuhlaamatta. Minimum data set (MDS)-kysymyssarjan standardoiminen mahdollisimman yksiselitteiseksi mahdollistaa vertailun yksilön itsensä suhteen mutta myös eri yksikköjen, kuntien tai vaikkapa eri kansakuntien suhteen. Lisäksi mahdollistuu luotettavien mittareiden rakentaminen hoidon ja palvelun päämäärän tueksi. RAI-prosessi on kuvattu kuviossa 3. Se osoittaa, miten sekä kysymyssarjaa että käsikirjaa voidaan hyödyntää hoitoprosessin kaikissa vaiheissa. (Finne-Soveri, Noro, Björgren & Vähäkangas 2006, 24-25; RAI-vertailukehittäminen 2010, hakupäivä 27.1.2011.)



Kuvio 3. RAI-prosessi (Finne-Soveri ym. 2006, 26).

4.1 Kotihoidon arviointijärjestelmä

Kotihoidon RAI-ohjelmiston ensiaskeleet otettiin kesällä 2001. Tavoitteena oli kehittää ohjelmisto kotihoidon RAI-tietojärjestelmän esitutkimusta varten. Yhteistyö Stakesin vertailukehittämishankkeen kanssa aloitettiin ohjelmiston pilottihankkeen myötä vuonna 2003. Hankkeeseen liittyneet kunnat ottivat RAIssoft-HC -ohjelmiston käyttöönsä. (HC= home care) Ohjelmiston asennuksesta ja käyttökoulutuksesta, vastasi RAIssoft Ltd Oy. Tämä ohjelmistokokonaisuus sisältää perusohjelmiston lisäksi mobiiliratkaisut, eli välineet liikkuvalla työntekijällä. RAIssoft-HC -perusohjelmistossa asiakkaan tila arvioidaan ja tiedot tallennetaan tietokoneelle. Asiakkaan vointi ja toimintakyky kirjautuvat näin välittömästi hoidon suunnittelua palvelevaksi palautetiedoksi. Ohjelmiston tuottama palautetieto koostuu Client Assessment Protocols (CAPs-) tarkistuslistasta (asiakkaan voimavarat ja ongelmat) ja RAI-mittareista, joita ovat: fyysinen toimintakyky, väline-toiminnot, kognitio, masennus, kipu ja painoindeksi. (Boholm 2006, 49-50.)

Rai-järjestelmään kerätyt tiedot kootaan MDS (Minimum Data Set) -kysymyssarjaan. Kotihoidon RAI koostuu 17 eri aihealueesta (A-Q). Tämän työn kannalta keskitytään aiheeseen F) sosiaalinen toiminta, eristyminen, joka kuvataan liitteessä 2. Kukin osioista sisältää useita kysymyksiä, joista puolestaan kotihoidon mittarit rakentuvat. MDS-kysymyssarjasta on muodostettu joukko kansainvälisesti validoituja ja luotettavaksi todettuja mittareita. Mittareiden käyttötarkoitus vaihtelee yksilötasolta kunnan tai valtakunnantasolle. Ne ovat käyttökelpoisia kaikenlaisissa vertailukehittämistoiminnassa. (Finne-Soveri, Noro, Björkgren & Vähäkangas 2006, 25.)

4.2 Laatujärjestelmän arviointimittarit

Ilkään henkilön avun, hoivan ja palvelun tarvetta kannattaa arvioida monista näkökulmista. Järjestelmällisyys (systematiikka) parantaa ongelmien ja vahvuuksien tunnistamista. Mittareiden käyttö on suositeltavaa heti ensimmäistä RAI-arviota suoritettaessa, mutta myös hoidon vaikuttavuutta seurattaessa. Paitsi yksilön tarpeiden kartoitukseen ja seurantaan mittareita voidaan ja kannattaa käyttää myös yksikön tai laajempien kokonaisuuksien kartoittamiseen ja toimenpiteiden vaikuttavuuden seurantaan. RAI:n arviointiasteikkojen käyttäjän on hyvä olla selvillä mittaamiseen liittyvistä perusasioista

kuten käyttötarkoitus, käyttöön koulutus, pätevyys (validiteetti), herkkyys ja tarkkuus(sensitiviteetti ja spesifiteetti), luotettavuus, asteikko ja tulkinta. (Finne- Soveri & Noro 2006, 62.)

RAI-järjestelmässä on kahdeksan mittaria. Ne ovat: kognitio, älyllinen toimintakyky, muistaminen (CPS), välinetoiminnot,(IADL, Instrumental Activities in Daily Living), päivittäiset toiminnot (ADL, Activities in Daily Living), mieliala, (DRS, Depressing Rating Scale), kipu, ravitsemus ja painoindeksi sekä terveydentilan vakaus, (CHESS, Changes in Helth, End- Stage disease and Symptoms and Signs) Finne-Soverin ja Noron (2006, 62-86) mukaan.

Tämä työ rajataan koskemaan asiakkaan yksinäisyyden kokemusta ja kartoitetaan yksinäisen asiakkaan kognition taso. Kognitiolla tarkoitetaan muistamisen kykyä. Älyllinen toimintakyky, kognitio, CPS(Cognitive Performance Scale) mitataan asteikolla nolasta kuuteen. Arvon nolla saavat älyllisiltä toiminnaltaan normaalit, hyvämuistiset ja arvon kuusi saavat henkilöt, joiden kognitio on erittäin vaikeasti alentunut. CPS–mittari on validoitu MMSE (Mini-Mental State Examination test) -mittaria sekä TSI(Test for Severe Impairment) -mittaria vasten. (Finne-Soveri & Noro 2006, 63.)

RAI-järjestelmään sisältyvät mittarit auttavat hoitohenkilöstöä arvioimaan hoidon parasta mahdollista onnistumista yksilötasolla, kun taas hoidon laatuindikaattorit, kustannuspaino, kuormitusluvut sekä henkilöstömitoitus ovat yksiköiden ja organisaatioiden johtajien työvälineitä. (Finne-Soveri, Matikainen & Björkgren 2007, 29 hakupäivä 29.11.2010).

4.3 Kotihoidon laatualueet

Kotihoidon laatuindikaattorit perustuvat asiakkaiden toimintakyvyn arviointiin ja siinä tapahtuneisiin muutoksiin. Laatu kuvaaviksi tekijöiksi on valittu asiakkaisiin tai hoitokäytäntöihin liittyviä kielteisiä tiloja, kuten kaatuilu tai haavat. Osa laatuindikaattoreista kertoo ongelman esiintyvyydestä, kuten esimerkiksi kuinka suuri osuus yksikön asiakkaita on kaatunut tiettyinä ajanjaksona. Osa kertoo ongelman ilmaantuvuudesta, esimerkiksi, kuinka suurelle osalle edellisellä puolivuotiskaudella arvioiduille asiakkaalle

on tullut uusi haava. Laatuindikaattorit jaotellaan laatualueille (liite 3), joita ovat ravitsemus, lääkitys, pidätyskyky, haavat, fyysinen toiminta, kipu, kognitio, turvallisuus ja ympäristö ja muut. Kotihoidon laatuindikaattorit on kehitetty kansainvälisissä asiantuntija- ja focusryhmissä ja ne on esitettävä laajasti. (Noro & Finne-Soveri 2006, 87-119.)

Noro ja Finne-Soveri (2006, 118) toteavat artikkelissaan, että kotihoidon henkilöstö on saanut koulutuksen arviointien tekemiseen ja siten arvioinnit pyritään tekemään mahdollisimman samankaltaisesti. Riskivakioidut laatuindikaattorit tuottavat luotettavaa ja vertailukelpoista tietoa. Tässä työssä keskitytään laatualueeseen kognitio ja muuttujiin sosiaalinen toiminta, eristyminen ja yksinäisyys.

5 IKÄÄNTYNEIDEN IHMISTEN KOKEMA YKSINÄISYYS JA RYHMÄINTERVENTIO

Tämän työn kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksissa (liite 4) ikääntyneiden yksinäisyyttä selitettiin usealla tavalla. Tutkimuksissa löydettiin tapoja ja toimintaa, joilla on myönteinen vaikutus yksinäisyyden kokemukseen. Yksinäisyyden voi määritellä yksilön subjektiiviseksi kokemukseksi siitä, ettei hänellä ole tyydyttäviä ihmissuhteita. Yksinäisyyden käsitettä pidetään ongelmallisena, koska asiaa voi tarkastella niin monesta eri näkökulmasta. Karkein määrittely lienee se, että yksinäisyys on joko myönteistä tai kielteistä. (Pitkälä, Routasalo, Kautiainen, Savikko & Tilvis 2005, 8; Tiikkainen 2009, 184.)

Routasalon, Pitkälän, Savikon ja Tilviksen (2005, 31) sekä Tiikkaisen (2006, 49) tutkimuksissa tuli esille, että yksinäisyyden lisääntyessä kontaktit toisiin ihmisiin näyttivät myös lisääntyvän tutkittavilla Ikääntyneiden yksinäisyys -tutkimuksen ryhmätapaamisten jälkeenkin. Yksinäisyyden kokemusta lisäsivät huonoksi koettu terveys ja vaikeudet päivittäisissä ja välinetoiminnoissa selviytymisessä, masentuneisuus sekä aikaisemmat yksinäisyyden tunteet ja leskeys. Suomalaisten ikääntyneiden yksinäisyys on erittäin yleistä; yli kolmannes kärsii vähintään toisinaan yksinäisyydestä ja viisi prosenttia jatkuvasti yksinäisyydestä. Yksinäisyys liittyy erityisesti leskeytymiseen, yksin asumiseen, subjektiiviseen terveydentilaan, masennukseen, pessimistisiin elämän asenteisiin sekä ihmissuhteiden odotuksiin. Yksinäisyys ei yllättäen liittynyt läheisten tai ystävien tapaamisfrekvenssiin. Tärkeimmiksi yksinäisyyden syiksi yksinäiset kokivat puolison kuoleman, oman sairauden ja heikentyneen toimintakyvyn sekä ystävien vähyyden.

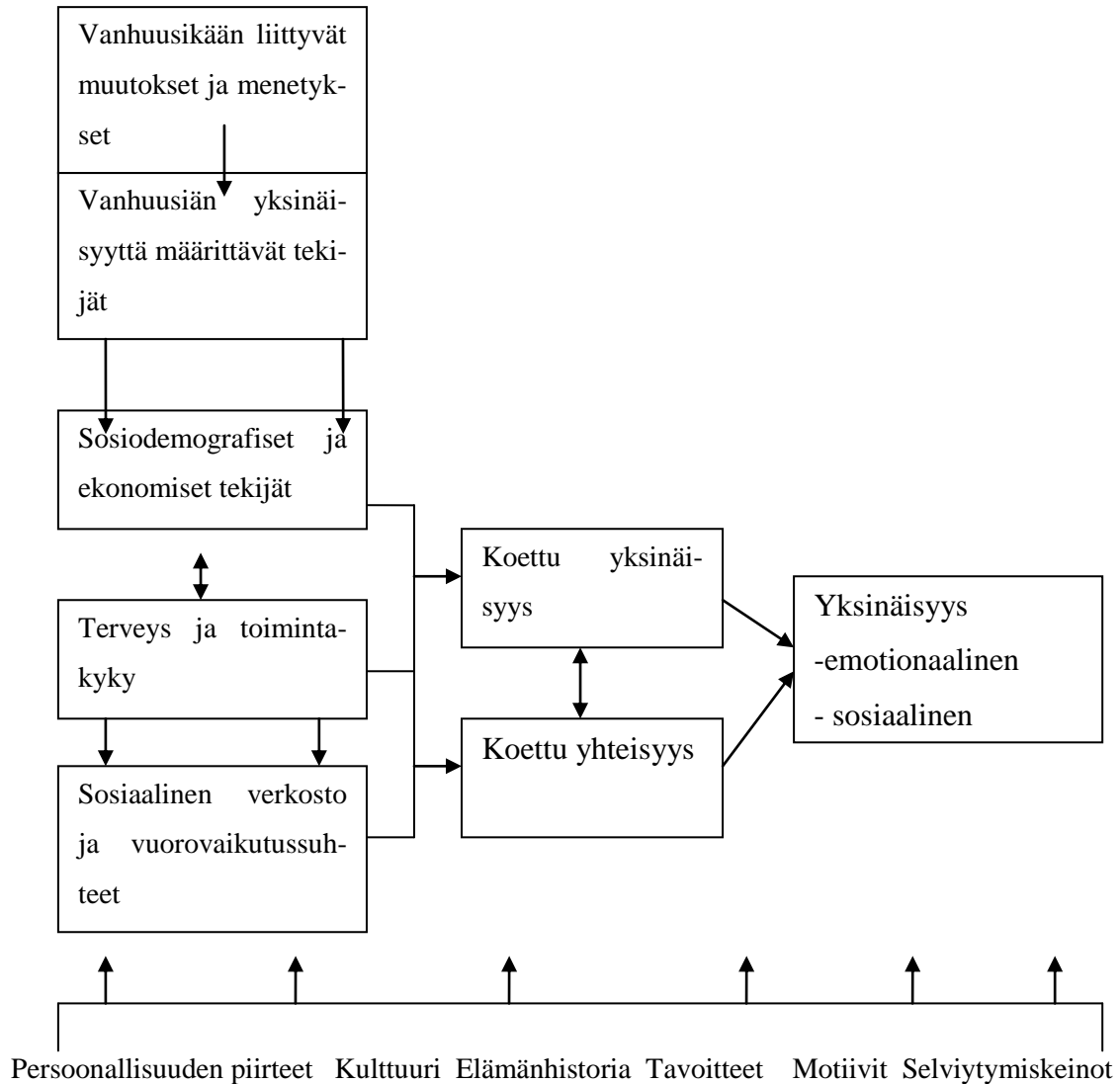
Tiikkaisen (2006, 9) ja Pitkälän ym. (2005, 8) mukaan yksinäisyys ymmärretään usein sosiaalisten suhteiden ongelmana, jolloin myös interventiot yksinäisyyden lievenemiseen rakentuvat sosiaalisten suhteiden lisäämiseen. Vuorovaikutussuhteiden merkitys ei ole kuitenkaan yksiselitteinen. Erityisesti ikääntyneellä ihmisellä vuorovaikutussuhteiden määrä ei korvaa laatua. Yksinäisyyden tunteen taustalla voi olla monia terveyteen ja toimintakykyyn sekä persoonaan ja kulttuuriin liittyviä asioita.

Tiikkainen (2009, 185) tuo esiin tekstissään Weissin näkemyksen siitä, että yksinäisyys jaotellaan emotionaaliseen ja sosiaaliseen yksinäisyyteen ja niihin liittyy erilaisia tunteita. Emotionaalisesta yksinäisyydestä kärsivä ihminen on depressiivinen ja ahdistunut ja kokee sisäistä tyhjyyden tunnetta sekä hylätyksi tulemisen pelkoa. Sosiaaliseen yksinäisyyteen kuuluvat pitkästymisen, ikävystymisen, turhautumisen ja tarkoituksettomuuden tunne ja epävarmuus.

Savikko (2008, 25, hakupäivä 20.12.2010) ja Pitkälä ym. (2005, 8) toteavat tutkimuksissaan, että yksinäisyys, sosiaalinen eristäytyneisyys ja yleinen turvattomuuden tunne ovat eri asioita. Yksinäisyyden kokemukseen vaikuttavat useat eri tekijät, kuten sosiaalisiin suhteisiin kohdistetut odotukset ja psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuudet.

Yksinäisyys, masentuneisuus ja sosiaalinen eristäytyneisyys liittyvät toisiinsa, mutta eivät selitä keskinäistä kytköstä. Samalla oli havaittavissa, että ei-yksinäiset osallistuvat yksinäisiä aktiivisemmin. Yksinäisyyttä voidaan kuvata kahdella ulottuvuudella. Ne ovat emotionaalinen yksinäisyys ja sosiaalinen yksinäisyys. Tunne siitä, että saa apua tarvittaessa, oli tärkein yksinäisyyden tunteita vähentävä ulottuvuus. Ikääntyneen sosiaalista hyvinvointia edistäviä asioita ovat muun muassa avun saaminen tarvittaessa, ystävien ja läheisten antama tuki sekä uudet ihmiskontaktit, joilla on merkitystä ikääntyneen hyvinvointiin. (Routasalo ym. 2005,11; Tiikkainen 2006, 23; Pitkälä ym.2005, 8; Elo 2006, 63.)

Tiikkainen (2006, 16-21) nostaa esiin kolme keskeistä iäkkäiden ihmisten yksinäisyyttä määrittävää tekijää. Niitä ovat sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät, jotka pitävät sisällään iän, sukupuolen, siviilisäädyn, taloudellisen tilanteen ja asuinolosuhteet. Sosiaaliset suhteet, joihin luetaan leskeys, kontaktit sukulaisiin ja ystäviin sekä terveyden ja toimintakykyyn liittyvät tekijät vaikuttavat yksinäisyyden kokemukseen.(Kuvio 4)



Kuvio 4. Teoreettinen malli ihmisen yksinäisyyteen liittyvistä syistä (Tiikkainen 2006, 24).

Subjektiivisella ja objektiivisella terveydellä on merkitystä yksinäisyyden kokemukseen. Aistitoimintojen heikkeneminen vaikeuttaa sosiaalisia suhteita sekä masentuneisuus ja yksinäisyys ovat tutkimusten mukaan yhteydessä toisiinsa. Huono terveys ja alentunut toimintakyky sekä menetykset sosiaalisessa verkostossa vaikeuttavat kanssakäymistä toisten ihmisten kanssa ja johtavat yksinäisyyden kokemukseen ja vähäisemmäksi koettuun yhteisyyteen. Sosiaalinen yhteisyys on vuorovaikutukseen liittyvänä myönteinen kokemus ja koetun yhteisyyden puute koetaan yksinäisyyden tunteina. (Routasalo ym. 2005, 28.)

Ihminen tarvitsee toisia ihmisiä, läheisyyttä ja yhteisöllisyyttä. Psykkinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen aktiivisuus ovat tärkeitä itse arvioidun terveyden määrittäjiä. Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että sosiaalisten suhteiden, sosiaalisen tuen ja sosiaalisen aktiivisuuden yhteyden ikääntyneiden ihmisten fyysiseen ja psykkineseen terveyteen. Ihmissuhteet ovat tärkeitä yksilön normaalille kehitykselle, terveyden ylläpitämiselle ja sairauksista selviytymiselle. (Leinonen 2008, 228; Tiikkainen & Lyyra 2007, 70; Pitkälä ym. 2005, 60; Elo 2006, 40).

Liikkuminen osana iäkkään ihmisen elämää on tärkeää ymmärtää laajasti, jotta siitä saataisiin paras mahdollinen hyöty. Liikkuminen sisältää fyysisen aktiivisuuden arjen askareissa ja varsinaisen tavoitteellisen liikuntatoiminnan. Lisäksi ulkoilun merkitys iäkkään hyvinvointiin on suuri. Iäkkäiden mukaan ulkoilu parantaa unen laatua ja rauhoittaa mielialaa. Liikunnalla on monenlaisia vaikutuksia ihmisen ikääntyessä. Liikunta ehkäisee monia sairauksia ja parantaa niiden ennustetta ja vähentää haitallisia seurauksia. Liikunta vähentää myös toiminnan vajuusta ja vähentää kaatumisriskiä. Fyysinen aktiivisuus vaikuttaa merkittävästi myös kognitiiviseen toimintakykyyn. Liikunta vilkastuttaa aivotoimintaa paitsi siihen liittyvien vaihtelevien suoritusten takia, myös sen takia että se yleensä parantaa aivojen verenkiertoa ja hapen saantia. Erityisen hyödyllistä on voima ja tasapainoharjoittelu, joka on kytketty arkitoimintoihin. Fyysinen aktiivisuus ja liikuntaharjoittelu on havaittu tärkeäksi tavaksi säilyttää iäkkäiden omatoimisuutta ja autonomiaa. (Karvinen 2007, 70,76; Pitkälä 2007, 142; Suutama & Ruoppila 2007, 116).

Elo (2006, 140-143) sekä Pettigrew & Roberts (2008, 302-309, hakupäivä 16.12.2010) tuovat tutkimuksissaan esille ikääntyneen elinympäristön merkityksen yksinäisyyden kokemukseen. Ulkoilu ja puutarhan hoitaminen on todettu vähentävän yksinäisyyttä mahdollistamalla iäkkäälle mielekkään tekemisen. Samalla puutarha edesauttaa ystävien ja sukulaisten tapaamista ja luo miellyttävät puitteet tavata. Pettigrew & Roberts tekivät tutkimuksensa Australiassa, mutta on vertailukelpoinen Suomen kesäolosuhteita ajatellen.

Vanhuksille suunnatut ryhmäaktiviteetit vähentävät ikääntyneen eristäytyneisyyttä ja yksinäisyyttä. Monitieteisillä toimenpiteillä on pieni myönteinen vaikutus vanhusten fyysisiin toimintoihin. Lisäksi toimintaterapialla on mahdollisesti pieni, positiivinen

vaikutus aivohalvaus- ja niveltulehduspotilaiden fyysisiin toimintoihin. Pitkäkestoiset interventiot saattavat parantaa kotona asuvien, paljon apua tarvitsevien vanhusten elämänlaatua laitoshoidon verrattuna. Kotihoito vastaa iäkkäiden fyysiseen avuntarpeeseen hyvin. Sen sijaan psykososiaalisen tuen tarve ja saatavuus ei ole riittävää. Siten psykososiaalisen tuen, mielekkään yhdessä tekemisen ja kanssakäymisen kehittämiseen on kiinnitettävä kotihoidossa erityistä huomiota. (Saijonkari 2010, hakupäivä 9.12.2010; Tepponen 2009, 170- 179, hakupäivä 16.12.2010.)

Tämän kehittämistyön ryhmäinterventiolla on pyritty vastaamaan edellä mainittuun haasteeseen ja yksinäisyys kuvataan omakohtaisena negatiivisena kokemuksena, joka liittyy puutteellisiksi koettuihin vuorovaikutussuhteisiin. Yksinäisyys jakautuu sisällöllisesti emotionaalisiin ja sosiaaliseen ulottuvuuteen. Emotionaalinen yksinäisyys on ihmisen oma subjektiivinen tuntemus tärkeän ihmissuhteen puuttumisesta kun taas sosiaalinen yksinäisyys on epäonnistunut yritys liittyä johonkin sosiaaliseen ryhmään. Sosiaalinen eristäytyneisyys on objektiivisesti mitattavissa ihmissuhteiden määrässä ja tapauksissa.

6 TOIMINTATUTKIMUS

Toimintatutkimuksella (action reseach) tarkoitetaan todellisessa maailmassa tehtävää pieni (tai suuri) muotoista interventiota ja kyseisen intervention vaikutusten lähempää tutkimista. Toimintatutkimus on tutkimusta, jonka avulla pyritään ratkaisemaan erilaisia käytännön ongelmia, parantamaan sosiaalisia käytäntöjä sekä ymmärtämään niitä entistä syvällisemmin esimerkiksi työyhteisöissä. Määritelmänsä mukaan toimintatutkimus on tilanteeseen sidottua (situation), yleensä yhteistyötä vaativaa (collaborative), osallistuvaa (participatory) ja itseään tarkkailevaa(self-evaluative). Toimintatutkimuksessa pyritään siis vastaamaan johonkin käytännön toiminnassa havaittuun ongelmaan tai kehittämään olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Tällöin toimintatutkimusta voi tehdä yksittäinenkin työntekijä. Yleensä kuitenkin kyseessä on koko työyhteisön tai organisaation muutosprosessi, jolloin tarvitaan kaikkien toimijaosapuolien sitoutuminen projektiin. Toimintatutkimuksessa käytännön ja teorian yhdistäminen tulee mahdolliseksi kun tutkimusta tehdään yhdessä tutkittavien kanssa. Toimintatutkimus on tutkijan ja hänen sosiaalisen yhteisönsä kanssa tapahtuvaa sosiaalista toimintaa. Tutkimuksellisesti tavoitteena on toiminnan edellytysten kuvaamisen kautta muuttaa toimintaa. (Kuusela 2005, 10-14; Metsämuuronen 2008, 29.)

Tässä työssä tutkija on työyhteisön jäsen ja kehittää yhdessä työyhteisön ja korttelikerhon osallistujien kanssa suosituksen yksinäisyyden puuttumiseen kotihoidossa.

5.1 Toimintatutkimusten pääsuuntaukset

Kuusela (2005, 24-30) ja Metsämuuronen (2008, 31) esittävät kolme erilaista pääsuuntausta toimintatutkimuksessa. Ensimmäisenä on *teknillinen toimintatutkimus*, jossa toimintatutkijan ja hänen yhteisön välisen yhteistyön luonne on erillinen. Tutkija identifioi ongelman ja sitä koskevan intervention sisällön. Kyse ei ole tasa-arvoisesta kommunikaatiosuhteesta tutkijan ja osallistuvien välillä. Toimintatutkijan tehtävänä on enemminkin tiedottaa ryhmälle intervention vaikutuksista.

Toinen toimintatutkimuksen suuntaus on *käytännöllinen toimintatutkimus*, jossa suuntaus perustuu ajatukseen ymmärtävästä yhteistoiminnasta ja käytännöllis-harkitsevasta lähestymistavasta. Käytännöllisessä arvioinnissa on kyse tekemisestä (doing) tai käytännöstä (praxis). Käytäntö ei ole sellaisenaan satunnaista toimintaa, vaan kyse on toiminnasta, jossa hyvän tekeminen tai prosessiin keskittyminen on arvo sinänsä. Sen valossa käytäntöjen toiminta nähdään aina persoonallisena, subjektiivisena ja keskeneräisenä. Käytäntöä ohjaa valinta ja harkinta. Hyvää tai oikeaa toimintaa on mahdotonta määrittellä ilman yhteyttä tilanteeseen. Toimintatutkijan ja hänen yhteisönsä suhde rakentuu siitä, että kumpikin osapuoli tunnistaa yhdessä mahdolliset ongelmat, niiden perimmäiset syyt ja mahdolliset interventiot. Ongelma määritellään tutkijan ja toteuttajien yhteisen dialogin jälkeen. Sen kautta muotoutuu myös yhteisymmärrys eri toimijaosapuolien välille. Käytännöllisen toimintatutkimuksen periaatteellisena tavoitteena on ”yrittää parantaa käytäntöä osallistujien henkilökohtaisen viisauden avulla”. (Kuusela 2005, 24-30; Metsämuuronen 2008, 31.)

Kolmas suuntaus on *emansipatorisen toimintatutkimus*. Lähestymistapa poikkeaa muista toimintatutkimuksen suuntauksista erityisesti siinä, että lähtökohtana on kriittisen tietoisuuden lisäämisen synnyttäminen, mikä puolestaan aikaan saa poliittista ja käytännöllistä toimintaa muutosten aikaan saamiseksi. Tärkeä lähtökohta on kriittinen asenne siihen, mihin tiedonintresseihin tieteet pohjautuvat. Kriittinen asenne ei tarkoita yksiselitteisesti kielteistä asennetta vaan enemmänkin sitä, että kriittisyys ohjaa toimintaa ja vuorovaikutusta emansipatorisen toimintatutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Kuusela 2005, 24-30; Metsämuuronen 2008, 31.)

Tämä työ oli luonteeltaan käytännöllinen toimintatutkimus. Siinä järjestettiin (doing) korttelikerho ja käytäntönä (praxis) oli kokoontua viikoittain lähistöllä sijaitsevaan korttelikerhoon yhdessä toisten kotihoidon asiakkaiden kanssa. Toimintaa kehitettiin sovitun toiminta-ajankohdan, puolen vuoden aikana, yhdessä työntekijöiden ja asiakkaiden kanssa.

5.2 Toimintatutkimuksen syklit

Toimintatutkimus mielletään itsereflektiiviseksi kehäksi, jossa toiminta, sen havainnointi, reflektointi ja uudelleen suunnittelu seuraavat toisiaan. Toimintatutkimuksen sykli

alkaa, kun tutkija suunnittelee ja toteuttaa uuden toimintatavan. Toteutusta havainnoidaan ja reflektoidaan käytännön aikana ja sen päätyttyä ja kokemusten pohjalta suunnitellaan entistä parempi uusi toimintamalli. (Heikkinen 2006, 35; Metsämuuronen 2008, 31-32.)

Toimintatutkimus hahmotetaan usein sykleinä, johon kuuluu sekä konstruktioiva että rekonstruoivia vaiheita. Konstruktioiva toiminta on uutta rakentavaa, tulevaisuuteen suunnattavaa, kun taas rekonstruoivissa vaiheissa painopiste on toteutuneen toiminnan havainnoinnissa ja arvioinnissa. Useat peräkkäiset syklit muodostavat toimintatutkimuksen spiraalin, jossa toiminta ja ajattelu liittyvät toisiinsa peräkkäisinä suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektion ja uudelleen suunnittelun kehinä. Toimintatutkimus on kuin pyörre, joka johtaa jatkuvasti uusiin kehittämissideoihin. (Heikkinen, Rovio & Kii-lakoski 2006, 78-80.)

5.3 Tutkijan rooli toimintatutkimuksessa

Kuuselan (2005, 31), Heikkisen (2006, 17) ja Vilkan (2006, 71) mukaan käytännön toimintana toimintatutkimus on yksi sosiaalisen toiminnan eli yhteistoiminnan muoto. Kyse on tilanteesta, jossa tutkija toimii yhdessä yhteisön jäsenten kanssa. Tässä työssä niitä ovat toimintatutkimus ja siihen liittyvä RAI-arvioinnin analyysi ja SWOT-analyysi, josta saatu tulos analysoidaan sisällön analyysin keinoin. Sosiaalisesti toiminnan tekee käytännön toteutuksen tasolla se, että tutkija ei määrittele tutkimusongelmaa yksin vaan yhdessä yhteisönsä kanssa ja on mukana toteutettavassa ryhmäinterven-tiossa.

Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2000, 153) luokittelevat toimintatutkimuksen kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimustyyppin alle, mutta se voidaan asettaa toimintatutkimuksen laadullisen ja määrällisen välitilaan sen vuoksi, että toimintatutkimus voi sisältää molempia tiedonhankintametoodeja. Laadullinen tutkimus-käsite, 1940 -luvulta, on huomattavasti nuorempi käsite kuin toimintatutkimus-käsite 1970-luvulta. Eurooppalaisessa toimintatutkimuksessa tutkija on yleensä mukana toimintatutkimuksessa, mikä ei ole niin yksiselitteistä pohjoisamerikkalaisessa perinteessä. Esimerkiksi Skandinaviassa on korostettu voimakkaasti osallistumisen merkitystä, eikä toimintatutkimusta nähdä ylipäänsä mahdolliseksi ilman, että tutkija osallistuu työyhteisön tai muun yhteisön toimin-

taan. Yksi tapa eritellä toimintatutkimuksen muotoja on tarkastella sitä, mihin sosiaali-
seen analyysitasoon tutkimus kohdentuu. Silloin on kyse siitä, että toimintatutkimuksen
luonnetta on mahdollista tehdä ymmärrettäväksi analyysitasojen kautta. Näitä tasoja
ovat *yksilöllinen taso, ryhmän tai tiimin taso, ryhmien välien taso ja organisaatiotaso*.
Tyypillinen tiimin tasolla tapahtuva toimintatutkimuksen muoto on yhteistoiminnallinen
tutkimus. Sillä tavoitetaan tutkimusta, joka toteutuu pienryhmässä tietyn aikajakson ai-
kana siten, että ryhmä kokoontuu säännöllisesti. (Heikkinen 2006, 17, 36-37; Kuusela
2005, 59- 62.)

Tässä työssä korttelikerhoa pidetään kerran viikossa puolen vuoden ajan. Yhteiselle
työskentelylle on sovittu tietty tavoite, joka tässä työssä oli, yksinäisyyden vähentymi-
nen korttelikerhon avulla.

6 TOIMINTATUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämä työelämän kehittämistyö on tehty toimintatutkimuksena. Kehittämistyön tarkoituksena on parantaa kotihoidon laatua ja vähentää asiakkaan sosiaalista eristymistä; yksinäisyyttä ryhmäintervention avulla. Työn tavoitteena on luoda ikääntyneen yksinäisyyteen puuttumisen suosituksia kotihoidon työntekijöille.

6.1 Kehittämisen toimintaympäristö ja toimintaan osallistujat

Tämä kehittämistyö on tehty Oulun Kaupungin kotihoidossa keskustan alueella. Korttelikerho; nimeltään Torstaituokio, järjestettiin kerran viikossa lähistöllä asuville kotihoidon asiakkaille, puolen vuoden ajan. Tarkoituksena on lieventää RAI-mittarin esiintuomaa ikääntyvien sosiaalista eristymistä, joka ilmenee yksinäisyyden kokemuksena sekä luoda suosituksia puuttua ikääntyneen ihmisen yksinäisyyteen. Työntekijät ovat yhdessä tutkijan kanssa käyneet keskustelua asiakkaiden sosiaalisesta eristymisestä ja yksinäisyydestä. Sitä lieventämään työyhteisö on toteuttanut korttelikerhotoimintaa viikoittain puolen vuoden ajan. Kerhon kokoontumisen kesto määräytyi puolivuotiseksi, joka on sama aika, kun on RAI-mittariston täytön väli minimissään kotihoidon asiakkaille. Kerhotoimintaa on kehitetty vaiheittain toiminnan aikana, yhdessä kerhoon osallistuvien asiakkaiden ja työntekijöiden kanssa heiltä saadun palautteen mukaan.

Kerhoon kokoontui kotihoidon asiakkaita yhteensä 25 kertaa puolen vuoden aikana lähes jokaisena torstai-iltapäivänä 1.4.2010 - 30.9.2010. Kerhoa markkinoitiin asiakkaille ja samalla motivoitiin osallistumaan kotihoidontyöntekijöiden avulla. Kerhoon osallistui kaikkiaan 25 eri kotihoidon asiakasta, jotka eivät päässeet osallistumaan joka kerta kerhoon. Viisi asiakasta osallistui kerhoon yli 20 kertaa. Yli kymmenen kertaa kerhossa käyneitä oli kahdeksan ja alle kymmenen kertaa oli 12 asiakasta. Keskimäärin osallistujia oli yhdeksän henkilöä/ kerta.

Korttelikerhoon osallistui kaikkiaan 16 hoitajaa ja kuusi opiskelijaa. Opiskelijat olivat sairaanhoitaja-, lähihoitaja-, ja kotipalvelutyöntekijäopiskelijoita. Työntekijöiden käytämä aika kerhossa tilastoitiin annettuna ryhmäpalveluna tietojärjestelmään organisaati-

on antaman ohjeen mukaan, joten työntekijöiden käyttämä aika näkyi asiakkaille annettussa välittömässä työajassa.

Rahoittajataholta, LionsLadylt, organisaation johto ja eri asiantuntijat, vieraili kerhossa yhteensä viisi henkilöä. Kehittämistyöntekijällä oli kokonaisvastuu kerhon toteutuksesta.

6.2 Tutkimustehtävät

Tutkimusosiossa etsitään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten RAI-arvioinnin antama tulos näkyy korttelikerhon jälkeen asiakkaan yksinäisyyden kokemuksessa?
2. Minkälainen merkitys asiakkaan kognitiolla on yksinäisyyden kokemukseen kotihoitodossa?
3. Miten asiakkaat ja työntekijät kokivat korttelikerhotoiminnan?

6.3 Aineiston keruu ja analysointi

Tämän kehittämistyön tiedonantajia ovat alueen kotihoidon asiakkaat ja työntekijät, jotka osallistuivat toteutettuun korttelikerhoon. Aineistoa kerättiin määrällisesti valmiilla RAI-mittaristolla kerhoon osallistuvilta asiakkailta (n=25) sekä laadullisesti SWOT-analyysin keinoin kerhoon osallistuvilta asiakkailta (n= 11) ja työntekijöiltä (n=6).

Kehittämistyön alussa omahoitaja oli tehnyt jokaiselle kerhoon osallistuvalla RAI-arvioinnin. Korttelikerho toteutettiin puolen vuoden aikana ja jakson päätyttyä omahoitajat tekivät uudet RAI-arvioinnit kerhoon osallistuneille. Arviointien tiedot koottiin RAISOFTIN[®] laatumoduuli-ohjelmalla, joka antaa yhteenvedon halutun kotihoitoalueen asiakkaiden arvioinneista valittujen mittarin muuttujien mukaan. Tässä työssä valittiin laatualueesta kognitio, sosiaalinen toiminta, eristyminen, yksinäisyys, asiakas ilmaisee tai viittaa tuntevansa itsensä yksinäiseksi-muuttujat. Lisäksi osallistujat luokiteltiin eri kognition asteen mukaan CPS = 0 (ei kognitiivista, ei muistihäiriötä) CPS > 0 (rajatilainen kognitiivinen häiriö, kognition lievä heikkeneminen), CPS > 2 (kognition keskivai-

kea heikkeneminen, vaikea ja erittäin vaikea heikkeneminen). Kognition luokittelulla kartoitetaan sitä, että onko kognitiotasolla merkitystä yksinäisyyden kokemukseen.

Tässä työssä on käytetty myös laadullista aineiston keruuta. Toiminnanarviointia ja kehittämisehdotuksia kerhojakson päätyttyä kerättiin ja arviointi tehtiin SWOT-analyysin keinoin korttelikerhon osallistujilta ja työntekijöiltä. Työntekijät tekivät analyysin kirjallisena ja siinä käytetty SWOT-analyysilomake on kuvattu liitteessä 5. Kerhoon osallistuville asiakkaille SWOT-analyysi tehtiin ryhmähaastatteluna. Haastattelussa kaikki osallistujat istuivat samassa tilassa yhtä aikaa ja tämän työn tekijä haastatteli analyysilomakkeen ja kirjasi tiedot lomakkeeseen. Ryhmähaastattelua käytettiin sen vuoksi, koska osallistujien kognition taso vaihteli normaalista keskivaikeaan dementiaan. Muis-tisairaus vaikeuttaa vastaamista; esimerkiksi muistihäiriöiset eivät muista edellisen viikon ohjelmaa. Kerätyn analyysin tuotos luokiteltiin sisällönanalyysillä alkuperäisistä ilmaisuista, alaluokkiin ja yläluokkiin jaotellen korttelikerhon vahvuudet, mahdollisuu-det, uhkat ja heikkoudet omina ryhminä. Kehittämistyöntekijä piti korttelikerhon toi-minnasta kenttäpäiväkirjaa, johon kirjattiin osallistujat, ohjelma, vetäjät ja kerhon kulku sekä tunnelmaa. Kenttäpäiväkirjasta esiin nousseet asiat olivat samansuuntaisia kuin SWOT-analyysistä saadut tiedot, joten ne on yhdistetty tehtyyn SWOT-analyysiin.

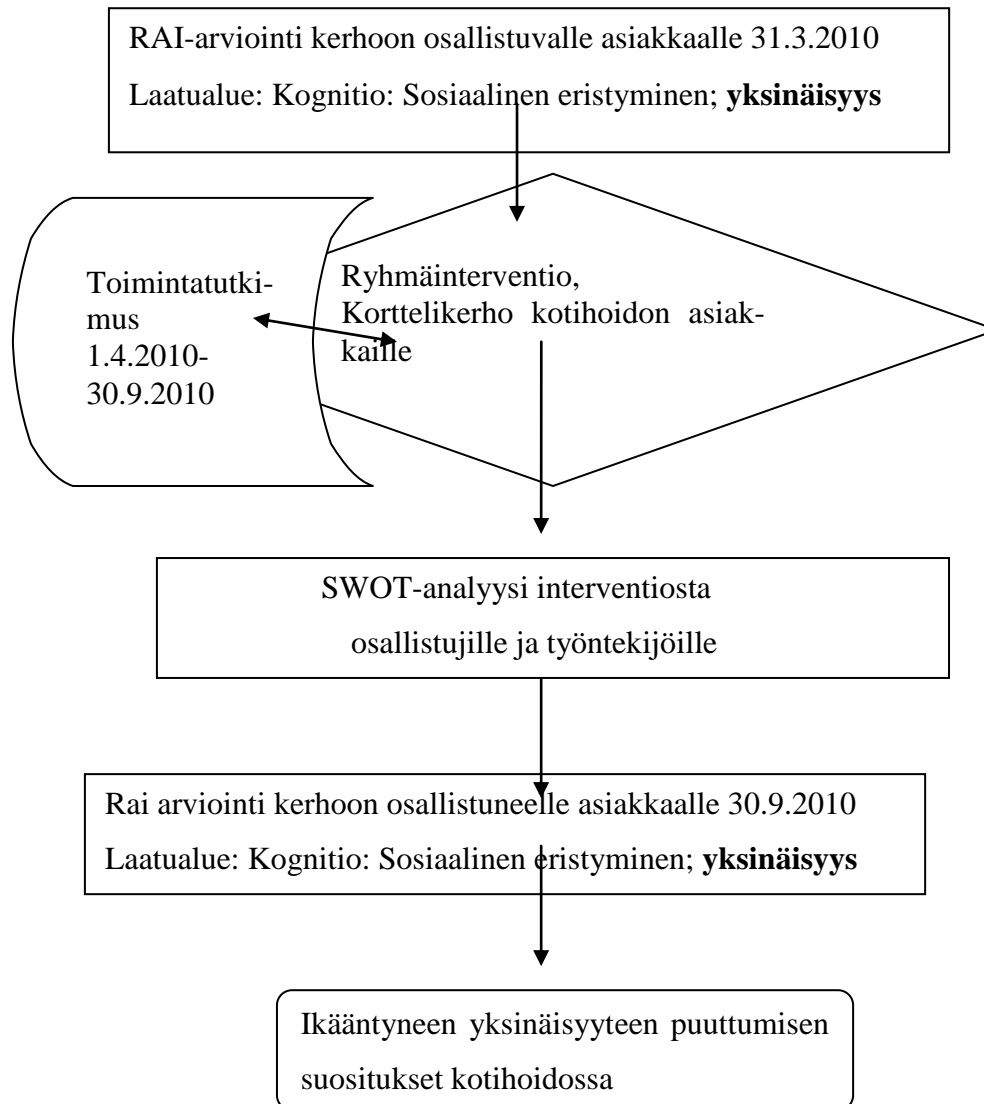
Tutkijan on hyvä pitää päiväkirjaa tutkimuksen kuluessa, koska hänen on pystyttävä erottamaan omat tunteensa, kokemuksena ja aineisto kehittämistoimintaan kuuluvana osana. SWOT menetelmää voidaan käyttää myös jonkin idean hyödynnettävyyden arviointiin. Sen etuja on helppokäyttöisyys. Menetelmän avulla osallistujat määrittelevät arvioinnin kohteen, esimerkiksi kehittämissidean. Tässä työssä se tarkoitti korttelikerhon toiminnan vahvuuksia (Strengths), heikkouksia (Weaknesses), mahdollisuuksia (Objectives) ja uhkia (Threats). SWOT-nimi tulee osa-alueiden englanninkielisestä nimestä. Eri ulottuvuudet kirjataan yleensä nelikenttään. Sisäiset tekijät, joihin kehittämistyössä voidaan vaikuttaa, ovat vahvuudet ja heikkoudet. Vahvuudet ovat positiivisia tekijöitä, jotka auttavat prosessin onnistumisessa ja tavoitteiden saavuttamisessa. Heikkoudet puolestaan vaikeuttavat prosessin onnistumista. Ulkoiset tekijät ovat prosessin ympäris-tön tarjoamia mahdollisuuksia ja luomia uhkia. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 63; Swot-analyysi 2010, hakupäivä 26.11.2010; Vuokila-Oikkinen, Janhonen & Nikkonen 2001, 92.)

On tutkittu, että yli 500 menestyneimmän organisaation ylivoimaisesti käytetyin strategisen johtamisen menetelmä on SWOT-analyysi. Suureen suosioon ovat vaikuttamassa useat syyt; muun muassa vahvuudet ja heikkoudet ovat tiivistelmä organisaation sisäisestä tilasta. Lisäksi mahdollisuudet ja uhkat ovat tiivistelmä yrityksen toimintaympäristöstä. Oikein laadittuna vahvuudet ja heikkoudet ovat suhteutettu kilpailutilanteeseen. Analyysiin on suhteutettu niin nykytilaa (vahvuudet, heikkoudet) kuin tulevaisuutta (mahdollisuudet, uhkat). Analyysi on helppo tehdä, koska pelkkä luku- ja kirjoitustaito riittävät. SWOT-analyysiä voidaan soveltaa monella tasolla ja alueella. Toimiala- ja yrityssokeuden vuoksi on tärkeää, että SWOT-analyysin tekemiseen osallistuu ihmisiä organisaation eri tasoilta ja jopa eri sidosryhmien edustajia yrityksen ulkopuolelta. SWOT-analyysi on käyttökelpoinen menetelmä niin kehittämisprosessin alkuvaiheen suunnittelussa kuin esimerkiksi prosessin itsereflektoinnissa prosessityöskentelyn aikana ja sen jälkeen. (Heikkilä ym. 2008, 63.)

Latvalan & Vanhanen-Nuutisen (2001, 21) sekä Tuomen & Sarajärven (2009, 108) mukaan sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn tietoaineiston tiivistämistä niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi. Analyysin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen, koska hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi.

Latvalan & Vanhanen-Nuutisen (2001, 21) mukaan sisällönanalyysissä on olennaista se, että tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toistensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Aineiston yksikkö oli tässä työssä ajatuskokonaisuus, esimerkiksi alkuperäiset ilmaisut muun muassa saa ulkoilla, kerhoon tullaan jalan ja päiväkävely. Ne ovat luokiteltu alaluokkaan, mahdollisuus liikkumiseen ja siitä on muodostettu pääluokka, joka on fyysinen aktiviteetti. Näin luokitellaan kaikki korttelikerhon neljä arvioinnin osa-alueita, joita ovat vahvuudet, mahdollisuudet, heikkoudet ja uhkat. Tässä työssä käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sen ensimmäinen vaihe on pelkistäminen, jolla tarkoitetaan, että aineistolta kysytään tutkimustehtävän mukaisia kysymyksiä. Tässä työssä kysymykset ovat:

Miten asiakkaat kokivat korttelikerhotoiminnan? Miten työntekijät kokivat korttelikerhotoiminnan? Kuviossa 5. on kuvattu tutkimustyön eteneminen vaiheittain.



Kuvio 5. Tutkimuksen eteneminen

6.4 Kehittämistoiminnan vaiheet

Kehittämistoiminnassa oli tunnistettavissa kahdeksan eri sykliä. Ryhmäinterventio toiminta, joita olivat syklit neljä, viisi ja kuusi kulkivat edestakaisin ja välillä limittäin. Toiminta ei edennyt järjestyksessä, mutta selkeyden vuoksi syklit on kuvattu erikseen.

Toimintatutkimuksen ensimmäisessä syklissä huomioitiin se, että palvelupäällikön pitämässä kotihoidon laatutapaamisessa tuli esille, että kotihoidon asiakkaille tehtyjen RAI-arviointijärjestelmän tulosten mukaan kotihoidon asiakkaat kärsivät sosiaalisesta eristymisestä ja yksinäisyydestä. THL:n antamaan tavoitteeseen ei päästy kognitio laatualueen, sosiaalinen eristyminen kohdassa. *Tavoiteeksi* asetettiin, että sosiaalinen eristyminen ja asiakkaiden kokema yksinäisyys vähenee. Toinen sykli oli se, että tutkija ja työntekijät ideoivat kehittämistyötä. Syntyi ajatus, että toteutetaan säännöllinen korttelikerho, sijainniltaan lähellä asiakasta, lieventämään yksinäisyyttä. Missä, milloin ja kenelle se järjestetään? *Tavoitteena* oli se, että saadaan tila kokoontumiselle, löydetään optimaalinen ajankohta osallistumiselle ja tiedotetaan kotihoidon asiakkaita alkavasta kerhosta.

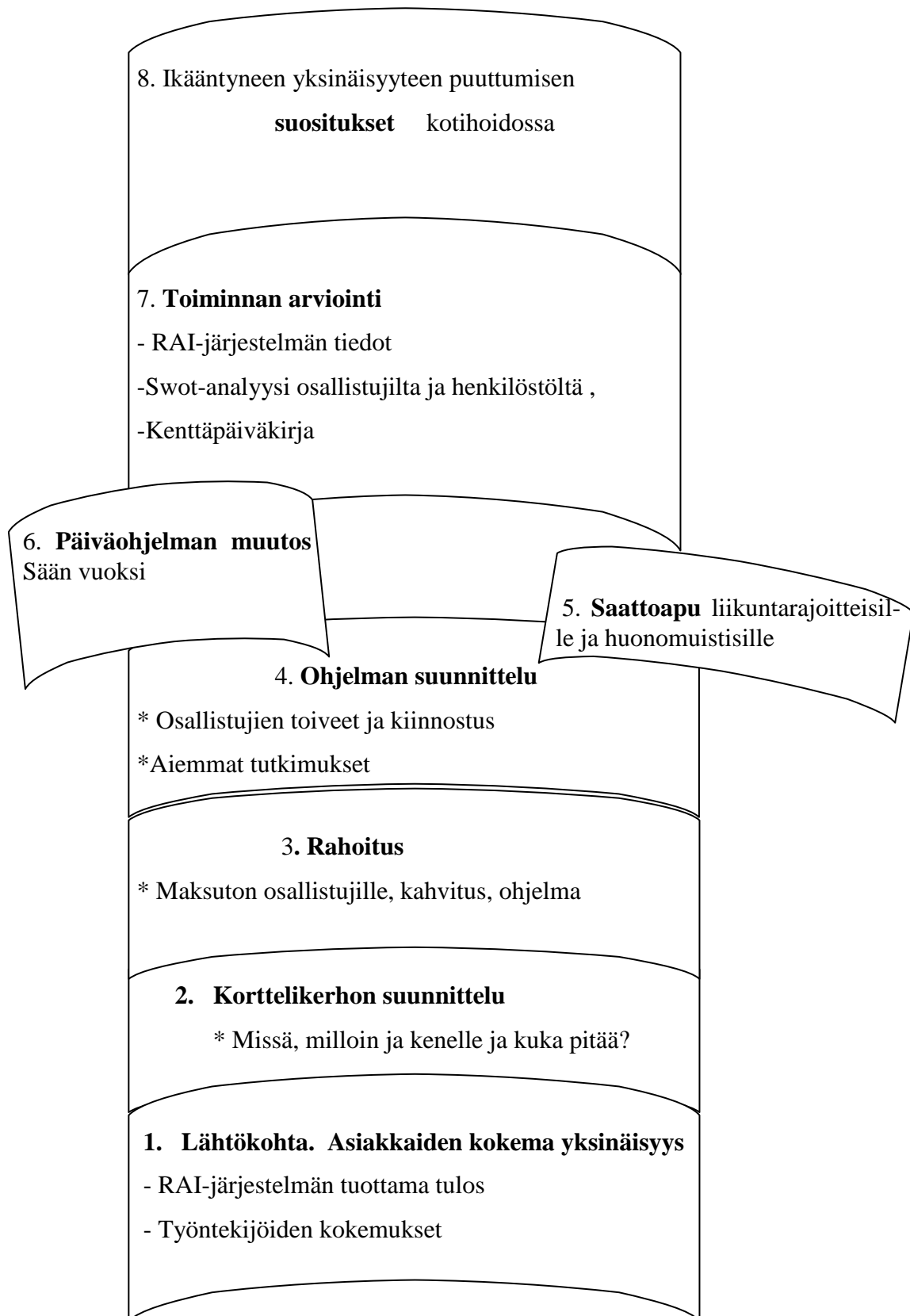
Kolmas sykli vastasi kysymyksen, mistä saadaan rahoitus ja miten onnistuu kahvituksen järjestäminen? *Tavoitteena* oli, että kerho on maksuton osallistujille ja saadaan rahoitus kahvitukselle ja ohjelman järjestämiselle. Neljännessä syklissä pohdittiin ohjelman suunnittelua ja tutkittiin aiempia aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja kartoitettiin osallistujien toiveet ja kiinnostus eri toimintaan. Aiempien tutkimusten mukaan psykososiaalinen ryhmäkuntoutus parantaa hyvinvointia, kognitiota ja terveyttä. Asiakkaat toivoivat yhteislaulua, bingoa, ulkoilua ja pieniä retkiä lähistölle. Tämä tuli esille ensimmäisellä tapaamiskerralla ja kerhon kuluessa. *Tavoite* sille oli saada kiinnostava ohjelma ja hyödyntää saatuja tutkimustuloksia aiheesta. (Pitkälä ym.2005, 60.)

Viides sykli on sisällöltään kerhon käytännön toteutusta. Se piti sisällään saattoavun järjestämistä kerhoon huonomuistisille ja / tai heikentyneen fyysisen liikuntakyvyn omaaville osallistujille. *Tavoitteena* oli, että saadaan asiakkaita kerhoon toimintakyvyn vaajeista huolimatta. Kuudes sykli piti sisällään sen, että muutokseen piti varautua esimerkiksi vaihtamalla kerhon päiväohjelma sään vuoksi. Sen *tavoitteena* oli, että asiakas pystyy osallistumaan ohjelmaan säästä huolimatta.

Seitsemäs sykli piti sisällään toiminnan toteutuksen arviointia määrällisesti ja laadullisesti. Koottiin RAI-mittariston keräämää tietoa ja toteutettiin kerhoon osallistuville asiakkaille ryhmähaastattelu sekä pyydettiin työntekijöitä täyttämään kirjallinen SWOT-analyysilomake sekä tutkijan kenttäpäiväkirjan tietojen siirtäminen SWOT-analyysiin.

Tutkija analysoi tiedot sisällönanalyysin keinoin. Sen *tavoitteena* oli, että saatiin kartoitettua korttelikerhon merkitys kerhoon osallistuville kotihoidon asiakkaille ja työntekijöille sekä kehittää toimintaa osallistujalähtöisesti. Kahdeksannessa syklissä kehitettiin yksinäisyyteen puuttumisen suositus kotihoitoon. Sen *tavoite* oli, että saadaan hoitotyön keinoja ikääntyneen ihmisen yksinäisyyden vähenemiseen.

Syklit toimivat pääpiirteissään edellä kuvatusti ja kuvio 6 jäsentää tutkimusprosessia tarkemmin. Kuvio kuvaa tutkimuksen vaiheet pelkistetyksi ja vaiheittain. Sivusyklejä syntyi kerhon käytännön järjestelyistä. Ne on kuvattu sykleissä viisi ja kuusi ja niiden olemassaolo oli koko toimintaprosessin aikana läsnä. Todellisuudessa suunnittelu, toiminta ja arviointi lomittuvat, eikä niitä voi erottaa toisistaan, niin kävi myös tässä työssä. (Heikkinen ym. 2006, 80, 124).



Kuvio 6. Ryhmäintervention toimintaprosessi vaiheittain

6.5 Ryhmäintervention ohjelma

Korttelikerhon ohjelma suunniteltiin aiempien tutkimustulosten ja asiakkaiden toiveiden mukaisesti. Toiminta suunniteltiin siten, että se ylläpitää ja parantaa ikääntyneen psykososiaalista hyvinvointia ja terveyttä. Asiakkailta kartoitettiin ensimmäisellä kerralla toiveita kerhon ohjelmasta. Lisäksi pitkin kerhon toteutusaikaa toiveita kirjattiin ylös tutkijan kenttäpäiväkirjaan. Asiakkaat toivoivat retkiä lähistölle, ulkoilua sekä kuorolaulua. Aiemmissa tutkimuksissa on tutkittu erilaisten psykososiaalisten ryhmien; taide- ja virikeryhmän, ryhmäliikunnan ja -keskustelun sekä terapeutin kirjoittamisen vaikutusta yksinäisyyden kokemiseen. Tuloksissa todettiin se, että psykososiaalinen ryhmäkuntoutus vaikutti monella tavalla myönteisesti yksinäisyydestä kärsivien ikääntyneiden elämää ja psyykkisen hyvinvoinnin ja kognitiivisten toimintojen paranemisena. Ryhmään osallistuneet kokivat itsensä terveemmiksi kuin kontrolliryhmäläiset, jotka eivät osallistuneet toimintaan. Terveystilan paraneminen näkyi vähäisempänä terveystalveluiden käyttönä. (Pitkälä ym. 2005, 30,44; Laatikainen 2009, 24; Saijonkari 2010, ha-
kupäivä 9.2.1010; Savikko 2008, 26.)

Leinosen (2008, 228) mukaan psyykkinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen aktiivisuus ovat tärkeitä myös itse arvioidun terveyden määrittäjiä. Tällä korttelikerholla luotiin kotihoidon asiakkaille sosiaalinen toimintaympäristö, jossa osallistujat pääsivät sosiaalisiin suhteisiin toistensa kanssa ja saavat toteuttaa edellä kuvattuja asioita.

Korttelikerhossa yhdessäolo oli luontevaa ja välitöntä. Psykososiaalista hyvinvointia tuettiin myös tekemällä yhteisiä pieniä retkiä. Retket pihalle makkaran paistoon, lähipuistoon ja opastettu Potnapekka-ajelu kaupungilla olivat tykättyjä ja mieleenpainuvia. Jokaisen kerhotuokion päätteeksi kahviteltiin makoisan kahvileivän kera. Kahvileivällä pyrittiin huomioimaan ajankohtaisuus; mansikat, mustikat tarjoiltiin niiden kypsyttyä. Helteellä syötiin vesimelonia ja juotiin kivennäisvettä. Asiantuntijavierailussa kotisairaanhoidon lääkäri tuli käymään ja hän vastasi asiakkaiden mieltä askarruttaviin yleisiin terveysasioihin. Ryhmän vetäjät huolehtivat siitä, että jokainen kerholainen sai sanoa mielipiteensä ryhmässä keskustelussa olevasta teemasta ja jokainen huomioitiin yksilönä. Musiikki oli usealle osallistujalle tärkeää ja toivottua. Jokaisella tapaamiskerralla yhteislaulut olivat tärkeä osa ohjelmaa. Ohjelmana oli myös musiikin kuuntelemista. Viuluduo soitti elävää musiikkia ja eräs kerholainen soitti meille huuliharppua. Muuta-

mina kertoina järjestimme levyraadin monipuolisesta musiikista entisajoista nykypäivään. Muistia aktivoivia ohjelmia olivat lisäksi muistivoimistelu, sana-arvoitukset ja muistelu eletystä elämästä kuvien avulla. Viimeisellä kerhon tapaamiskerralla katsottiin valokuvia ja muisteltiin retkiä ja kerhon tapahtumia sekä ohjelmaa seinälle heijastetun powerpoint-esityksen välityksellä.

Sosiaalinen kanssakäyminen ja yhdessä tekeminen olivat pääosassa myös fyysistä toimintakykyä vaativassa ohjelmassa ja sitä oli järjestetty monipuolisesti. Korttelikerhon, jokaisella tapaamisella ohjelmassa oli fyysisen kunnon ylläpitoon suunnattua ohjelmaa. Kerhotilan seinällä pidettiin VOITAS (voima- ja tasapaino)-voimisteluohjetta. Se on Ikäinstituutin kehittämä Kävely kevyemmäksi-kotivoimisteluohje (2011, hakupäivä 24.1.2011). Osa organisaatiomme työntekijöistä on ollut aikaisemmin VOITAS - koulutuksessa. Lisäksi ohjelmassa oli istumatanssia, tanssia, venyttelyä, pallohierontaa, päähierontaa ja ulkona puistovoimistelua. Asiakkaat tulivat kerhoon pääsääntöisesti jalan, silloin hyötyliikuntaa ja ulkoilua tuli jokaiselle osallistujalle. Kerhotila koettiin välillä liian viileäksi, joten silloin noustiin usein istuimelta seisomaan ja ylös ja kierrettiin pöytäryhmä reunasta kiinni pitäen. Tämä taukovoimistelu vilkastutti verenkiertoa ja tilan viileys unohtui.

Tämän työn tekijä oli vastuussa kerhon ohjelmasta, suunnittelusta ja toteutuksesta ja oli paikalla lähes jokaisella kerhotapaamisella. Muutamalla kerralla vastuu ja suunnittelu siirrettiin toiselle työntekijälle sovitusti. Kerhoon osallistui kaikkiaan alueen työntekijöistä yhteensä 16. He antoivat osallistujille saattoapua siirtymisissä. Silloin he pistäytyivät tuomaan ja hakemaan asiakkaan kerhoon tai kerhosta pois.

7 KEHITTÄMISTOIMINNAN TULOS

7.1 Kerholaisten kokemus yksinäisyydestä

Ensimmäinen tutkimuskysymys oli, että miten RAI -arvioinnin antama tulos näyttäytyy korttelikerhon jälkeen asiakkaan yksinäisyyden kokemuksessa? Toinen tutkimuskysymys haki vastausta siihen, että minkälainen merkitys asiakkaan kognitiolla on yksinäisyyden kokemukseen kotihoidossa? Kysymyksiin haettiin vastausta vakioidulla RAI -mittaristolla. Tämän työn laatualueeksi on otettu mittaristosta kognitio: sosiaalinen eristyminen ja siitä yksinäisyys - muuttujat. Kognition tasot on eroteltu siten, että eri kognition asteen mukaan $CPS = 0$ (ei kognitiivista häiriötä), $CPS > 0$ (rajatilainen kognitiivinen häiriö, kognition lievä heikkeneminen) ja $CPS > 2$ (kognition keskivaikea heikkeneminen, vaikea ja erittäin vaikea heikkeneminen). Kognition heikentymisellä tarkoitetaan tässä muistin heikentymistä.

Kehittämistyön alussa, 31.3.2010 mennessä, oli tehty jokaisesta korttelikerholaisesta RAI-arviointi ($n=25$) ja korttelikerhon päättyessä tehtiin osallistujille ($n=25$) uusi RAI-arviointi 30.9.2010. Saatuja tuloksia verrattiin keväällä saatuihin tuloksiin ja arvioitiin, miten yksinäisyys näyttäytyy RAI-mittariston tuloksen mukaan ja oliko korttelikerholla merkitystä yksinäisyyden kokemuksen lievenemiseen kerhoon osallistuvilla asiakkailla valitun kognition tason muuttujan kohdalla? Näitä tietoja on koottu ja kartoitettu RAI-arviointijärjestelmän laatumoduuliohjelmalla.

Maaliskuussa 2010 RAI-arvioinnit tehtiin jokaiselle 25 osallistujalle. Heistä ei kukaan saanut CPS arvoa nolla, joista kukaan ei ilmaissut itseään yksinäiseksi. Osallistujista kolme henkilöä sai hieman nollaa suuremman CPS arvon ja he ilmaisivat itsensä yksinäiseksi. Osallistujista yksi sai CPS arvon suurempi kuin kaksi ja hän koki itsensä yksinäiseksi. Alkutilanteen tulos oli se, että yhteensä neljä asiakasta koki yksinäisyyttä ja osallistui korttelikerhoon ja heillä oli kognition eli muistin heikentymistä.

Syyskuussa 2010 RAI-arviointi tehtiin samoille 25 kerhoon osallistujalle. Heistä ei kukaan saanut CPS arvoa nolla ja heistä kukaan ei ilmaissut itseään yksinäiseksi. Osallistujista neljä henkilöä sai hieman nollaa suuremman CPS arvon, he ilmaisivat kokevansa itsensä yksinäiseksi. Lisäksi kaksi henkilöä sai CPS arvon suurempi kuin kaksi ja he ilmaisivat olevansa yksinäisiä.

Lopputuloksena saatiin, että yhteensä kuusi asiakasta koki itsensä yksinäiseksi ja heillä oli jonkin asteinen kognitiivinen vaje eli muistihäiriö. Korttelikerholla ei ollut merkitystä asiakkaan kokemaan yksinäisyyteen RAI- mittariston tuloksen mukaan. Yksinäisiä oli korttelikerhon päätyttyä kaksi enemmän kuin keväällä ennen korttelikerhon alkua. Yksi asiakas, joka oli aloittanut kerhon keväällä, ei kokenut enää syksyllä itseään yksinäiseksi RAI-mittariston tuloksen mukaan.

Taulukko 1. Osallistujien RAI – järjestelmän tuloksen yhteenveto.

RAI-arvioinnin päi- vä määrä	kogni- tio CPS = 0*	kokee yk- sinäisyyttä ja osallistui kerhoon	kogni- tio CPS > 0**	kokee yk- sinäisyyttä ja osallis- tui kerhoon	kogni- tio CPS> 2 ***	kokee yksinäisyyt- tä/osallistui ker- hoon
31.3.2010 n=25	0	0	3	3	1	1
30.9.2010 n= 25	0	0	4	4	2	2

*muisti ja muistaminen: CPS = 0, normaali muisti,

** CPS > 0, hieman heikentynyt muisti

***CPS > 2, keskivaikea muistisairaus

7.2 Korttelikerhon kokemus asiakkailla ja työntekijöillä

Kolmas tutkimuskysymys, miten asiakkaat ja työntekijät kokivat korttelikerhotoimin-
nan, haettiin vastausta SWOT-analyysillä. Tässä työssä analyysi tehtiin ryhmähaastatte-
luna kerhoon osallistujille (n=11) ja kirjallisena arviointina työntekijöille. Viimeisellä

kerralla kerholaisia oli yhteensä 11 henkilöä paikalla. Lisäksi viimeisellä kerhotapaamisella oli kerhon rahoittajan edustaja läsnä organisaation ulkopuolelta sekä edustaja organisaation johdosta ja henkilökuntaa yhteensä seitsemän henkilöä. Heiltä saatiin myös suullista arviointia toiminnasta. Työntekijöille jaettiin kirjallinen arviointilomake (liite 6.) yhteisessä tiimipalaverissa. Lomakkeen sai yhteensä 15 henkilöä. Lomakkeita palautui kuusi (n=6) ja osa antoi vain suullista palautetta, minkä tutkija kirjasi ylös kenttäpäiväkirjaan. Analyysistä saatu tieto on luokiteltu alkuperäisistä ilmaisuista alaluokan kautta pääluokkaan ja niistä on tehty yhteenveto kyseessä olevasta aiheesta. Aiheet olivat vahvuudet, mahdollisuudet, heikkoudet ja uhkat. Yhteenveto SWOT-analyysin luokittelusta on kuvattu liitteessä 8.

Korttelikerhon vahvuutena oli osallistujien ja työntekijöiden mukaan positiivinen ympäristö, fyysisen aktiviteetin mahdollisuus, positiivinen vuorovaikutus osallistujien välillä ja kerhon avulla asiakkaan toimintakyky paranee ja toteutuu kokonaisvaltainen hoitosuhde.

Osallistujien mukaan korttelikerho sijaitsi hyvällä paikalla katutasossa. Sinne oli helppo tulla ja se oli lähellä asiakkaiden kotia. Kerhoon tullessa sai ulkoilua ”ilmaiseksi”. Kerhokesänä asiakkaat saivat ulkoilla joka viikko. Kerhossa luotiin kontaktia toisiin ihmisiin ja paikalla oli tuttuja hoitajia. Kerhosta sai mielenvirkeyttä. Hoitoalan ollessa naisvaltainen työntekijöiltään, miesasiakkaat kokivat saavansa kaivattua miesseuraa toisista mieskerholaisista. Kerholaisten koostuessa naisista ja miehistä, se toi monipuolisuutta keskusteluihin. Keskustan alueella on aktiivisia ja luovia hoitajia, jotka ovat järjestäneet, suunnitelleet ja toteuttaneet kerhon ja avustaneet kerholaisia tulemaan paikalle saattoavun muodossa. Asiakasta kuunneltiin ohjelman järjestelyissä ja asiakas sai osallistua pieniin askareisiin esimerkiksi laittaa tarjoiluja esille. Asiakas sai positiivisen tunteen, että vielä jaksaa ja pystyy osallistumaan kerhoon. Kivut ja säryt jäivät silloin takalalle.

Kerhon mahdollisuuksina tuli esille se, että siellä oli positiivinen vuorovaikutus osallistujien ja työntekijöiden välillä. Samalla osallistujien vahvuuksien tuettiin ja tehtiin verkostoitua yhteistyötä muun muassa omaisten kanssa. Nämä tulivat esille siinä kun työntekijät ja asiakkaat tutustuivat toisiinsa normaalista hoitotyöstä poikkeavassa yhteydessä. Kohtaaminen kerhossa oli luontevaa ja keskustelu ei keskittynyt asiakkaan vaivai-

hin, mihin keskustelu kotona usein kääntyy ja samalla vahvistaa sairauden tunnetta. Kerholaiset tutustuivat lähistöllä asuviin ikääntyneisiin luontevasti kerhossa. Kerhoon osallistui useita opiskelijoita, jotka saivat harjaannusta muun muassa sosiaalisesta kanssakäymisestä ja ryhmän ohjauksesta. Osallistujat toivat esiin myös seurakunnan tai järjestöjen yhteistyön mahdollisuuden kerhon järjestämisessä. Joillakin kerholaisilla oli usean korttelin pituinen matka tulla kerhoon, joten he toivoivat toiselle puolen aluetta toista vastaavaa kerhoa. Kerhokuljetuksiin osallistui myös omaisia, jotka pitivät tärkeänä läheisensä osallistumista kerhoon. Kerhossa sai osallistua ohjelman tekoon omien toiveiden mukaan. Kerho toi esiin uusia kykyjä asiakaskunnasta. Eräs asiakas soitti huuhiharppua ja se kokemus oli positiivinen molemmin puolin. Eräs aktiivinen asiakas harkitsi kerhoemännäksi alkamista, koska kerhotoiminta ja vapaaehtoistyö olivat hänelle tuttua ja mielekästä. Siinä missä muistihäiriöinen ei muista tämän päivän asioita, niin osaa kuitenkin laulaa tutun vanhan laulun ulkomuistista. Hoitajien oli voimaannuttavaa huomata erilaisia vahvuuksia asiakkailla, vaikka asiakkaan arkimuistaminen oli heikentynyt.

Kerhon heikkouksina osallistujat kokivat epäsopivan tilavarustuksen ja sen, että kerhotoiminta ei ollut vakiintunutta. Tämä tuli esille konkreettisina puutteina muun muassa tilassa oli huonot istuimet ja välillä kerhopaikka oli kylmä ja ahdas. Kerho suunniteltiin määräajaksi ja samoin rahoitus kahvitukselle. Työntekijät kokivat, että heikkoutena oli se, että ohjelman järjestämiseksi ei ollut varattu rahoitusta juurikaan. Pelit, musiikin ja levysoittimen tutkija hankki omista varastoista ja kirjastosta. Ohjelman järjestäminen kaikille sopivaksi oli haasteellista, koska osallistujat olivat heterogeeninen joukko ihmisiä. Kerhotilassa ei ollut valmista astiastoa ja vetäjät kuljettivat kaiken tarvittavan materiaalin paikalle. Kahvinkeitin oli kerhohuoneessa valmiina, mikä helpotti osaltaan kahvituksen järjestämistä.

Kerhon uhkia olivat asiakkaiden ja työntekijöiden mielestä negatiivinen ympäristö eli ahdas tila, huonot istuimet ja tilan huono varustetaso ja toiminnan vakiintumattomuus sekä osallistujien sairauden eteneminen. Tämä tuli esille siinä, kun tien ylitys vilkkaan kadun yli oli joillekin osallistujille joka kertainen koetus. Samalla osallistujien heikentynyt terveys toi kerhon kuluessa esteitä osallistumiselle.

Johtopäätösten ja toimenpide-ehdotusten ja suositusten tekemisen lähtökohtana voidaan pitää ajatusmallia, että analyysin vahvat puolet käytetään hyväksi ja vahvistetaan. Heikot puolet poistetaan, lievennetään ja vältetään. Mahdollisuuksista varmistetaan niiden hyödyntäminen ja uhkat kierretään, lievennetään, poistetaan ja käännetään mahdollisuuksiin. (Kamensky 2010, 192-193.)

Pitkälä ym. (2005, 30,44); Laatikainen(2009, 2); Saijonkari (2010, hakupäivä 9.2.1010) sekä Savikko (2008, 26) kuvaavat teoksissaan useita asioita, joilla voidaan vaikuttaa ikääntyneen yksinäisyyden kokemuksen vähenemiseen. Lisäksi tämän työn SWOT-analyysin pääluokkien perusteella kehitettiin yksinäisyyden puuttumisen suositus kotihoitoon. Suositus on kuvattu kuviossa 7. Kuvio kuvaa kotihoidon työntekijän mahdollisuuden puuttua hoitotyön keinoin asiakkaan kokemaan yksinäisyyteen. Keinoja ovat keskustelu yksinäisyydestä asiakkaan kanssa. Työntekijällä on mahdollisuus suunnitella yhdessä asiakkaan kanssa sosiaalista ryhmätoimintaa yhteistyössä omaisten ja läheisten kanssa. Samalla työntekijä motivoi ja kannustaa asiakasta osallistumaan toimintaan ja tarvittaessa avustaa toimintaan siirtymisessä muun muassa avustaa kuljetuksen järjestämisessä ja sen toteutuksessa.

Ryhmäintervention mahdollisuuksina on luoda asiakkaalle fyysistä aktiiviteettia osallistuessaan kerhoon. Se toteutuu järjestämällä monipuolista ohjelmaa, jolla voidaan tukea asiakkaan toimintakykyä ja vähentää yksinäisyyden kokemusta. Kokonaisvaltainen hoitosuhde toteutuu asiakkaan kohdalla, koska hänet huomioidaan ryhmässä kokonaisuutena ja tuetaan osallistujan vahvuuksia. Hoitosuhde ei ole pelkästään sairauslähtöistä avustamista. Ryhmätoiminnassa on mahdollisuus luoda positiivinen vuorovaikutus osallistujien kesken. Positiivinen ympäristö toteutuu, koska toiminta on suunniteltu ja toteutettu tiloissa, jotka on rakennettu juuri kyseistä asiakasryhmää varten.

Ryhmätoiminnan tavoitteena on asiakkaan yksinäisyyden ja sairauden tunteen vähenemien. Tutkitusti hoitoon liittyvien palvelujen tarve vähenee ja asiakas kokee hyvinvointinsa ja terveyden tunteen lisääntyvän. Kerhotoiminnalla voidaan lisätä ja tukea asiakkaan toimintakykyä ja muistia. (Pitkälä ym. (2005, 30,44); Laatikainen (2009, 2); Saijonkari (2010, hakupäivä 9.2.1010); Savikko (2008, 26.)

7.3 Yksinäisyyden puuttumisen suosituksia kotihoidossa

Ihmisen ominaisuuksiin kuuluu kanssakäyminen toisten ihmisten kanssa. Terveyden ja hyvinvoinnin takaamiseksi ihminen tarvitsee sosiaalisia suhteita vähentämään omaa hyvinvointia uhkaavia tekijöitä, kuten yksinäisyyttä. Jokaisen hoitotyöntekijän pitäisi ottaa yksinäisyys puheeksi asiakkaan kanssa hoitosuhteen kuluessa. Se jo auttaa yksinäistä ikääntynyttä.

Ikääntyneen yksinäisyyden puuttumisen suosituksia:

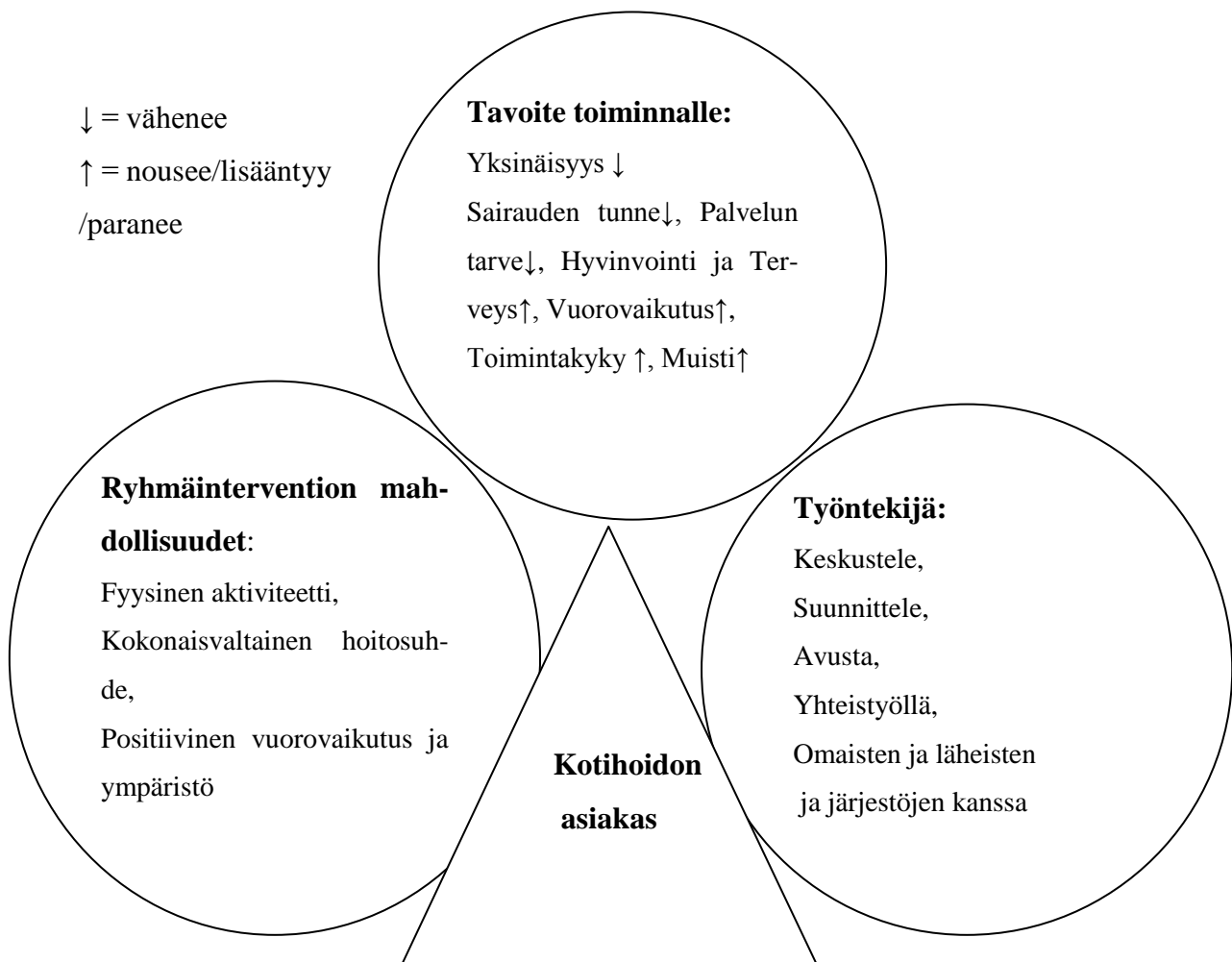
Keskustele asiakkaan kanssa yksinäisyydestä.

Motivoi ja markkinoi asiakkaalle ryhmätoimintaa.

Suunnittele asiakkaan kanssa psykososiaalista toimintaa ja toteuta se.

Avusta asiakasta toisten seuraan.

Tee yhteistyötä omaisten, järjestöjen ja seurakunnan kanssa.



Kuvio.7. Yksinäisyyden puuttumisen suosituksia kotihoidossa

8 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

Tämän opinnäytteenä tehdyn työelämän kehittämistyön tarkoituksena on parantaa kotihoidon laatua ja vähentää iäkkään ihmisen yksinäisyyttä viikoittaisen korttelikerhon avulla ja arvioida korttelikerhon merkitystä kotihoidon asiakkaalle. Kehittämistoiminnan arvioinnin yhteenvedon perusteella kehitettiin suosituksia puuttua ikääntyneen ihmisen yksinäisyyteen kotihoidossa. Kehittämistoiminnan tarkoituksena on saada vastaus kysymyksiin ensimmäiseksi miten korttelikerhon jälkeen tehty RAI -arvioinnin tulos näkyy asiakkaan esiin tuomassa yksinäisyyden kokemuksessa?

Tämän työn RAI- arvioinnin alku- ja loppumittauksen tulos osoitti, että kerholaisista lähes viidennes koki yksinäisyyttä. Lähes kolmannes ikääntyvistä kärsii yksinäisyydestä aiempien tutkimusten mukaan. Psykososiaalisella interventiolla voidaan lieventää ja samalla ehkäistä yksinäisyyttä, mutta kokemukset ovat aina yksilöllisiä ja vaikutukset voivat olla hankalasti mitattavissa. Lisäksi ryhmästä voi saada vertaistukiverkoston ja ryhmä vähentää turvattomuuden tunnetta. (Tiikkainen 2006, 49; Routasalo ym. 2005, 31; Laatikainen 2009, 15-16.)

Routasalo ym.(2005, 25) ovat tuoneet esiin sen, että ei-yksinäiset ovat aktiivisimpia osallistumaan kuin yksinäiset. Ryhmäinterventioon osallistui enemmän sellaisia asiakkaita, jotka eivät lähtötilanteessa kokeneetkaan yksinäisyyttä. Ilmiö on samassa linjassa aiemman tutkimustuloksen kanssa. Tämän työn RAI-arvioinnin loppumittauksessa tuli esille myös se, että asiakkaat kokivat yksinäisyyttä enemmän (kuusi henkilöä) kun alkutilanteessa (neljä henkilöä). Tätä selittää osaltaan se, että ryhmäintervention alussa ei laitettu osallistumiskriteeriksi yksinäisyyden kokemista, vaan kaikki halukkaat saivat osallistua ryhmäinterventioon eli korttelikerhoon.

Rai-mittarin tuloksen mukaan yhdellä kerholaisella yksinäisyyden tunne oli poistunut kokonaan korttelikerhon kuluessa. Samalla Oulun kaupungin hoitopalvelun tilaajan sopimus koko kotihoidon RAI-laaturavoitteeksi vuonna 2010 sosiaalisen eristäytymisen osalta oli asetettu 25 prosenttia. Laaturavoitteessa tyydytään siihen, että asiakkaista 25 prosenttia on sosiaalisesti eristyneitä ja kokevat itsensä yksinäiseksi. RAI-arvioinnin tu-

losyhteenvedot tehdään kaksi kertaa vuodessa, maaliskuussa ja syyskuussa. Kotihoidon laatuyhteenvedon osalta, vuonna 2010, RAI tulos maaliskuussa näytti, että 40 prosenttia asiakkaista oli sosiaalisesti eristynyt. RAI tulos syyskuussa 2010 osoitti, että 41 prosenttia asiakkaista oli sosiaalisesti eristynyt. Tämän kehittämistyön tulos oli samansuuntainen, kuin koko kaupungin kotihoidossa yhteensä eli sosiaalinen eristyminen hieman lisääntyi syksyllä RAI-tuloksen mukaan. (Kotihoidon RAI-laaturavoitteet 2010, 2.)

Toiseksi haettiin vastausta kysymykseen: minkälainen merkitys asiakkaan kognitiolla on yksinäisyyden kokemukseen kotihoidossa? Rai-mittariston antama tulos on aiempien tutkimusten mukaisesti saman suuntainen siten, että ikääntyneiden yksinäisyyden tunne ennakoii kognition, eli muistin heikkenemistä ja siihen voidaan vaikuttaa esimerkiksi vapaaehtoisjärjestötoiminnan tai päiväsairalan keinoin. Kerhotoiminnan mielekkyyttä puoltaa tulos, että sosiaalinen aktiivisuus ja aktiivinen vapaa-ajan toiminta saattaa suojata vanhusta muistihäiriön alkamiselta ja tai etenemiseltä ja auttaa säilyttämään kognitiivista toimintakykyä. (Tilvis, Pitkälä, Jolkkonen & Strandberg 2000, 2139, haakupäivä 2.2.2011; Laatikainen 2009, 14.)

Tiikkainen (2006, 24) ja Pitkälä ym. (2005, 8) toteavat tutkimuksissaan, että yksinäisyyttä kuvaa kaksi eri ulottuvuutta. Ne ovat emotionaalinen yksinäisyys ja sosiaalinen yksinäisyys. RAI-arvioinnissa käsitellään sanaa yksinäisyys yhtenä ilmiönä, eikä siinä erotella yksinäisyyttä emotionaaliseen ja sosiaaliseen yksinäisyyteen. Hoitajien kysyessä asiakkaalta, että koetko itsesi yksinäiseksi, on asiakkaan helppo vastata, että olen yksinäinen, koska asun yksin leskeytymisen vuoksi ja sosiaalisia suhteita ei ole paljon muun muassa korkean iän vuoksi. Käsitteeseen yksinäisyys on monia eri näkökulmia ja siihen vaikuttavat useat eri asiat, kuten teoriassa (luku 5.) on kuvattu jo aiemmin. Yksinäisyyteen vaikuttavat muun muassa ikääntyneen ihmisen persoonallisuuden piirteet, kulttuuri, elämänhistoria, tavoitteet, motiivit ja henkilökohtaiset selviytymiskeinot.

Marin (2008, 73) kirjoittaa, että sosiaalisissa verkoissa, kuten tässä toteutetussa ryhmäinterventoryhmässä, vieraat on helposti vaihdettavissa toiseen vieraaseen hoitajaan. Sen sijaan ystävien, perheenjäsenten tai tuttavien vaihtaminen on vaikeampaa. Perheen ja suvun muodostamat verkostosuhteet ovat monesti hyvin henkilöityneitä, ja ne eivät ole helposti korvattavissa muilla henkilöillä.

Kolmanneksi kehittämistyössä haettiin vastausta siihen, että miten asiakkaat ja työntekijät kokivat korttelikerhotoiminnan. Asiakkaiden ja työntekijöiden SWOT- analyysistä tuli esille korttelikerhon tarpeellisuus tavalliseen ja luontevaan toisten ihmisten kohtamiseen. Ikääntyneellä ihmisellä ei ole itsestään selvää, että saa kontaktia samassa elämän tilanteessa oleviin ihmisiin ja pääsee ulkoilemaan säännöllisesti. Taajama- ja kaupunkialueella asuvilla erilaiseen harrastustoimintaan osallistumisen kannustamisella ja houkuttelevien viherympäristöjen rakentamisella voidaan ennaltaehkäistä yksinäisyyttä ja tehdä tapaamiset ystävien kanssa houkuttelevaksi. Myös ystävien ja perheen kanssa ruokailu on emotionaalinen voimavara ja se yllä pitää samalla sosiaalisia kontakteja toisiin ihmisiin. Tämän työn myötä tuli myös esille pienten retkien merkitys lähellä olevaan vihreään ja vihreään puistoon ja sen virkistävä ja piristävä vaikutus. Suomessa yleensä odotetaan kesää ja samalla helpompaa ulkoilu mahdollisuutta. (Elo 2006, 140-143; Pettigrew & Roberts 2008, 302-309.)

Pitkälä ym.(2005, 60) ja Laatikainen(2009, 23) tuovat esiin, että psykososiaalinen ryhmäkuntoutus, johon korttelitoimintaa voi verrata, vaikutti monella tavalla myönteisesti yksinäisyydestä kärsivien ikääntyneiden elämään. He voivat hyvin ja samalla he aktivoituivat sosiaalisesti ja elämän halun muutosten ja aktiivisen elämänhallinnan lisääntyminen ja voimaantuminen oli todettavissa osallistujilla. Muistisairaat vanhukset tarvitsevat nykyistä enemmän viriketoimintaa. Kognitiivisen stimulaatioon perustuva kuntoutus tulisi aloittaa mahdollisimman varhain, jotta se olisi mahdollisimman tehokasta. Liikkumisen on todettu edistävän muistisairaahan toimintakykyä ja samalla mielekäs ryhmätoiminta on yksi kuntoutuksen elementti.

Tiikkaisen (2011, 99), Stengårdin (2011, 105) ja Heikkisen (2007, 139) mukaan ikääntyneiden hoitosuhteessa muistisairauden ennaltaehkäisyyn pitäisi olla ensisijainen tavoite ja hän korostaa muistisairaahan ihmisen terveyden edistämistä ja se alkaa ennaltaehkäisystä. Muistisairauden ennaltaehkäisyyn liittyvät liikunta, terveellinen ruokavalio ja sosiaalinen kanssakäyminen toisten ihmisten kanssa. Tässä työssä toteutettu korttelikerho edustaa ja toteuttaa edellä kuvattua sosiaalista kanssakäymistä yksin asuville kotihoidon asiakkaille. Iäkkäiden ihmisten mielenterveyden edistäminen on laaja-alaista toimintaa, jonka tulee perustua tietoon ikääntyvien tarpeista. Ikääntyvien mielenterveyttä voidaan edistää esimerkiksi tarjoamalla mahdollisuuksia mielekkääseen toimintaan sekä yhteisön päätöksentekoon osallistumiseen. Lisäksi mielenterveyden hyväksi on edistää ter-

veellisiä elämäntapoja ja vahvistaa positiivisia ihmissuhteita ja vähentämällä yksinäisyyttä. Edellä kuvatut tavoitteet toteutuivat osiltaan asiakkaan osallistuessa korttelikerhoon. Yksinäisyyden poistaminen ja kumppanuuden sekä turvallisuuden tunteen lisääminen luovat elämään tyytyväisyyttä.

Yksinäisyys on yleistä. Se johtaa elämänlaadun heikkenemiseen ja ennenaikaiseen kuolemaan. Yksinäisyydestä kärsimistä voidaan lieventää hoitotyön keinoin. Tutkimuksissa on saatu hyviä kokemuksia ryhmäintervention merkityksestä ikääntyneille yksinäisille. Yksinäisyyden kokemukseen ja kärsimykseen liittyy monia tekijöitä, joita kaikkia ei tunneta. Yksimielisiä ollaan siitä, että ihminen itse voi ainoastaan kertoa yksinäisyydestä ja tunteistaan, jota se herättää. Tärkeintä on ottaa aihe puheeksi ja keskustella siitä yksinäisen ihmisen kanssa hänen omilla ehdoillaan. Vaikka korttelikerhon merkitystä ei voitu osoittaa mitattavaksi RAI-arviointimittarin muuttujalla yksinäisyys ja kognition eri asteilla, niin SWOT-analyysin tuloksen myötä voidaan kuitenkin osoittaa ryhmäintervention olevan merkityksellinen sosiaalinen kohtaamispaikka kotihoidon iäkkäille asiakkaille. Ikääntynyttä pitäisi rohkaista puhumaan yksinäisyydestä ja keskustella avoimesti siitä, niin se jo helpottaisi ja henkilö voisi huomata, että yksinäisyyden kokemusta voidaan helpottaa. (Routasalo 2008, 193.)

9 KEHITTÄMISTYÖN TOTEUTUKSEN ARVIOINTI

Kehittämistyön alkusykäys tuli työyhteisön sisältä, joka mielestäni on hyvä lähtökohta lähteä kehittämään toimintaa työyhteisössä. Henkilöstö osallistui korttelikerhon toteutuksen järjestämiseen kiittävästi. Kerhon toteutuksen edetessä henkilöstö vakiinnutti toimintaansa torstaituokion suuntaan. Puolella vuodessa kerho löysi oman paikkansa ja se tuli tutuksi niin asiakkaille, omaisille kuin henkilöstöllekin. Kotihoito on laaja hoitotyön alue ja korttelikerhon organisointi ja toteutus tehtiin perustyön ohessa. Kiitos sen onnistumisesta kuuluu koko työyhteisölle ja organisaation johdolle luottamuksesta, että saatiin kerho toteuttaa. Suunnittelu ja kirjallinen tuotos on työstetty tämän työn tekijän omalla ajalla työn, perheen ja harrastusten kilpaillessa ajasta.

Heikkisen (2006, 35) ja Metsämuurosen (2008, 31- 32) mukaan toimintatutkimuksen toteutusta havainnoidaan ja reflektoidaan käytännön aikana ja sen päätyttyä ja kokemusten pohjalta suunnitellaan entistä parempi uusi toimintamalli. Mielestäni tämä kehittämisprosessi onnistui hyvin, koska olin tutkijana mukana sekä työyhteisön arjessa että samalla tässä kehittämistyössä. Palautetta ja arviointia tuli luontevasti pitkin matkaa. Palaute kirjoitettiin muistiin kenttäpäiväkirjaan ja se siirrettiin käytäntöön seuraaville kerroille. Tällä hetkellä organisaatiossa on toiminnassa kaksi kokopäiväistä päivätoimintapaikkaa sekä muutamia erillisiä ryhmiä eri puolilla kaupunkia. Kotihoidossa arkikokemus on se, että näihin ryhmiin pääsy on haasteellista ja kuljetus tuo eteen omat haasteet niin asiakkaille kuin henkilöstöllekin. Virkistystoimintaan tulijoita on enemmän kuin pystytään ottamaan vastaan.

9.1 Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys

Anttilan (2007, 146) mukaan luotettavuudella tarkoitetaan sitä, että vastaako valittu tutkimusmenetelmä niihin kysymyksiin, mihin haetaan vastausta. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että rakennetaan sellainen interventiostrategia, että sen ketjun avulla saadaan vastaukset kehittämishankkeen kysymyksiin. Tässä työssä haettiin vastausta kolmeen tutkimuskysymykseen. Ensimmäiseksi, miten korttelikerhon jälkeen tehty RAI-arvioinnin tulos näkyy asiakkaan esiin tuomassa yksinäisyyden kokemuksessa? Toisek-

si, minkälainen merkitys asiakkaan kognitiolla on yksinäisyyden kokemukseen kotihoi-
dossa? Kolmanneksi, miten asiakkaat ja työntekijät kokivat korttelikerhotoiminnan?
Vastauksia haettiin yhtäältä valmiilla RAI-mittaristolla ja toisaalta SWOT-analyysillä.
Aineistoa kerättiin ja analysointi toteutettiin kahdella menetelmällä.

Toimintatutkimus valikoitui tämän työn tutkimusmenetelmäksi, koska tässä prosessissa
tutkija ja osallistujat olivat koko ajan yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa keskenään ja
nykyistä kotihoitoa haluttiin kehittää. Toimintatutkimukseen kuuluu osallistava suunnit-
telu, kehittämisprosessi tehdään yhdessä tutkijan kanssa ja niiden toimijoiden kanssa,
joita asia koskee ja jotka osallistuvat aktiivisesti prosessin kulkuun. (Anttila 2007, 135).

Ensimmäiseen ja toiseen tutkimuskysymykseen hain vastausta valmiista mittaristosta, ja
mikä tulos analysoitiin Raisoftin® -laatumoduuliohjelmalla. Analysoitavat tulokset va-
littiin 25 kerholaisen mittaritulosista, joiden kriteereiksi laitettiin eri kognition eli
muistamisen tasot ja yksinäisyyden kokemus. Aineiston kartoitus ja kerääminen vaati-
vat RAI -laatumoduuliohjelman perehtymisen ja aineiston tulkinnan harjoittelun. Van-
hustenhuollon resurssien ja laadun johtamisen hanketyöntekijä opasti ystävällisesti mi-
nua henkilökohtaisesti ohjelman käytössä. Kunkin kerholaisen omahoitaja teki asiak-
kaalleen RAI-arvioinnin, joka mielestäni lisää tuloksen luotettavuutta ja uskottavuutta,
koska hän tuntee asiakkaan parhaiten ja on paras asiantuntija arvioitavan hoidossa.
Koottu arvioitava aineisto jäi lopulta niukaksi, koska yksinäisyyttä ei koettu enempää
kuin neljässä arvioinnissa keväällä ja syksyllä kuudessa arvioinnissa. Mielestäni näiden
arviointien tulos on luotettava, koska ne on tehty valmiilla reliaabelilla mittarilla ja mit-
tarin käyttöön on henkilöstö saanut kattavan koulutuksen. Tutkimusväline on reliaabeli
ja tarkka, kun se on mittatarkka ja pysyvästi samaa mittaava. (Anttila 2007, 146).

Kehittämistyö sai alkunsa työyhteisöstä esiin tulleesta ajatuksesta toteuttaa lähikokoon-
tumispaikka yksinäisille kotihoidon asiakkaille ja hieman myöhemmin alkoi Kokkolan
Vanhustyön resurssien ja hoidon laadun johtaminen -hanke. Oulun kaupungin kotihoi-
don yksi kehittämiskohde on parantaa asiakkaiden kotihoitoa vähentämällä heidän sosi-
aalista eristymistään kotihoidon avulla. Tutkimuksen toteutusta edisti työyhteisön mu-
kana olo ja yhdessä tekeminen. Toisaalta toteutusta esti liian vähäinen yleinen keskuste-
lu yksinäisyyden kokemuksesta osallistujien kanssa. Sosiaaliseen eristymiseen liittyvä
käsite; yksinäisyys on sellainen ilmiö, joka vaikuttaa ikääntyneen ihmisen terveyteen ja

hyvinvoinnin kokemukseen negatiivisesti. Tutkimusongelma ja tutkimuksen tarkoituk-
sen määrittelyvaiheessa hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää tieteellisesti perusteltua
tarvetta tutkimukselle. (Tiikkainen 2006, 49; Eriksson, Leino-Kilpi & Vehviläinen-
Julkunen 2008, 295.)

Erikssonin ym.(2008, 299) ja Latvalan & Vanhenen-Nuutisen (2001, 39) mukaan tutki-
musaineistojen keruu, tutkittavien kohtelu, tietoisien suostumuksen hankkiminen ja tut-
kittavien informaatio ovat parhaiten säädely vaihe. Laadullisen tutkimuksen tärkeitä
eettisiä periaatteita ovat tiedonantajan vapaaehtoisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen
sekä luottamuksellisuus. Mielestäni tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että ra-
pportti on kirjoitettu seikkaperäisesti ja luotettavasti. Tutkimussuunnitelma laadittiin huo-
lallisesti ja siihen on pyydetty ja saatu organisaation johdosta tarvittava tutkimuslupa.
Kerhoon osallistuvilta asiakkailta on kysytty kirjallinen suostumus osallistua tutkimuk-
seen. Siinä kerrottiin, että osallistuminen on vapaaehtoista eikä osallistuminen vaikuta
heidän saamansa hoitoon. Tähän liittyvä saate ja lupalomake on kuvattu liitteessä 7.
Vanhusten huollon resurssien ja laadun johtamisen -hankkeen projektipäällikkö on an-
tanut luvan liittää tämän työn osaksi edellä mainittua hanketta. Hankkeen projektipääl-
likkö ja -työntekijä ovat auttaneet ja opastaneet hankkeeseen liittyvässä osiossa seikka-
peräisesti.

Oma sitoutumiseni tähän kehittämistyöhön oli intensiivistä ja mielekästä, koska yhteis-
kunta tulee muuttamaan ja ikääntyneiden palveluja pitää kehittää kansallisten ohjeitten
mukaan. On mielenkiintoista olla kehittämässä yhdessä oman työyhteisön kanssa koti-
hoitotyötä ja sen tuottamia palveluja.

Toinen tutkimusaineisto kerättiin SWOT-analyysillä ja se analysoitiin induktiivisen si-
sällönanalyysillä osin kirjallisena, suullisena ja ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelua
käytettiin sen vuoksi, koska vastaajien kognitiotaso vaihteli normaalista keskivaikeaan
dementiaan, joka luonnollisesti vaikeuttaa itsenäistä vastaamista. Toisaalta ryhmähaas-
tattelussa voi osa kriittisestä palautteesta jäädä saamatta, mutta työn tekijällä oli käytös-
sään koko ryhmäintervention ajan kenttäpäiväkirja. Siihen merkittiin kaikki saatu ja
kuultu palaute kerhosta, ohjelmasta ja tunnelmasta. Sinne saatiin myös kriittistä palau-
tetta prosessin kuluessa.

Tutkimuksen tiedonantajat olivat keskustan alueen kotihoidon asiakkaita ja henkilökuntaa. Tiedonantajista eli osallistujista otettiin valokuvia toiminnan aikana ja siihen pyydettiin lupa ennen kuvien ottamista. Ryhmäinterventiosta näytettiin yhteenvedoesitys viimeisellä tapaamiskerralla. Tutkija-tiedonantajasuhde toimi mielestäni luontevasti ja luotettavasti, koska olen osallistujille tuttu jo entuudestaan, koska olen ollut alueella töissä kotisairaanhoidajana usean vuoden ajan. Laadullisen tutkimuksen eettisiin kysymyksiin kuuluu myös pohtia, mikä on tutkijan rooli suhteessa tiedonantajiin. Latvala & Vanhanen - Nuutinen (2001, 39).

Tuomen ja Sarajärven (2009, 142), Latvalan & Vanhenen-Nuutisen (2001, 39) sekä Anttilan (2007, 148) mukaan face-valideetti tarkoittaa sitä, että luotettavuuden parantamiseksi tutkija raportoi tekemäänsä yksityiskohtaisesti ja tarkasti. Silloin tutkimuksen tiedon antajat voivat arvioida tulosten ja johtopäätösten osuvuutta. Mielestäni tämän työn face-valideetti täyttyy kun tiedonantajille on esitetty viimeisellä tapaamisella karkeat, ensivaiheen tulokset ryhmäintervention toiminnasta ja merkityksestä. Samalla tapaamiskerralla tuloksiin lisättiin organisaation johdon arvioita toiminnasta ja lisättiin myös edelliseltä toiminnanarviointiajankodalta pois olleiden mielipiteet tuotokseen. Kehittämistyön lopullinen valmisversio esitetään asiantuntijoille, kollegoille, työyhteisön sisällä tiimiyhdysenkilöiden ja palveluesimiesten kokoontumisessa, jolloin tutkimuksen tulosta voidaan hyödyntää muillakin kotihoidon alueilla. Tutkimuksen hyödynnettävyys täyttyy, jos tuloksesta on hyötyä joko organisaation sisään tai ulospäin. Tämän työn valmistuessa, kuluvana kesänä työyhteisö on jatkamassa korttelikerhon toimintaa eri vastuunkantajien avulla.

Tutkimuksen kesto ajoittuu puolivuotiseksi, vuoden 2010 huhtikuusta saman vuoden syyskuun loppuun. Työn johtopäätös on se, että korttelikerholla on myönteinen merkitys yksinäisyyteen ja se lieventää ikääntyneen yksinäisyyttä sosiaalisten suhteiden ja ryhmätoiminnan avulla.

Tutkimuksen kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset kohdistuivat kotona asuviin ikääntyneisiin, jotka ovat yksinäisiä ja osallistuvat ovat osallistuneet ryhmäinterventioon. Otantaan valikoitui väitöskirjoja ja tutkimusraportteja, jotka ovat tieteellisesti korkeatasoisia ja uusia. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on saada tietoa aiemmista tutkimuksista, jotka ovat kohdistuneet kotona asuviin ikääntyneisiin, jotka kokevat yksinäi-

syyttä. Tutkimuksista kartoitettiin se, että onko erilaisilla ryhmäinterventioilla merkitystä ikääntyneiden yksinäisyyden kokemukseen. Lisäksi tutkimuksista on tarkastelu asioita ja ilmiöitä, jotka vaikuttavat ikääntyneen yksinäisyyden kokemukseen myönteisesti.

Keskeisinä hakusanoina on käytetty: ikääntynyt, older people, päivätoiminta, ryhmäinterventio, group rehabilitation, yksinäisyys, loneliness, kotona asuminen. Tiedonhaku on tehty kansallisista ja kansainvälisistä elektronisista tietokannoista. Niitä olivat Leevi, Linda, Google scholar ja Cinahl. Haut rajattiin vuosiluvun mukaan alkaen vuodesta 2000 uudempiin, koska vanhustenhuollon rakennemuutos on alkanut 2000-luvulla kotihoitoa suosivaksi. Saadun kirjallisuuskatsausmateriaalin lähdeluetteloita on hyödynnetty myös tiedon haussa. Tutkimukset on kuvattu liitteessä 4.

Tämän työn tekijän aiempi työkokemus päivätoiminnassa saattaa toisaalta olla myös este rakentaa luovasti uutta toimintamallia. Tämän asia tiedostaen kokemuksella ei ole suurta negatiivista vaikutusta uuden toiminnan ideoinnille. Positiivisena luotettavuus-asiana näkisin tutkijan peruskoulutukseen, joka on diakonissa-sairaanhoitaja, sisältyneet ryhmädynamiikan ja ryhmän ohjaustaitojen opinnot ja harjaantuminen niissä. Ryhmänohjaustueksi olisin kaivannut ennalta sovittua ryhmänvetäjäparia ja lisäkoulutusta ohjelmien toteutukseen.

Tässä työssä laatujärjestelmän antamat tiedot ja työntekijöiden saama suora viesti asiakkaiden kokemasta yksinäisyydestä oli lähtökohtana toiminnan kehittämiseksi. Toimintatutkimus valikoitui tutkimuksen lähestymistavaksi siksi, koska tutkija halusi saada koko työyhteisön ja asiakkaat osallistumaan ja kehittämään kotihoidon laatua ja uutta toimintatapaa. Tämän kehittämistyön yhtenä lähtökohtana on tiedostaa se yhteiskunnallinen asia, että ikääntyneiden määrä tulee kasvamaan rajusti tulevaisuudessa ja valtakunnan politiikan ohjelmat ohjaavat kehittämään kotihoitoa ja sen laatua.

LÄHTEET

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio- ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi Oy.

Boholm, J. 2006. Raisoft-sovelluskehitys. Teoksessa H. Finne-Soveri, Björkgren, M., Vähäkangas, P., & Noro, A. (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski. Stakes. 49-52.

Björkgren, A. Noro, A. Vähäkangas, P. & Finne-Soveri, H. 2006. Palvelujen ohjaaminen- MAPLe ja MI-CHOICE- mittarit. Teoksessa H., Finne-Soveri, M., Björkgren, P., Vähäkangas, & A., Noro (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski. Stakes. 122-129.

Elo, S. 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Hakupäivä 09. 12.2010
<http://herkules oulu.fi/isbn9514281950/isbn9514281950.pdf>.

Eriksson, K. Leino-Kilpi, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2008. Hoitotiede ja tiedeetiikka. Hoitotiede 20(6), 295-303.

Finne-Soveri, H., Matikainen, K., Björkgren, M. 2007. RAI-järjestelmällä taloudellisuutta laadukkaasti. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tuottavuusohjelmatyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Hakupäivä 29.11.2010
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4001.pdf.

Finne-Soveri, H. & Noro, A. 2006. Kotihoidon asiakasrakenne. Teoksessa H., Finne-Soveri, M., Björkgren, P., Vähäkangas & A., Noro, (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Rai-järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski. Stakes. 61-86.

Finne- Soveri, H., Noro, A., Björgren, M. & Vähäkangas, P. 2006. RAI- järjestelmän esittely. Teoksessa H., Finne-Soveri, M., Björkgren, P., Vähäkangas & A., Noro, (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Rai- järjestelmä vertailukehittämissä. Vaajakoski. Stakes. 23- 28.

Finne-Soveri, H., Sorbye, L. W., Jonsson, P.V., Carpenter, G.I., Bernabei, R. 2007. Increased work-load associated with faecal incontinence among home care patients in 11 European countries. Eur J Public Health. 2007 Sep 1;:100 Hakupäivä 21.3.2011. http://www.interrai.org/bibliography/view/index.php?display=view&session=&library_document_id=6959.

Haves, C. Fries, B.E., James, M.L., Guihan, M. 2007. Prospect and pitfalls: use of the RAI-HC assessment by the Department of the Veterans Affairs for home care clients. 2007. Gerontologist. 2007 Jun;47(3):378-87. Hakupäivä 21.3.2011 http://www.interrai.org/bibliography/view/index.php?display=view&session=&library_document_id=6962.

Heikkilä, A., Jokinen, P. , Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki. WSOY.

Heikkinen, H.L.T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2006. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa E., Rovio, & L., Syrjälä, (toim.) Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Kansanvalistusseura. 78-80.

Heikkinen, H.L.T. 2006. Toiminnasta tietoon. Teoksessa E., Rovio, & L., Syrjälä, (toim.) Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki. Kansanvalistusseura. 30-41.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön
julkaisu 2008:3 Hakupäivä 3.11.2010
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089#fi .

InterRai. Hakupäivä 1.3.2011 <http://www.interrai.org/section/view/>.

Kamensky, M. 2010. Strateginen johtaminen. Menestyksen timantti. Helsinki. Talentum.

Karvinen, E. 2007. Liikunta osana iäkkäiden kotihoitoa, palveluasumista ja pitkäaikais-
hoitoa. Teoksessa R., Leinonen, & E., Havas, (toim.) Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden
henkilöiden hyvinvoinnin edistäjä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisu. 212. Jy-
väskylä. 68-78.

KASTE-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008- 2011. Sosi-
aali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. Hakupäivä 8.2.2011.
[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-
7533.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7533.pdf).

Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Helsinki. Työturvallisuuskeskus.

Kävely kevyemmäksi. Ikäinstituutti, Kuntokallio säätiö. Hakupäivä
24.1.2011
http://www.ikainst.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=155.

Laatikainen, T. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumi-
sen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. 2009. 66/ 2009 Sosiaali- ja terveystur-
van selosteita. Kelan tutkimusosasto. Helsinki. Hakupäivä 15.12.2010
<http://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/8156/Selosteita66.pdf?sequence=1>

Latvala, E., & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen
perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa S. Janhonen, & M., Nikkonen
(toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WSOY. 21-43.

Laukkanen, P. 2008. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa E., Heikkinen & T., Rantanen (toim.) Gerontologia. Duodecim. Keuruu. Otava. 80-89.

Leinonen, R. 2008. Terveiden kokeminen. Teoksessa E., Heikkinen & T., Rantanen (toim.) Gerontologia. Duodecim. Keuruu. Otava. 25-31.

Marin, M. 2008. Perheet, sukupolvet ja sosiaaliset verkostot. Teoksessa E., Heikkinen, & T., Rantanen, (toim.) Gerontologia. Duodecim. Keuruu. Otava. 78-81.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. 3. uudistettu painos Jyväskylä. Gummerus.

Noro, A. & Finne- Soveri, H. 2006. Kotihoidon laatu. Teoksessa H., Finne-Soveri, M., Björkgren, P., Vähäkangas, & A., Noro, (toim.) Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Rai- järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaajakoski. Stakes. 87-119.

Kotihoidon RAI -laatutavoitteet. 2010. Oulun Kaupunki. Sisäinen lähde.

Peruspalvelujen tila -raportti 2010. Valtiovarainministeriö. Hakupäivä 25.1.2011.

http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/03_kunnat/20100317Perusp/Peruspalvelujen_tila-raportti_2010.pdf.

Pettigrew, S., Roberts, M. 2008. Addressing loneliness in later life. Aging Mental Health 2008 toukokuu ; 12(3): 302-9. Hakupäivä 16.12.2010

<http://web.ebscohost.com.ezp.oamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=22&sid=598afb92-b3dd-41e3-a506-669d54268e57%40sessionmgr10>.

Pitkälä, K., Routasalo, K. Kautiainen, H., Savikko, N. & Tilvis, R. 2005. Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 11. Vaajakoski. Vanhustyön keskusliitto.

Pitkälä, K. 2008. Edistääkö fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden toimintakykyä. Teoksessa R., Leinonen & E., Havas, (toim.) Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja. 212. Jyväskylä. 138-146.

Raisoft. Hakupäivä 1.3.2011 <http://www.raisoft.com/index.php?p=280>.

RAI- vertailukehittäminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 27.1.2011.

<http://info.stakes.fi/finrai/FI/raijarjestelma.html>.

Routasalo, P. 2008. Yksinäisyyden lievittäminen. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki. WSOY. 184-195.

Routasalo, P. Pitkälä, K. Savikko, N. & Tilvis, R. 2005. Ikääntyneiden yksinäisyys. Tutkimusraportti 3. Saarijärvi. Vanhustyön keskusliitto.

Saijonkari, M. 2010. Henkilöstön pätevyyden vaikutus kunnallisen kotihoitopalvelun asiakkaiden sosiaaliseen osallistumiseen ja aktiivisuuteen. Systemaattinen kirjallisuustivistelmä. Hakupäivä 9.2.2010. <http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=2579>.

Savikko, N. 2008. Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation. Ikääntyneiden yksinäisyys ja intervention elementit sen lievittämisessä. Väitöskirja. Turun yliopisto. Hakupäivä. 20.12.2010.

<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/38910/D808.pdf?sequence=1>

Stengård, E. 2011. Mielenterveyttä kannattaa edistää - iäkkäänäkin. Luento. Sairaanhoidajapäivät. 18.3.2011. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. Tyylipaino Oy.

Ståhl, T. 2009. Vertailutietokannat. Hakupäivä 25.1.2011.

<http://www.ktl.fi/ate/doc/2009/stahl.pdf>.

Suutama, T. & Ruoppila, I. 2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa T-M., Lyyra, A., Pikkarainen, & P. Tiikkainen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki. Edita. 115-126.

Swot-analyysi. Ok-opintokeskus. Hakupäivä 26.11.2010. <http://www.ok-opintokeskus.fi/node/125>.

Tilvis, R, Pitkälä, K., Jolkkonen, J.& Strandberg, T. 2000. Ikääntyneiden yksinäisyyden tunne ennakoi muistin heikkenemistä. Duodecim. 2000; 116: 2139. Hakupäivä 2.2.2011.<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo91790.pdf>.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos .2011. Hakupäivä 27.1.2011.<http://info.stakes.fi/finrai/FI/kumppanit/yhteistyokumppanit.htm> .

Tepponen, M. 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hakupäivä 16.12.2010 <http://www.uku.fi/vaitokset/2009/isbn978-951-27-1230-4.pdf> .

Tiikkainen, P. 2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Väitöskirja. Jyväskylä. Jyväskylän yliopisto.

Tiikkainen, P. 2011. Muistisairaana ihmisen terveyden edistäminen. Luento. Sairaanhoidtajapäivät. 18.3.2011. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki. TyyliPaino Oy.

Tiikkainen, P. & Lyyra, T-M. 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa T-M., Lyyra, A., Pikkarainen,& P.,Tiikkainen, Vanheneminen ja terveys. Tampere .Tammer-Paino Oy. 69-80.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Tammi.

Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtaminen - hanke. 2009. Hakupäivä 18.5.2010 <http://www.chydenius.fi/yksikot/terveystieteet/projektit/vanhustenhuollon-johtaminen/esite-johtajahanke>.

Vilkkä, H.2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski. Tammi.

Vuokila-Oikkinen, P. Janhonen, S., Nikkonen, M. 2001. Kertomukset hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa: narratiivinen lähestymistapa. Teoksessa S., Janhonen,M.,& Nikkonen, M. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva. WSOY. 81-115.

Vähäkangas, P., Björgren, M. 2006. RAI- tietojärjestelmän käyttöönotto-
koulutus. Teoksessa H., Finne-Soveri, M., Björkgren, P., Vähäkangas, & A., Noro (toim.). Ko-
tihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu. Rai- järjestelmä vertailukehittämisessä. Vaaja-
koski. Stakes. 46-49.

LIITTEET

Liite 1. Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtamisen hanke- projektiorganisaatiokaavio

Liite 2. RAI- mittariston aihe alueet (MDS- kysymyssarja)

Liite 3. RAI laatualueet

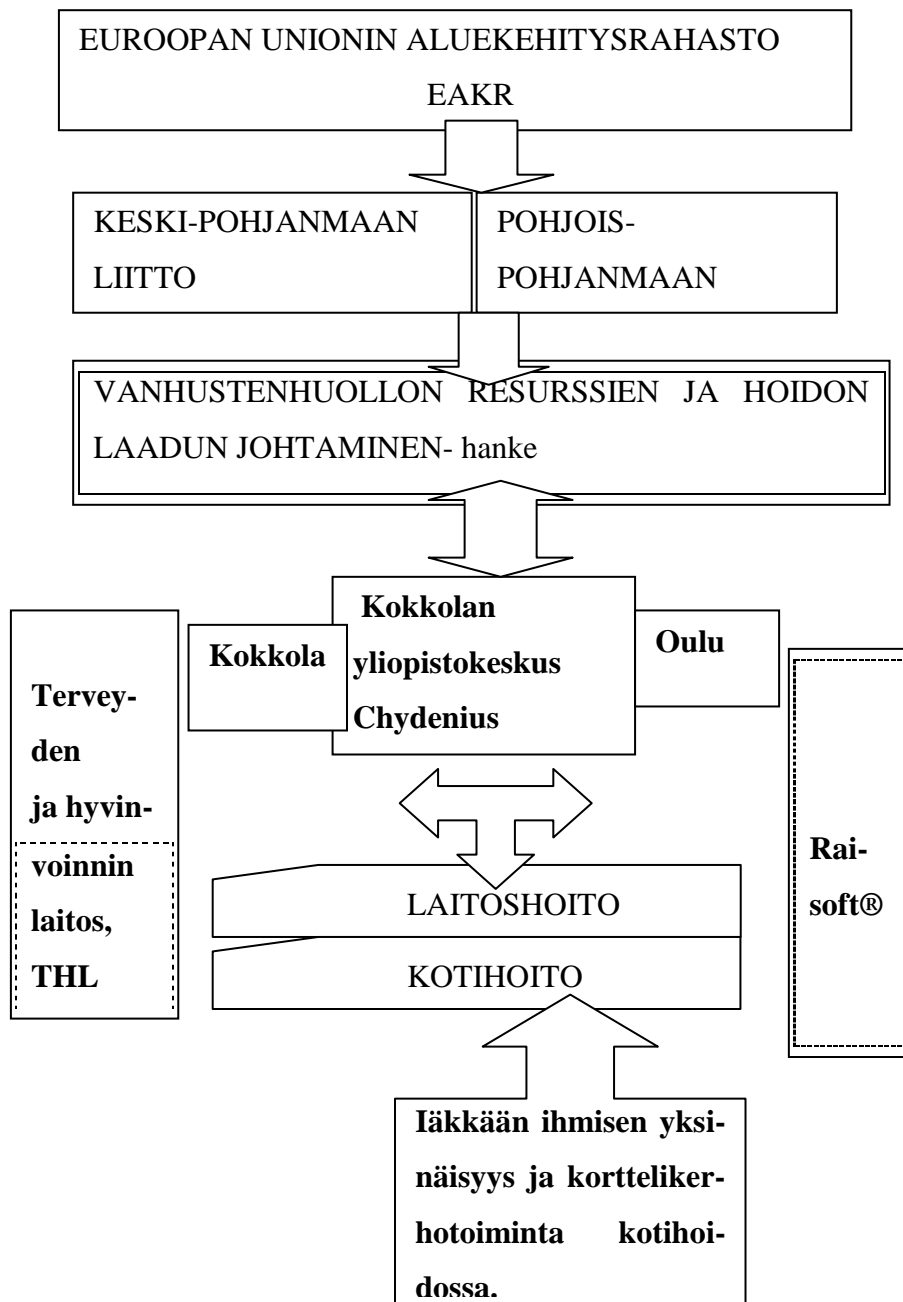
Liite 4. Ikääntyneiden yksinäisyys ja sen merkitys ikääntyvälle ihmiselle

Liite 5. SWOT- analyysikaavake

Liite 6. Tutkimuslupakaavake osallistujille

Liite 7. SWOT -analyysin luokiteltu tulos

LIITE 1 Vanhustenhuollon resurssien ja hoidon laadun johtaminen – hanke projektikaavio.



LIITE 2. MDS- kysymyssarjan kattamat aihe alueet. (Finne-Soveri et al 2006, 30.)

A Taustatiedot	- henkilötiedot - arvioimiseen ja hoitavaan yksikköön liittyvät tiedot -asiakkaan tahdon ilmaisut ja edunvalvoja
B Älyllinen toimintakyky	- muisti -päätöksentekokyky -akuutin sekavuuden oireet
C Kommunikaatio	- kuulo - ymmärtäminen/ ymmärretyksi tuleminen
D Näkö	
E Mieliala	-masennus ja ahdistuneisuus -käyttöoireet
F Sosiaalinen toiminta	- osallistuminen - eristyminen
G Epävirallinen tukiverkosto	-hoitoon osallistuvien henkilöiden kartoitus - hoitoon osallistuvien henkilöiden kuormittuneisuus
H Toimintakyky	- välinetoiminnot (IADL) - päivittäiset toiminnot(ADL)
I Pidätyskyky	- virtsan ja ulosteen pidätyskyky - apuvälineet
J Diagnosoidut sairaudet	
K Terveystila ja ehkäisevät toimet	- terveydentilan kartoitus - ehkäisevien toimien kartoitus -kärsimystä aiheuttavat tai toimenpiteitä edellyttämät oireet - tasapaino ja kaatuilu -elämäntavat - itse arvioitu terveydentila - kaltoin kohtelu
L Ravitsemus ja nesteytyk	- pituus ja paino - ravinnon kulutus - nieleminen
M Suun terveys ja hampaisto	
N Iho	- ihon kunto, haavat - hoitotoimenpiteet
O Ympäristön toimivuus	- koti toimintaympäristönä - asumisjärjestelyjen muutostarpeet
P Palvelut	- henkilökunnan käyttö - tukipalvelujen käyttö - välineiden käyttö - päivystys ja sairaalapalvelujen käyttö - saavutetut hoidon tavoitteet - muutokset terveydentilassa taloudellinen ahdinko
Q Lääkitys	- lääkkeitä - lääkärin suorittama lääkityksen asianmukaisuuden arviointi - lääkemyöntyvyys

LIITE 3.. Laatualueet ja -indikaattorit. (Noro, Finne- Soveri 2006, 88-108.)

Laatualue	Laatuindikaattorit
Ravitsemus	<ul style="list-style-type: none"> - Riittämättömät ateriat - Painon lasku - Kuivuminen
Lääkitys	- Lääkäri ei ole tarkistanut lääkitystä
Pidätyskyky	-Virtsan pidätyskyky ei ole parantunut
Haavat	- Haavat ei ole parantuneet
Fyysinen toimintakyky	<ul style="list-style-type: none"> - Ei liikkumisapuvälinettä vaikka vaikeuksia liik- kuu - Ei kuntoutusta , vaikka kuntoutus mahdollisuus - Toimintakyky ei ole parantunut - Kotona liikkuminen ei ole parantunut - Kaatuminen
Kognitio	<ul style="list-style-type: none"> - Sosiaalinen eristäytyminen - Kognitiivinen vaje ei ole korjaantunut - Äkillinen sekavuus - Alavireinen mieliala - Kommunikaatio ei ole parantunut
Kipu	<ul style="list-style-type: none"> - Kova tai sietämätön päivittäinen kipu - Kivun lievityksen riittämättömyys
Turvallisuus ja ympäristö	<ul style="list-style-type: none"> - Laiminlyönti/kaltoinkohtelu - Onnettomuudet
Muut	<ul style="list-style-type: none"> - Ei influenssarokotusta - Sairaalahoido

LIITE 4.

Taulukko 2. Ikääntyneiden yksinäisyys ja sen merkitys ikääntyneelle ihmiselle.

Tutkijat ja tutkimus/ artikkeli	tutkimuksen tarkoitus	tutkittavat	tiedonkeruu	keskeiset tulokset
<p>Savikko Niina, 2008. Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation. Ikääntyneiden yksinäisyys ja intervention elementit sen lievittämiseksi.</p> <p>Väitöskirja. Turun yliopisto.</p>	<p>saada tietoa yksinäisyyden käsitteestä, sen yhteydestä sosiaaliseen eristäytyneisyyteen ja yleiseen turvallisuuden tunteeseen sekä kotona asuvien ikääntyneiden yksinäisyyden yleisyydestä ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä sekä selvittää ikääntyneiden itsensä kokemia yksinäisyyden syitä. sekä tunnistaa yksinäisyyden lievittämiseen pyrkivän psykososiaalisen ryhmäkuntoutus (PRK) – intervention elementit</p>	<p>eri puolilla Suomea kotona tai palvelutalossa asuville satunnaisotannalla valituille ikääntyneille henkilöille (N=6 786).</p>	<p>kerättiin postikyselyllä satunnaisotannalla valituille ikääntyneille henkilöille sekä ryhmänvetäjien (N=14) kirjoittamista päiväkirjoista, tutkijoiden vapaista muistutuksista ryhmätoiminnasta (N=32) sekä ryhmäläisten intervention jälkeen täyttämistä palautekyselystä (n=103).</p>	<p>yksinäisyys, sosiaalinen eristäytyneisyys ja yleinen turvattomuuden tunne ovat eri asioita. Vastanneista 39 % kärsi yksinäisyydestä vähintään joskus. Useat demografiset ja terveyteen liittyvät tekijät, psyykkisen hyvinvoinnin ulottuvuudet kuten myös sosiaalisiin suhteisiin kohdistetut odotukset olivat yhteydessä yksinäisyyden kokemiseen.</p>
<p>Marjovuori Ari, Pitkälä Kaisa, ja Routasalo Pirkko (toim) 2005 Ikääntyneiden yksinäisyys. Senioripysäkin ryhmäterapia psykososiaalisena kuntoutuksena.</p> <p>Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Vanhustyönkeskusliitto. Tutkimusraportti 8</p>	<p>tutkia uutena psykososiaalisen kuntoutuksen mallina kirjoittamisen yhdistämistä ryhmäterapiaan sekä tämän hoitomallin vaikutuksia ikääntyneiden yksinäisyyden kokemukseen.</p>	<p>Kirjekysely 1 (N=6786) satunnaisotanta väestökisteristä. Kirjekysely 2 (N=1541) yksinäisyyttä kokevat ja tutkimukseen halukkaat. Ryhmäterapiaryhmä (N=48). Hoitoryhmä 24 ja kontrolliryhmä 24 henkilöä</p>	<p>kirjekysely 1 ja 2. Ryhmäläisten terapeutin kirjoittaminen. Ryhmänvetäjien kenttäpäiväkirjat. Ryhmäläisten palaute ja haastattelut</p>	<p>Kyselyyn vastanneista ryhmäläisistä (N=20) kolme neljästä koki yksinäisyyden lievittyneen ryhmätoiminnan aikana ja puolet vielä sen jälkeenkin. Puolet vastaajista oli ystävystynyt jonkun toisen ryhmäläisen kanssa. Tapaamiset merkitsivät kaikille mahdollisuutta nähdä muita ihmisiä.</p>

<p>Tiikkainen P. irjo.2006. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä.</p> <p>Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto</p>	<p>kuvata ikääntyneiden kokemaa yksinäisyyttä ja muutosta viiden vuoden aikana. Sekä yksinäisyyden yhteydessä olevia ja ennustavia sosiaalidemografisia, vuorovaikutussuhteita, ja terveyttä ja toimintakykyä kuvaavia tekijöitä. Tunnistaa vanhuusiän yksinäisyyttä määrittäviä tekijöitä.</p>	<p>Tutkittavina oli vuosina 1910 ja 1914 syntyneitä jyvaskyläläisiä. Kohdejoukko n = 562. tutkimukseen osallistui 80-vuotiaana 512 henkilöä ja 85-vuotiaana 306 henkilöä.</p>	<p>haastattelu ja laboratoriotutkimukset ja viiden vuoden seurannan jälkeen uudestaan haastattelu ja laboratoriotutkimukset.</p>	<p>vanhuusiän yksinäisyyttä kuvaa kaksi eri ulottuvuutta; emotionaalinen yksinäisyys ja sosiaalinen yksinäisyys. Tutkituista lähes kolmasosa koki jossain määrin yksinäisyyttä ja yhdellä kymmenestä oli yksinäisyyden tunteita usein tai aina. Tunne siitä, että saa apua tarvittaessa oli tärkein yksinäisyyden tunteita vähentävä ulottuvuus.</p>
<p>Routasalo, P., Pitkälä, K., Savikko, N. Tilvis, R. 2003.</p> <p>Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia.</p> <p>Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 3</p>	<p>selvittää uusien psykososiaalisten kuntoutusmallien vaikuttavuutta iäkkäiden yksinäisyyden kokemuksiin, elämän laatuun ja terveysmuutuksiin.</p>	<p>postikysely vuonna 2002 väestörekisterikeskuksen osoitetietojärjestelmästä saatujen osoitteiden mukaan satunnaisotannalla 6786:lle 75 vuotta täyttäneelle henkilölle kuudella eri paikkakunnalla eri puolilta Suomea, niin maalla kuin kaupungissa asuvia.</p>	<p>kyselylomake, 63 eri kysymystä</p>	<p>Saatu tulos vahvistaa sitä, että yksinäisyys, masentuneisuus ja sosiaalinen eristäytyneisyys liittyvät toisiinsa, mutta ei selitä keskinäistä kytköstä. vastaajien osallistumisaktiivisuus oli selvästi erilainen yksinäisillä ja ei - yksinäisillä, siten että ei - yksinäiset osallistuivat yksinäisiä aktiivisemmin.</p>
<p>Pitkälä, K., Routasalo, P., Kautiainen, H. Savikko, N. Tilvis, R. 2005.</p> <p>Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus.</p> <p>Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankse. Tutkimusraportti 11.</p>	<p>selvittää voidaan psykososiaalisella ryhmäkuntoutuksella lievittää ikääntyneiden yksinäisyyttä, aktivoida heitä sosiaalisesti ja parantaa heidän psyykkistä hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan sekä vaikuttaa myönteisesti heidän terveyteensä.</p>	<p>satunnaistettu otanta, 235 henkilöä valikoitui väestökyselyllä rekrytoitua yksinäisyydestä kärsivää vapaaehtoista henkilöä (>74 vuotta)</p>	<p>ensin kirjekysely postitse ja sen jälkeen haastattelu ja fyysinen testaus intervention alussa, kolmen kuukauden kuluttua ja kuuden kuukauden kuluttua uudelleen.</p>	<p>psykososiaalinen ryhmäkuntoutus vaikutti monella tavalla myönteisesti yksinäisyydestä kärsivien ikääntyneiden elämään. He voivat selvästi paremmin kuin kontrolliryhmäläiset ja heidän aktivoituivat sosiaalisesti, lisääntynyt halu elämän muutoksille,</p>

				aktiivisen toimijuuden ja elämän hallinnan lisääntyminen sekä voimaantuminen.
Elo, S. 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Väitöskirja. Oulun yliopisto.	rakentaa teoria kotona asuvien pohjoissuomalaisten ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä.	pohjoissuomalaisia kotona asuvia yli 65-vuotiaita ikääntyneitä ensimmäinen vaihe n= 39, toinen vaihe n= 96 ja satunnaisotannalla Eläkeliiton jäsenrekisteristä kolmas vaihe n= 328	ensimmäiseksi haastattelut 39 tutkittavasta, aiheistosta kehitettiin mittari ja se esitettiin postituskyselynä ensin 96 ja sitten lopuille 328 tutkittavalle	taajama- ja kaupunkialueella asuvilla erilaiseen harrastustoimintaan osallistumisen kannustamisella ja houkuttelevien viherympäristöjen rakentamisella voidaan ennaltaehkäistä yksinäisyyttä.
Laatikainen, T. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. 2009. Kela 66/ 2009 Sosiaali- ja terveyturvan selosteita	miten kuntoutus voi kirjallisuuden mukaan tukea vanhusten kotona asumista ja millaisia tukemisen tarpeita SAS-ryhmäläiset näkivät vanhusten arjessa	erilaisten kuntien SASryhmistä.(suunnitelee, arvioi, sijoita) Tutkittavat kunnat valikoitiin tilastotietoja apuna käyttämällä siten, että mukaan tuli erilaisia kuntia asukasmäärän, sijainnin sekä vanhusten prosentuaalisen osuuden suhteen	ryhmähaastattelu n= 62 koostui eri ammattialojen edustajista vanhuksissa. Analyysimetodinä käytettiin sisällön erittelyä.	dementoituvat vanhukset tarvitsivat enemmän viriketoimintaa, kognitiivisiin stimulaatioihin perustuva kuntoutus tulee aloittaa mahdollisimman varhain, jotta se olisi mahdollisimman tehokasta Liikkeen on todettu edistävän myös dementoituvien toimintakykyä, mielekäs ryhmätoiminta, yksi kuntoutuksen elementti

<p>Pettigrew, S.,Roberts, M.2008. Addressing loneliness in later life.</p>	<p>kartoittaa keinoja/ harrasteita jotka vähentävät kielteisiä seurauksia yksinäisyydestä</p>	<p>Yhdeksäntoista australialaisista 65-vuotiasta tai vanhempaa kotona asuvaa Perth:n kaupungin alueelta Länsi – Australiasta. Heidät rekrytoitiin vanhustyön viraston ja kylän johtajien avulla</p>	<p>yksittäisiä haastatteluja</p>	<p>yhdessä ystävien ja perheen kanssa ruokailu on emotionaalinen voimavara ja samalla se ylläpitää sosiaalisia kontakteja lisäksi lukemalla ja hoitamalla puutarhaa voidaan vaikuttaa yksinäisyyteen.</p>
--	---	---	----------------------------------	---

LIITE 5.

Kerro mielipiteesi puolen vuoden ajan (1.4.2010-30.9.2010) toimineesta Keskustan koti-
tuhoidon asiakkaiden Torstaituokiosta.

Oletko itse osallistunut (saattoapu, avustus, ohjelma, muu) Torstaituokioon:

Ympyröi vastaus: KYLLÄ EI

Kirjoita omin sanoin:

Minkälaisia vahvuuksia torstaituokio on tuonut asiakkaille ja työntekijöille?

Minkälaisia mahdollisuuksia asiakkaille ja työntekijöille?

Minkälaisia heikkouksia asiakkaille ja työntekijöille?

Minkälaisia uhkia asiakkaille ja työntekijöille?

Nykytila:

Tulevaisuus:

VAHVUUDET:	HEIKKOUEDET:
MAHDOLLISUUDET:	UHKAT:
	Kiitos vastauksesta!

Liite 6.

Hyvä korttelikerhoon osallistuva,

Kehitämme kotihoitotyön laatua korttelikerhon avulla. Kerho kokoontuu 1.4.2010- 30.9.2010 välisenä aikana kerran viikossa. Kehittämistyön tarkoituksena on parantaa kotihoitotyön laatua vähentämällä asiakkaiden tuntemaa yksinäisyyttä ja lievittää sitä viikoittaisen kerhotoiminnan, korttelikerhon avulla. Tavoitteena on luoda toimintamalli toimivalle ja joustavalle kokoontumiselle lähellä asiakkaan asuinpaikkaa omassa kaupungin osassa. Kehittämistyön tuloksia arvioitaessa käytämme RAI-arviointijärjestelmän tuottamaa tietoa. Siitä saatu tieto julkaistaan niin, ettei yksittäistä osallistujaa pystytä niistä tunnistamaan. Kehittämistyön kaikissa vaiheissa tullaan noudattamaan potilastietosuojalain säännöksiä.

Osallistuminen kerhoon on vapaaehtoista, eikä vaikuta muuhun saamaanne hoitoon. Oulun Kaupungin palvelujohtaja Rita Oinas on hyväksynyt kehittämistyön suunnitelman.

Minusta kerättyä RAI -arviointijärjestelmän tietoja saa käyttää kehittämistyön hyväksi.

KYLLÄ

EI

(ympyröi vaihtoehto)

Osallistujan allekirjoitus

**Yhteistyöterveisin: Keskustan kotihoito,
sairaanhoitaja Tuija Sendenali puh: XXXX**

LIITE 7.

	Alkuperäisilmaisut	Alaluokka	Pääluokka
V A H V U U D E T	<p>Asiakas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hyvä paikka katutasossa, -Helppo tulla, lähellä kotia -Ulkoilun mahdollisuus tullessa jalan, päiväkävely ja saa liikuntaa -Miehiä ja naisia, kontaktit toisiin ihmisiin, tutut hoitajat, saa apua saattoapua ja avustusta -Kivut ja säryt unohtui , -Sai mielenvirkeyttä, - Näki tuttuja - Sai osallistua voimien mukaan - Positiivinen tunne <p>Työntekijä:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Helppo tulla, ei portaita -Kuunnellaan asiakasta, - Oppii asiakkaasta uutta 	<ul style="list-style-type: none"> -Sijainnin vaivattomuus - Mahdollisuus liikuntaan -Sosiaaliset suhteet - Aktiiviset, luovat hoitajat, -Voimaantuminen -Asiakkaiden arvostus 	<ul style="list-style-type: none"> - Positiivinen ympäristö -Fyysinen aktiviteetti - Positiivinen vuorovaikutus -Toimintakyky paranee - Kokonaisvaltainen hoitosuhde
M A H D O L L I S U U D E T	<p>Asiakas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kerhoemännäksi alkaminen, -Saa tutustua naapureihin ja lähistön asukkaisiin, -Opiskelijoita usein, -Srk ja järjestöt ohjemaan mukaan, <p>Työntekijä:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Omaiset avustivat kuljetuksessa kerhoon, -Osallistujilla mahdollisuus osallistua ohjelman tekoon -Monipuolinen suhde asiakkaaseen, - Opiskelijoille oppimisen paikka 	<ul style="list-style-type: none"> -Luonnollinen kohtaaminen arjessa; ei hoitosuhteessa, -Voimaannuttava vuorovaikutus, -Kolmas taho yhteistyöhön mukaan; (Oppilaitos, srk, järjestö) -Omaisille tärkeä, -Asiakkaiden taidot/kyvyt esiin -Mahdollisuus yhteistyöhön (oppilaitos, srk, järjestö) 	<ul style="list-style-type: none"> - Positiivinen vuorovaikutus - Vahvuuksien tukeminen - Verkostoitu yhteistyö

Kuvio 8..Swot- analyysin luokiteltu tulos.

	Alkuperäiset ilmaukset	Alaluokka	Päälouokka
H E I K K O U D E T	<p>Asiakas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kerho toimii tietyn jakson, -Huonot istuimet, kovat ja ei ole selkänojaa, -Kylmä ja ahdas tila, <p>Työntekijät:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ei rahoitusta ohjelmalle -Kahvituksen rahoituksen määräaika, -Ei ole astioita -Osallistujat heterogeeninen joukko, haasteellinen 	<ul style="list-style-type: none"> -Määräaikaisuus; tiloille, rahoitukselle, -Istuimet, tila, varustus -Rahoituksen puute ohjelman toteutukseen 	<ul style="list-style-type: none"> -Epäsopiva tilavarustus -Toiminta ei ole vakiintunutta

	Alkuperäiset ilmaukset	Alaluokka	Päälouokka
U H K A T	<p>Asiakas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tullessa vilkasliikenteisen tien ylitys, -Rahoitus kerholle ja kahville loppuu -Oma terveys huononee, eikä pysty osallistumaan 	<ul style="list-style-type: none"> -Sijainti; vilkas liikenne, -Rahoituksen loppuminen, Kerhon loppuminen, -Asiakkaan terveyden heikkeneminen 	<ul style="list-style-type: none"> - Negatiivinen ympäristö -Toiminta ei ole vakiintunut - Sairauden eteneminen

Kuvio 8. SWOT- analyysin luokiteltu tulos.