

YHTENÄISILLÄ TOIMINTATAVOILLA
LAATUA LAHDEN
KAUPUNGINSAIRAALAN
PITKÄAIKAISHOIDON OSASTOILLE

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaali- ja terveysala
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
Opinnäytetyö
Syksy 2011
Tuija Riikkula

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi AMK
Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

TUIJA RIIKKULA: Yhtenäisillä toimintatavoilla laatua Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osastoille

Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelman opinnäytetyö, 64 sivua, 17 liitesivua

Syyskuu 2011

TIIVISTELMÄ

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen kehittämishanke, jonka tarkoituksena on yhtenäistää Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osastojen toimintatapoja sekä kehittää niitä prosessikuvauksen- ja laatusuosituksen mukaisiksi. Kehittämishankkeen tavoitteena on kuvata Lahden kaupunginsairaalan tämänhetkisiä toimintatapoja ja nimetä kehittämisalueita ja ongelmakohtia. Tavoitteena on myös tuottaa kehittämisehdotuksia yhtenäisen toimintamallin luomiseksi ja yhteiset toimintaa ohjaavat tavoitteet hoidon eri vaiheisiin.

Osastonhoitajille ja apulaisosastonhoitajille / vastuusairaanhoitajille suunnatun kyselyn avulla kerättiin tietoa osastojen tämänhetkisistä toimintatavoista ja kehittämisalueista. Toimintatavoissa eri pitkäaikaishoidon osastoryhmissä ei ollut suuria eroja. Kyselyn tulosten perusteella pitkäaikaishoidon kehittämisalueiksi nousi potilaan vastaanottotilanteen suunnittelu, omaisten huomioon otaminen kaikissa hoitoprosessin vaiheissa, kuntoutumista tukevan hoitotyön sisäistäminen sekä potilaan saattohoidon kehittäminen.

Henkilökunnan osallistaminen pitkäaikaishoidon kehittämisessä tapahtui koulutusten muodossa. Koulutuksissa käsiteltiin pitkäaikaishoidon laatua, ja prosessikuvauksen mukaisia toimintatapoja. Koulutuksissa tuotiin esille kehitettäviä asioita hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti.

Avainsanat: Hoitotyön prosessi, pitkäaikaishoito, hoitotyön laatu, yksilövastuinen hoitotyö

Lahti University of Applied Sciences
Degree Programme in Development and Leadership in Social and Health Care
Master's Degree in Social and Health Care

TUIJA RIIKKULA: Quality with unified procedures on the long stay wards
of Lahti City Hospital

Master's Thesis in Development and Leadership in Social and Health Care:
64 pages, 17 appendices

Autumn 2011

ABSTRACT

This thesis is a work-related development project and its purpose is to standardize the procedures on long stay wards in Lahti City Hospital and to develop the procedures so that they meet the care process recommendations and quality guidelines. The goal of this project was to describe present procedures and development projects of Lahti City Hospital and to come up with new development ideas for establishment of new model for nursing practices.

The information about present nursing practices and development needs was collected with a questionnaire given to head nurses, assistant head nurses and charge nurses. It was noted that there were not great differences in present practices between different long stay wards of the hospital.

The questionnaire highlighted the need for developing the following practices: admission procedure, include relatives more actively in the different stages of the care process, increase more positive attitude toward rehabilitation and improve palliative care.

In-service sessions were arranged for staff members. In those in-service sessions the quality of long term care and the care process based on process standards were discussed. Staff members analyzed their own practices and suggested improvement ideas as to unify and establish good quality model for nursing practices.

Key words: Nursing care process, long term nursing, quality of care, primary nursing.

SISÄLLYS

1	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	1
1.1	Tausta	1
1.2	Tarkoitus ja tavoite	3
1.3	Kohdeorganisaatio	3
2	KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA	7
2.1	Pitkäaikaishoidon prosessi	7
2.2	Laadukkaan pitkäaikaishoidon lähtökohtana olevat lait, asetukset, arvot ja eettiset periaatteet	9
2.3	Yksilövastuinen hoitotyö	11
2.4	Hoitotyön laatu pitkäaikaishoidossa	13
2.5	Yhteenveto tietoperustasta	17
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	21
3.1	Toimintatutkimus	21
3.2	Kehittämishankkeeseen liittyvän kyselyn toteutus	25
3.2.1	Aineiston analysointi	27
3.2.2	Kyselyn tulokset	28
3.2.3	Yhteenveto tuloksista	40
3.3	Henkilökunnan koulutukset	42
3.4	Kehittämissuositukset yhtenäisen toimintamallin luomiseksi	44
4	KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTIA	50
4.1	Kehittämishankkeen ja sen prosessin arviointia	50
4.2	Kehittämishankkeen tavoitteiden saavuttamisen arviointia	52
4.3	Eettisyys ja luotettavuus	53
5	POHDINTA	55

LÄHTEET

59

LIITTEET

1. KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

1.1 Kehittämishankkeen tausta

Osa ikääntyneistä tarvitsee jatkuvaa ympärivuorokautista hoitoa pitkäaikaishoidossa monipuolisista kotona asumisen tukipalveluista huolimatta. Pitkäaikaishoidon laatuongelmiin on viime aikoina kiinnitetty huomiota myös julkisessa mediassa. Erityisesti kritiikin kohteiksi on nostettu laitoksissa asuvien yksilöllisyyden huomiointi ja rutiininomainen toiminta. Hyvä elämän- ja kuolemanlaatu ovat tavoitteena ympärivuorokautisen hoidon sisällön kehittämisessä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 16–25.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92) luo pohjan laadukkaalle hoitotyölle. Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut Kuntaliiton kanssa erilaisia suosituksia hoitotyöhön. Pitkäaikaishoidossa vaikuttavat vanhustyön laatusuositukset sekä saattohoitosuositukset. Laatusuositus kehottaa toteuttamaan kuntouttavaan työotteeseen perustuvaa asiakaslähtöistä ja eettistä hoitotyötä. Eettiset periaatteet ja hoitotyötä ohjaavat arvot määrittellään Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Hoitotyön prosessikuvauksen avulla kehitetään hoitotyön yhdenmukaisuutta ja sitä kautta parannetaan hoitotyön laatua. Hyvin suunniteltujen prosessien avulla organisaatioon luodaan edellytykset tehdä oikeita asioita oikeilla tavoilla ja oikeaan aikaan. Prosessikuvauksen avulla saadaan myös tietoa toiminnan heikkouksista ja pullonkauloista. Prosessikuvaukseen sisältyy sopimus yhteisistä toimintatavoista. Prosessikuvauksen avulla tarjoutuu mahdollisuus joustavaan toimintaan, tavoitteen suuntaiseen toimintaan sitouttaminen ja hoitoyhteisön yhteistyön edistäminen. Lisäksi prosessikuvaus toimii myös perehdytyksen välineenä uusille työntekijöille, sijaisille ja opiskelijoille ja sen avulla voidaan myös motivoida henkilökuntaa yhteisesti miettimään toimintaa, tavoitteita ja päämääriä sekä keinoja niiden saavuttamiseksi. Yhteisten, hyväksi koettujen toimintatapojen avulla voidaan toimintaa perustella paremmin potilaalle ja /tai omaiselle ja tällä tavoin vähentää ennakkoluuloja ja rakentaa luottamuksellista hoitosuhdetta.

Kiinnostukseni pitkäaikaishoidon laadun ja yhtenäisten toimintatapojen kehittämiseen tuli pitkäaikaishoidon prosessikuvauksesta, jota olen ollut työstämässä. Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon prosessikuvausta aloitettiin tekemään syksyllä 2009. Työryhmässä oli sairaanhoitajia Tapanilan ja Harjukadun osastoryhmästä, osastonhoitaja Jalkarannan osastoryhmästä sekä pitkäaikaishoidon osastojen ylihoitaja. Prosessikuvaus ei ole vielä valmis, mutta suunnitelma prosessikuvauksesta toimii tämän kehittämishankkeen taustalla. Prosessikuvaukseen haettiin monipuolista tietoa kaikilta pitkäaikaishoidon osastoilta, jota saadaan tämän kehittämishankkeen avulla. Kehittämishankkeen avulla tuotetaan kehittämissuhteita yhtenäisen toimintamallin luomiseksi ja toimintaa ohjaavat tavoitteet hoidon eri vaiheisiin. Näin osallistetaan myös henkilökuntaa pitkäaikaishoidon prosessikuvauksen loppuunsaattamisessa. Tämän kehittämishankkeen tuotoksena syntyneitä tietoja käytetään hyväksi prosessikuvauksen valmistumisessa ja yhtenäisten toimintatapojen kehittämisessä.

Prosessikuvauksen suunnitelma sisältää koko pitkäaikaishoitotilaan hoitotyön hoitosuhteen alusta hoitosuhteen päättymiseen. Prosessikuvauksessa kuvataan toiminnot hoidon eri vaiheissa ja eri osa-alueilla sekä määritellään vastuualueet. Kuvauksen tavoitteena on selkeyttää pitkäaikaishoidossa olevan potilaan hoitotyötä yhteisesti sovitulla toimintatavoilla. Yhteisesti hyväksytyt ja kirjallisesti kuvatut toimintatavat mahdollistavat hoitotyön laadun parantamisen. Pitkäaikaishoidossa tavoitteena ovat potilaan ja omaisten sekä henkilöstön yhteneväiset käsitykset siitä, mitä tai millaista pitkäaikaishoito on tai mitä se sisältää. Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon prosessikuvauksen suunnitelman lähtökohtana ovat olleet valtakunnalliset hoitotyön laatusuosituksen, hoitotyössä vaikuttavat arvot ja eettiset periaatteet sekä yksilövastuinen hoitotyö. Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on pitkäaikaishoidon laatuvaatimusten mukainen hoitotyö ja yksilövastuisen hoitotyön osaamisen syventäminen. Tämän kehittämishankkeen avulla yhtenäisen toimintamallin luomiseksi tuotetut kehittämissuhteet tulevat esille valmiissa pitkäaikaishoidon prosessikuvauksessa.

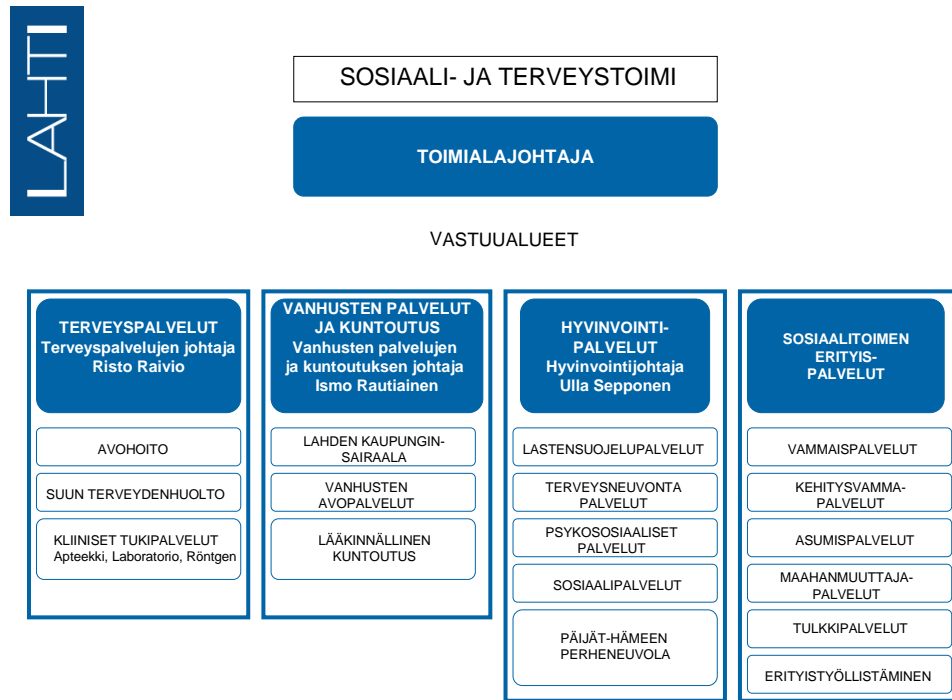
1.2 Kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoitteet

Kehittämishankkeen **tarkoituksena** on yhtenäistää pitkäaikaishoidon hoitotyötä laatuvaatimusten ja prosessikuvauksen mukaiseksi. Tarkoituksena on yksilövastuuisen hoitotyön osaamisen syventäminen ja henkilökunnan sitouttaminen yhtenäisiin laatusuosituksen mukaisiin toimintatapoihin.

Kehittämishankkeen **tavoitteena** on kuvata Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osastojen nykyisiä toimintatapoja sekä nimetä ongelma- ja kehittämisalueita. Tavoitteena on myös tuottaa kehittämis ehdotuksia yhtenäisen toimintamallin luomiseksi ja yhteiset toimintaa ohjaavat tavoitteet hoidon eri vaiheisiin.

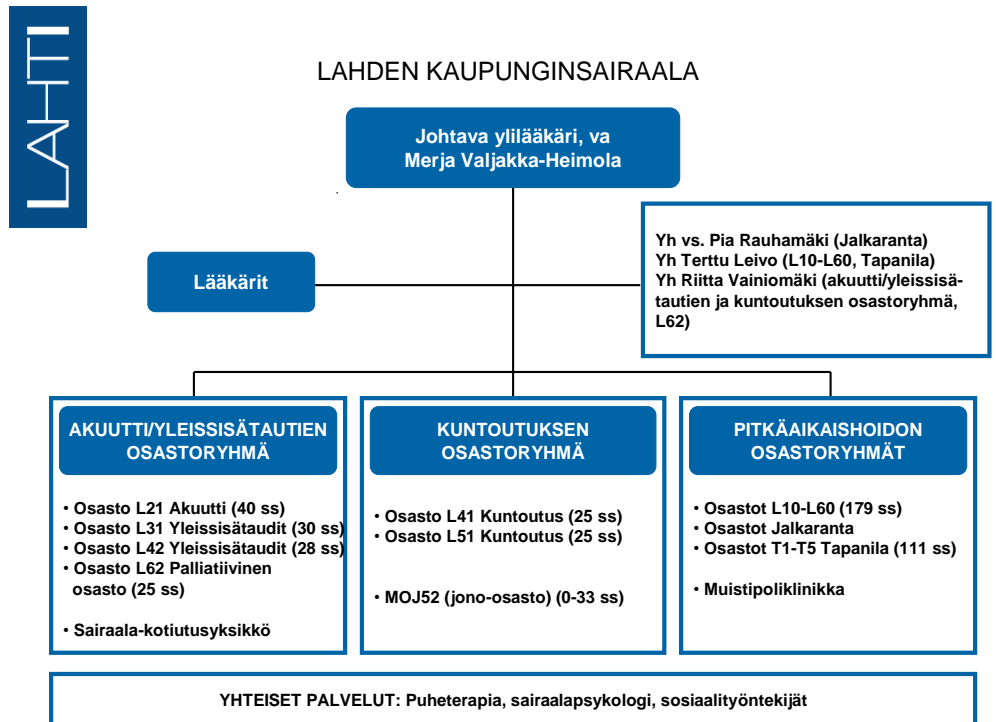
1.3 Kohdeorganisaatio

Tämä kehittämishanke toteutettiin kaikille Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaissairaanhoidon osastoille. Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala on jaettu viiteen eri vastuualueeseen, joita ovat terveystalvelut, vanhusten palvelut ja kuntoutus, hyvinvointipalvelut, sosiaalitoimen erityispalvelut sekä hallinto- ja tukipalvelut. Vanhusten palvelut ja kuntoutus sisältää Lahden kaupunginsairaalan, vanhusten avopalvelun ja lääkinnällisen kuntoutuksen. (kuvio 1)



Kuvio 1. Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan vastuualueet (Lahden kaupunki 2010)

Lahden kaupunginsairaala vastaa kansanterveystoimintamallin mukaisesta akuutista ja kuntouttavasta sairaalahoidosta, sekä pitkäaikaishoidosta (Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan toimintasääntö 1.1.2010). Lahden kaupunginsairaalaan kuuluu akuutti/yleissisätautien osastoryhmä, kuntoutuksen osastoryhmä, pitkäaikaishoidon osastoryhmät sekä yhteiset palvelut. Osastoja on yhteensä 30 kolmessa eri osastoryhmässä. Pitkäaikaishoidon osastoryhmään kuuluvat Harjukadun, Jalkarannan ja Tapanilan osastot. (Lahden kaupunki 2008.) (Kuvio 2)



Kuvio 2. Lahden kaupunginsairaalan osastoryhmät (Lahden kaupunki 2010)

Harjukadun osastoryhmään kuuluu kaupunginsairaalan vaativaan kuntouttavaan pitkäaikaishoidon hoitotyöhön keskittyneet osastot. Osastoilla on 30 potilaspaikkaa, yhdellä osastolla on 29 potilaspaikkaa. Osastoilla on kaksi kuuden hengen potilashuonetta ja kuusi kolmen hengen potilashuonetta. Wc- ja pesutilat sijaitsevat käytävällä. (Lahden kaupunki 2008)

Jalkarannan osastoryhmässä toimii 11 osastoa, joilla on yhteensä 244 potilaspaikkaa. Jalkarannan osastoilla voidaan hoitaa vaativaa pysyvää hoitoa tarvitsevia vanhuksia. Potilashuoneet ovat pääasiassa yhden hengen huoneita ja niissä kaikissa on hyvin varustettu kylpyhuone.

Tapanilan osastoryhmässä on viisi osastoa. Osastoryhmässä on erinomaiset puitteet hoitaa toimintakyvyltään sellaisia pitkäaikaishoidon potilaita, joiden kuntouttavassa hoitotyössä voidaan hyödyntää viihtyisiä tiloja ja luonnonläheisyyttä. Tilat soveltuvat parhaiten potilaille, jotka pystyvät liikkumaan apuvälineiden ja/tai hoitajan avustamana. Osasto T 3:lla on 14 potilaspaikkaa jaksohoitokäytössä. Jaksohoidon tavoitteena on tukea potilaan selviytymistä kotona mahdollisimman pitkään. Osasto T4 on erikoistunut dementiapotilaiden hoitoon. (Lahden kaupunki 2008.)

2. KEHITTÄMISHANKKEEN TIETOPERUSTA

Tämän kehittämishankkeen tietoperustan muodostavat pitkäaikaishoidon prosessi, pitkäaikaishoidossa vaikuttavat lait, asetukset, arvot ja eettiset periaatteet, yksilövastuinen hoitotyö ja hoitotyön laatu. Tietoperustan yhteenvedossa tuon esille miten nämä näkyvät Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osastojen hoitotyössä.

2.1 Pitkäaikaishoidon prosessi

Koska kehittämishankkeen lähtökohtana on pitkäaikaishoidon prosessikuvauksen suunnitelma, tietoperusta alkaa pitkäaikaishoidon prosessista. Potilaan näkökulmasta prosessi on ajallisesti peräkkäin tapahtuvien palvelutapahtumien ketju. Prosessi etenee vaiheittain palvelutapahtumien myötä ja päättyy johonkin. (Holma 2003. 50–54.)

Päätöksentekoon perustuva hoitotyön prosessimalli kuvaa hoitotyötä systemaattisesti. Potilaan hoidon tarpeen määrittely on hoitamisen toteuttamisen perustana. Potilas on hoidon toiminnan lähtökohtana. Hoitotyön prosessin avulla potilaan ongelmaa lähestytään suunnitelmallisesti. Hoitotyön tarpeen määrittäminen eli niiden ongelmien tunnistaminen, joihin voidaan vaikuttaa hoitotyön keinoilla, on hoitoprosessin ensimmäinen vaihe. Tavoitteena on saada tietoa potilaasta ja tunnistaa ja arvioida hänen ongelmiaan. Hoitotyön tarpeen määrittäminen luo perustan prosessin muille vaiheille ja ongelmaa lähestytään suunnitelmallisesti. Hoitotyön suunnitelman laatiminen on prosessin toinen vaihe. Hoitotyölle asetetaan tavoitteet potilaan ongelmien ratkaisemiseksi ja niistä tehdään kirjallinen hoitosuunnitelma. Kaikki hoitotyöhön osallistuvat toteuttavat hoitotyötä suunnitelman mukaisesti. Prosessin viimeinen vaihe on arviointi. (Kratz 1995,15–31 ,Stranius & Tiimonen 2010, 11.)

Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon prosessikuvauksesta on valmiina suunnitelma. Suunnitelma sisältää pitkäaikaishoidon osa-alueita aloitusvaiheessa,

hoidon aikana sekä hoidon päättyessä. Kuvauksessa määritellään vastuuhenkilöt hoidon eri vaiheissa ja osa-alueilla. Kaupunginsairaalan hoitotyön keskeisenä toimintaperiaatteena on yksilövastuuisen filosofian mukainen hoitotyö, jossa omahoitajalla on keskeinen ja vastuullinen rooli. Omahoitajuuden tukena on moniammatillinen tiimi- tai ryhmätyö. Prosessi alkaa SAS-työryhmän (selvitä – arvioi - sijoita) päätöksestä siirtää potilas pitkäaikaishoidon osastolle. Prosessi päättyy potilaan siirtymiseen toiseen hoitopaikkaan tai potilaan kuolemaan. Tämän kehittämishankkeen tuotoksia voidaan hyödyntää prosessikuvauksen loppuunsaattamisessa. Pitkäaikaishoidon prosessikuvauksen valmistuttua, se tulee näkyville Lahti Intran sivuille ja näin päivittäiseksi työkaluksi pitkäaikaishoidon osastoille.

Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osastoille potilaat tulevat Lahden kaupunginsairaalan akuutilta osastolta, palvelutaloista, yksityisistä hoitolaitoksista tai kaupunginsairaalan muilta pitkäaikaishoidon osastoilta. Potilaan siirto tapahtuu yleensä nopealla aikataululla, eikä siirtoa ehditä huolellisesti suunnittelemaan. Potilaasta saadaan tietoa lähettävältä osastolta sekä sähköisestä tietojärjestelmästä, Pegasoksesta. Tutustuttaessa potilaaseen paremmin, käytetään elämäнкаarilomaketta, jonka potilas tai omainen halutessaan täyttää. Lomakkeen tarkoituksena on tuottaa tietoa potilaan elämäнкаaren eri vaiheista ja saada tietoa potilaan kiinnostuksen kohteista, jotta voidaan paremmin suunnitella potilaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa hoitoa. Potilaalle tehdään yksilöllisiin tarpeisiin pohjautuva hoitotyön suunnitelma ja hänen toimintakykyään arvioidaan RAI (Resident assesment instrument)- toimintakykymittarin avulla.

Pitkäaikaishoidon hoitotyössä korostuvat usein fyysiset tarpeet. Henkisten ja sosiaalisten tarpeiden huomiointi on vähäisempää ja virikkeiden järjestäminen nähdään usein muiden kuin hoitotyöntekijöiden toteuttamana. Kuntouttava hoitotyö kuuluu myös pitkäaikaishoittoon, mutta usein hoitajat tekevät potilaiden puolesta, koska se vie vähemmän aikaa. Potilaiden toimintakyvyn tukemiseen kuuluu jäljellä olevien voimavarojen käyttäminen ja vahvistaminen. Iäkkäät pitkäaikaishoidon potilaat nähdään kuitenkin usein passiivisina ja hoitajista riippuvaisina.

2.2. Laadukkaan pitkäaikaishoidon lähtökohtana ovat lait, asetukset, arvot ja eettiset periaatteet

Laitoshoidolla tarkoitetaan kansaneläkelain (11.5.2007/568) mukaan henkilön ylläpidon, hoidon ja huolenpidon sisältävää toimintaa sairaalassa tai vastaavassa yksikössä. Potilas, joka on ollut laitoshoidossa yhtäjaksoisesti yli kolme kuukautta ja heikon toimintakykynsä takia tarvitsee jatkossakin laitoshoidoa, on pitkäaikaishoidon potilas (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. 3.8.1992/734). Laitoshoidossa olevalle henkilölle on järjestettävä hänen ikänsä ja kuntonsa mukainen kuntoutus, hoito ja huolenpito. Lisäksi on pyrittävä järjestämään turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka mahdollistaa yksityisyyden sekä edistää kuntoutumista, omatoimisuutta ja toimintakykyä. (Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008.) Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden sekä toimintakyvyn ja kuntoutumisen tavoitteellinen edistäminen korostuvat Sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa, Hyvinvointi 2015-ohjelmassa ja Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa 2008–2011 (KASTE) (Pekurinen, M. & Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008).

Potilaan asemaa ja oikeuksia koskeva laki tuli Suomessa voimaan vuonna 1993, ensimmäisenä Euroopassa. Se määrittelee potilaalle oikeuden hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaslaki pyrkii myös terveydenhuollon laadulliseen kehittämiseen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.) Sosiaali- ja terveysministeriön (2010, 6) saattohoitosuosituksissa korostuu arvoihin perustuva toiminta, kuolevan potilaan ihmisarvo, inhimillisuus ja itsemääräämisoikeus. Saattohoitosuosituksen tarkoituksena on hyvän ja yhdenvertaisen saattohoidon edistäminen. Suositukset koskevat kuolevan ihmisen hoidon suunnittelua ja järjestämistä sekä hoitoa. Hyvän saattohoidon edellytyksenä on hoitohenkilöstön osaaminen ja työhyvinvointi. Hyvä saattohoito, johon kuuluu kuolevan ihmisen kivun ja kärsimyksen lievittäminen, on kaikkien ihmisten oikeus.

Terveydenhuollon ammattihenkilöstöä koskee laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L599/1994) sekä asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä (A564/1994). Näiden säädösten tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palveluiden laatua varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, ammatillinen pätevyys ja toimintaan edellytetyt valmiudet. Ammatinharjoittamislaissa säädetään myös täydennyskoulutusvelvollisuudesta. Sen mukaan ammattihenkilöllä on velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammattitoiminnan edellyttämää ammattitaitoa sekä perehtyä toimintaansa koskeviin säädöksiin ja määräyksiin. Työnantajan on annettava mahdollisuus osallistua koulutuksiin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 1994 / 599, Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994 / 564.)

Vuorovaikutustaidot ja sitoutuminen yhteiskunnan säädöksiin sekä ammatillisiin arvoihin ja periaatteisiin korostuvat hoitotyössä. Jokaisella ammattiryhmällä on omat arvonsa, jotka ohjaavat toimintaa. Kullakin hoitotyöntekijällä on oma arvo maailmansa, mutta jokaisen tulisi sitoutua Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksissa määriteltyihin arvoihin ja eettisiin periaatteisiin. Laatusuosituksissa korostetaan oikeutta arvokkaaseen vanhuuteen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008,12–13). Terveydenhuollon eettisissä ohjeissa toimintaa voidaan arvioida eri toimijoiden ja asioiden välisten suhteiden näkökulmasta. On otettava huomioon potilaan, hoitajan, työtovereiden, ammattikunnan sekä yhteiskunnan näkökulmat sekä näiden väliset suhteet. Ihmisarvo, itsemääräämisoikeus ja yksilöllisyyden kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus sekä vastuullisuus ja toisten arvostaminen ja tukeminen ovat vallitsevia periaatteita ammattihenkilön toiminnassa ja vaikuttavat kaikissa eri asioiden ja toimijoiden välisissä suhteissa. Hoitotyöntekijä nähdään hoitotyön periaatteiden edustajana, jonka tulee toteuttaa palveluja kunnioittaen niitä. (Ruontimo 2009, 17 – 18, Tiikkainen & Teeri 2009, 12.) Valtakunnallisen eettisen neuvottelukunnan, Etenen, (2001) mukaan ihmisarvo muodostaa hoitamisen perustan ja tarkoituksen. Ikääntyvän välittävä ja arvostava kohtaaminen vahvistaa ihmisen identiteettiä ja elämänhallinnan tunnetta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007,18 -18).

2.3. Yksilövastuinen hoitotyö

Yksilövastuisen hoitotyön kehittäminen alkoi 1960-luvulla Minnesotan yliopistossa ja tuli Suomeen 1980-luvulla (Eloranta 2006,11). Yksilövastuisella hoitotyöllä (primary nursing) tarkoitetaan sekä hoitotyön filosofiaa että hoitotyön organisointimallia. Hoitofilosofisesti se merkitsee hoitotyötä, joka on inhimillistä, potilas-keskeistä ja kokonaisvaltaista toimintaa. Yksilövastuisessa hoitotyössä korostuvat hoidon jatkuvuus, kattavuus ja hoidon ja hoitotyön koordinointi. Vastuullisuus ja itsenäisyys kuuluvat myös yksilövastuisen hoitotyön keskeisiin käsitteisiin. Omahoitaja on vastuullinen potilaan perheenjäsenille ja läheisille, itselleen, työtovereilleen, osastonhoitajalle, työyhteisölle, omalle ammattikunnalleen ja yhteiskunnalle sekä ensisijaisesti potilaille. Vastuullisuuteen liittyy myös luottamus. (Nyman 2006,6, Eloranta 2006,21, Luotolinna-Lybeck & Leino-Kilpi 1991,1, Laakso & Routasalo 1998,4.)

Yksilövastuisen hoidon organisointimalli eroaa muista malleista siten, että nimetty hoitaja kantaa vastuun hoitotyöstä ja sen koordinoinnista koko hoitosuhteen ajan. (Ryhänen 2005, 5-8). Omahoitajan valta sisältää oikeuden itsenäiseen päätöksentekoon ja toimintaan hänelle nimettyjen potilaiden hoitoon liittyvissä asioissa. Omahoitajan päätöksentekoa ohjaavat hoitotyön eettiset periaatteet, työkokemus ja työntekijän ammatillisen kasvun kehitysvaihe. Kun omahoitaja ei ole työvuorossa, korvaava hoitaja huolehtii suunnitellun hoitotyön toteuttamisesta. Osaksi autonomiaa kuuluu siis kollegiaalisuus. (Eloranta 2006,15.)

Potilaan ja hoitajan yhteistyösuhde pohjautuu eettisiin periaatteisiin. Yksilövastuisessa hoitotyössä vuorovaikutus potilaan kanssa lisääntyy. Potilas on toiminnan keskipisteenä ja hoitotyö on potilaan yksilöllisistä tarpeista lähtevää. (Nyman 2006,6.) Huomioitaessa potilaan yksilöllisyys, potilaan pitäisi tuntea, että häntä kohdellaan yksilöllisesti, tasavertaisesti ja hän saa osallistua hoitoaan koskeviin päätöksiin. Kokemus hoidon joustavuudesta ja oikea-aikaisuudesta lisää yksilöllisyyden tunnetta. Potilaan pitää olla myös tietoinen siitä, kuka hänen hoidostaan vastaa. (Ryhänen 2005,5.) Yksilöllisyyden periaatteeseen liittyy potilaan taustaan ja elämänsäkaareen tutustuminen, potilaan tapoja, mielialoja ja vakaumusta pystyttään huomioimaan hoidon eri vaiheissa (Ervasti & Määttä. 2009,3).

Potilasta koskevan tiedon siirtyminen muuttumattomana henkilöltä toiselle on hoidon jatkuvuutta. Oikea-aikainen tieto on jatkuvuuden perustana. Omahoitaja laatii yksilöllisen hoitosuunnitelman jota hän yhdessä korvaavan hoitajan kanssa toteuttaa. Kirjallinen hoitosuunnitelma sisältää omahoitajan ja potilaan väliset sopimukset. (Nyman 2006,7.) Hoidon jatkuvuus on koordinoinnin keskeisin tunnusmerkki. Potilaan hoitotyö etenee tavoitteiden mukaisesti hoitoprosessina. Kaikilla potilasta hoitavilla on yhteneväiset tiedot, suunnitelma ja käsitys potilaan hoidosta. Kirjallinen hoitosuunnitelma toimii koordinoinnin ja kattavuuden varmistajana. Kattavuuden periaate sisältää kokonaisvaltaisuuden ja jatkuvuuden periaatteet. (Eloranta 2006, 16–19.)

Tutkimusten (Nuutinen & Raatikainen 2005, Laakso & Routasalo 1998, Munnukka 1993) mukaan yksilövastuinen hoitotyö lisää potilaiden osallistumista omaan hoitoonsa ja heidän mielipiteensä tulevat kuulluksi. Potilaan ja hoitajan välinen kanssakäyminen lisääntyy ja potilaiden yksilölliset tarpeet tulevat paremmin huomioiduksi yksilövastuisessa hoitotyössä. Potilaiden hyvinvointia ja terveyttä voitiin edistää yksilövastuisen hoitotyön avulla. Potilaan turvan ja läheisyyden saaminen, autetuksi tuleminen ja elämänhallinta tulivat myös mahdollisiksi ja potilaiden luottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan kasvoi toteutettaessa yksilövastuista hoitotyötä. Omaiset arvioivat mallin mukaan toteutetun hoitotyön myönteiseksi ja kokivat, että heillä on paremmat mahdollisuudet osallistua hoitoon. (Laakso & Routasalo 1998,8–13.) Tehtäväkeskeinen työskentely saattaa johtaa ikääntyneen toimintakyvyn heikentymiseen ja riippuvuuden lisääntymiseen.

Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osastoilla toteutetaan yksilövastuisen hoitotyön filosofiaa. Lahden kaupunginsairaalassa toiminta on asiakas / potilaslähtöistä. Jokaisella potilaalla on nimetty omahoitaja, sairaanhoitaja tai perushoitaja /lähihoitaja. Omahoitajan tehtäviin kuuluu potilaan yksilöllisiin tarpeisiin pohjautuvan hoitosuunnitelman laatiminen, hoidon koordinointi ja yhteydenpito omaisiin. Kaikilla hoitajilla ei ole riittävästi motivaatioita, halua ja valmiuksia toimia omahoitajana. Iäkkäiden pitkäaikaishoidossa korostuu myös aktiivinen vuorovaikutus ja yhteydenpito omaisiin ja läheisiin. Omahoitaja tarvitsee rohkeut-

ta kohdata omaisia. Rutiinit ja laitoksen aikataulut saattavat heikentää yksilöllistä ja kuntouttavaa hoitotyötä.

2.4 Hoitotyön laatu pitkäaikaishoidossa

Kehittämishankkeen avulla on tarkoitus kehittää pitkäaikaissairaanhoidon yhteisiä toimintatapoja ja parantaa hoitotyön laatua. Vanhusten hoitotyön laatuun vaikuttaa potilaiden omat kokemukset sekä omaisten ja läheisten kokemukset laadusta ja laadukkaaseen hoitotyöhön vaikuttavista tekijöistä. Valtakunnalliset laatusuositukset, jotka sosiaali- ja terveysministeriö on yhdessä kuntaliiton kanssa laatinut, ohjaavat vanhusten hoitotyötä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Pekurisen, Räikkösen & Leinosen (2008, 9) mukaan laadun kehittämisen ja seurannan lähestymistapoja ovat erilaiset suositukset, laadunhallintamallit ja kriteeristöt, näyttöön perustuva toiminta sekä hyvät käytännöt ja riskien hallinta.

Laatu on moniulotteinen käsite. Laatukäsitteen määrittely riippuu siitä, kuka laadun määrittelee, mistä näkökulmasta laatua tarkastellaan ja miten laatua arvioidaan. Laadun kokeminen on henkilökohtainen asia. Sosiaali- ja terveydenhuollossa laatuun kiinnitetään paljon huomiota, koska ne ovat näkyvänä julkisuudessa. Vastuullisuuden ja avoimuuden lisäämistä korostetaan. Terveyspalveluiden laatua voidaan tarkastella potilaslaadun, ammatillisen laadun ja johtamisen laadun näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakkaiden/potilaiden odotukset ja kokemukset hyvästä hoitotyöstä ja palvelusta ovat potilasnäkökulma laadusta. Ammatillinen laatu sisältää henkilökunnan ammattitaidon, teknisen osaamisen, hiljaisen tiedon sekä vastuullisuuden ja vuorovaikutustaidot. Se sisältää myös henkilökunnan motivaation oppia ja kehittää tietojään ja taitojaan. Johtamisen laadulla varmistetaan tehokkaiden ja tuottavien resurssien käyttö hyvän hoitotyön toteuttamisessa. (Muurinen 2003,20- 22, Nygren 2010,5-6.)

Laine (2005, 33 – 34) kirjoittaa Donabedianin määritelleen laatua jakamalla se rakenne-, prosessi- ja tuloslaatuun. Henkilöstön ammattitaito ja koulutusmahdollisuudet ovat rakennelaatua. Tärkeä hoidon laadun rakennetekijä on myös henkilöstön määrä. Prosessilaatu sisältää hoitokäytännöt kuten kuntoutumista tukevan työ-

otteen sekä eri ammattiryhmien yhteistyön toimivuuden ja asiakkaiden oikean sijoittelun laitoksessa. Asiakastyytyväisyys, asiakkaiden terveydentila tai hoidon lopputulos kuvaa tuloslaatua.

Valtakunnalliset suuntaviivat hyvän vanhustenhoidon kehittämiseksi antoivat sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto vuonna 2001. Suosituksia uusittiin vuonna 2008, jolloin otettiin huomioon hallitusohjelman linjaukset, valtakunnalliset tavoitteet ikääntymispolitiikalle, uusin tutkimustieto ja arvioinnin tulokset sekä toimintaympäristön muutokset. Suositus painottuu iäkkäiden kotihoitoon, palveluasumiseen ja laitoshoittoon. Suosituksen tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Yksilöllisten voimavarojen ylläpitäminen ja tukeminen kuuluvat ikääntyvän hyvään hoitoon ja palveluun. Palveluiden tavoitteena on tukea ikääntyneiden elämänlaatua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008,12–13.) Voutilaisen (2004, 6) mukaan koettu yksilöllinen elämänlaatu on kertynyt elämänkaaren eri vaiheissa. pitkäaikashoidossa olevan vanhuksen elämänlaatuun vaikuttavat ympäristö, psyykkinen hyvinvointi, fyysinen toimintakyky ja sosiaaliset suhteet.

Sosiaali- ja terveysministeriön (2008,18–30) laatusuosituksen mukaan jokaiselle asiakkaalle on laadittava kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Suunnitelman avulla yhteistyö eri toimijoiden välillä on saumatonta. Iäkkäiden hoitoympäristön tulee olla turvallinen, virikkeellinen sekä toimintakykyä, yksityisyyttä ja sosiaalista kanssakäymistä tukeva. Toimintakykyä tukeva ja kuntoutumista edistävä työote sekä asiakaslähtöisyys ovat toiminnan perustana. Toiminnan arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia toimintakykymittareita.

Muurisen (2003,12 - 27) tutkimuksessa vanhainkodin hoitotyön hyvää laatua arvioitiin Ranzin mallin mukaan. Sen mukaan vanhainkodin hyvä laatu koostuu ammattitaitoisen henkilöstön aktiivisesta vuorovaikutuksesta potilaiden kanssa, potilaiden välittävästä ja toiveiden mukaisesta hoidosta, rauhallisesta ja välittävästä ilmapiiristä sekä vanhuksille sopivasta hoitoympäristöstä. Vanhusten hoitotyön laatua voidaan tutkia potilaan ja hoitotyöntekijän välisen vuorovaikutuksen tarkastelun avulla. Henkilökunnan herkkyyks ja ystävällisyys tai niiden puute ovat merki-

tyksellisiä potilaalle. Potilaiden ja henkilökunnan välisen kommunikaation ja vuorovaikutussuhteiden avulla luodaan hyvää ja persoonallista hoitotyötä.

Henkilöstön vastuullisuus, ammattitaito ja korkeatasoinen eettinen toiminta ovat välttämättömiä vanhusten pitkäaikaishoidon osastoilla, koska pitkäaikaishoidossa olevien potilaiden vaikuttaminen saamaansa hoitotyön laatuun voi sairauden, esim. dementian vuoksi, olla puutteellista. Tällöin myös omaisten merkitys laadun arvioinnissa korostuu. arvomaailma, ihmiskäsitys sekä kyky tehdä päätöksiä hoitotyön auttamismenetelmien valinnassa näkyvät kirjallisessa hoitotyön suunnitelmassa. Päivittäinen kirjaaminen potilaan voinnista ja hoidosta sekä kirjallinen hoitotyön suunnitelma osoittavat kokonaisvaltaisen ja tavoitteellisen potilashoidon. (Muurinen 2003.25,27.)

Hyvän vuorovaikutuksen edellytyksiä asiakkaiden, omaisten ja henkilökunnan mielestä ovat ihmisläheisyys, rehellisyys, avoimuus ja turvallisuus. Omaisten mielestä asiallinen ja kunnioittava kohtelu on tärkeää Hoitotyöntekijöiden asiakkaan ja hoitajan kohtaamisessa. (Mustajoki 2000, 8.) Vanhusten pitkäaikaishoidossa hoitajan tulee vuorovaikutustilanteessa tukea vanhuksen itsenäisyyttä, säilyttää hänen arvokkuutensa ja mahdollistaa yksilöllisyyden (Tiikkainen & Teeri 2009,12). Potilaiden sairauden edetessä korostuu sanaton vuorovaikutus sekä ilmeet ja eleet (Topo, Sormunen, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007,120).

Oman persoonan hyödyntämien sekä yhteistyö ja asiantuntijuuden käyttäminen ovat Kuivalaisen (2007, 27,40) tutkimuksen mukaan pitkäaikaishoidon hoitotyön laatuun vaikuttavia tekijöitä. Hyvä ilmapiiri, onnistunut työnjako ja työyhteisön hyvät voimavarat ja ammatilliset ominaisuudet edistävät hoitotyön laatuun vaikuttamista. Laitoshoidon laatuun asiakkaan näkökulmasta liittyy keskeisesti asiakkaan kokemus omista voimavaroistaan ja elämänlaadustaan. Laadukkaaseen hoitamiseen sisältyy Noreksen (1993) mukaan potilaan kokemus ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisesta. Elämänlaadun keskeiset tekijät ovat hyvän olon tunne, elämän mielekkyyden tai merkityksen koheneminen ja oman arvon tunne.

Ahosen (2001, 2) tutkimuksessa tarkasteltiin pitkäaikaissairaiden vanhusten hoitotyön laatua opiskelijoiden näkökulmasta. Harjoittelujaksoilla opiskelijat tarkkailivat hoitotyön laatua sekä kuvasivat näkemystään hoidon laadun parantamiseksi. Tutkimuksen mukaan riittävä perushoito ja lääkitys toteutuivat, mutta puutteita koettiin vanhusten terveyden- ja toimintakyvyn tukemisessa.

Vertainen – Hiiroisen (2002, 13 – 14) tutkimuksessa hoitotyön laatua tutkittiin Äänekosken terveystieteiden keskuksessa Senior Monitor-mittarin avulla. Mittarin taustalla on inhimilliset perustarpeet ja hoitotyön prosessi. Mittarin avulla arvioitiin hoitotyön suunnittelua, potilaan fyysisten ja ei fyysisten tarpeiden tyydytystä, potilaan kuntouttamista ja arviointia. Potilaat kokivat hoitotyön laadun hyväksi. Hoitotyön suunnitelmissa havaittiin puutteita arvioinnissa.

Lahden kaupunginsairaалassa hoidon laatua kartoitetaan erilaisten tyytyväisyyskyselyjen avulla. Potilaille suunnatun kyselyn avulla, saadaan tietoa potilastyytyväisyydestä. Pitkäaikaishoidon osastoilla on potilaita, jotka eivät itse pysty tai kykene, esimerkiksi dementian takia, arvioimaan saamansa hoitotyön laatua. Tällöin hoitotyön laadun arvioinnissa tyytyväisyyskysely kohdistetaan omaisille. Jokaisella osastolla on käytössä myös palautelaatikko, johon potilaat ja omaiset voivat jättää palautteen, joka käsitellään osastolla sekä johdon tasolla. RAI-toimintakykymittarin käyttöönoton myötä saadaan tietoa hoitotyön laadusta. Mittarin avulla voidaan kiinnittää huomiota esimerkiksi potilaiden kaatumisen ja painehaavojen riskiin. Hoitotyön laadun arviointiin on Lahden kaupunginsairaалassa käytössä myös HaiPro-lääkepoikkeamien tilasto, painehaavakyselyt ja kipukysely. Sijaisten ja opiskelijoiden perehdytyksen laadusta saadaan tietoa heille suunnatulla kyselyllä.

Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osastoilla työ on fyysisesti kuormittavaa. Haasteellisten potilaiden ja omaisten kohtaaminen on henkisesti ja sosiaalisesti kuormittavaa. Osastoilla hoidetaan myös saattohoitopotilaita, joiden hoitaminen vie voimia ja on myös henkisesti raskasta. Ahtaat ja epäkäytännölliset tilat Harjukadun yksikössä heikentävät kuntouttavan hoitotyön toteuttamista eikä työergonomia aina toteudu. Myös tehtäväkeskeinen ja laitoserätyyppinen painottava toimintatapa näkyvät ajoittain päivittäisessä hoitotyössä.

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 18) kehoitetaan työyksiköitä tekemään henkilökunnan koulutussuunnitelma ja työkykyä ylläpitävä toimintaohjelma. Pitkäaikaishoidon osastoilla henkilöstö on koulutettua. Henkilöstön ammattitaidon laatua pidetään yllä työnantajan järjestämällä koulutuksilla. Sairaanhoidtajien lääkekoulutuksia järjestetään kaksi kertaa vuodessa. Koulutuksiin liittyy lääketentti ja näytöt lääkehoidon eri osa-alueilta. Myös perus-/lähihoitajille järjestetään lääkehoitokoulutuksia. RAI-toimintakykymittarin käyttöönoton myötä koko pitkäaikaishoidon henkilökunta osallistui näihin koulutuksiin. Kuntouttavan työotteen mukaista koulutusta järjestettiin syksyllä koko henkilökunnalle. Henkilöstö osallistuu myös ulkopuolisten tahojen järjestämiin ammatillisiin koulutuksiin.

2.5 Yhteenvedo tietoperustasta

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92) luo pohjan laadukkaalle hoitotyölle. Jokaisella potilaalla on oikeus saada hyviä palveluja. Kaikkien työntekijöiden osallistaminen kehittämistyöhön on edellytyksenä laadun kehittymiselle (Ahonen, 2011, 12). Laatusuositus kehottaa toteuttamaan kuntouttavaan työotteeseen perustuvaa asiakaslähtöistä ja eettistä hoitotyötä. Hoitokäytäntöjen tulee olla näyttöön perustuvia sekä perustua kirjallisiin hoito- tai palvelusuunnitelmiin. Kuntien on huolehdittava koti- ja laitoshoidon asianmukaisista toimitiloista sekä riittävästä ja ammattitaitoisesta henkilökunnasta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008,12–13.) Laatusuositusten eettisenä lähtökohtana on ikäihmisten arvostaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun (Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008, 12–13). Laitoshoidon tavoitteena on ikääntyneiden hyvän elämänlaadun ja itsemääräämisoikeuden tukeminen (Sosiaalihuoltoasetus 1983).

Saattohoitosuosituksen mukaan kuolevan potilaan hoitotyö on oltava kokonaisvaltaista. On huomioitava kuolevan potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet. Omaisten ja läheisten tuki, neuvonta ja ohjaus kuuluvat saattohoidon kokonaisuuteen. Myönteinen ja avoin hoitoympäristön ilmapiiri luovat

mahdollisuuden tunteiden vapaaseen ilmaisuun. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010,17.) Omaisten merkitys korostuu siinä, että heillä on paljon tietoa vanhuksen elämästä, luonteesta, tavoista ja tottumuksista.

Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ohjaavat ammattiryhmien eettiset ohjeet. Työyhteisö tarvitsee toimiakseen yhteisiä arvoja. Hoitotyössä arvot ovat mukana kaikessa käytännön toiminnassa. Ne vaikuttavat suunnitelmaan, päätöksentekoon ja hoitotoimintaan. Hoitotyön arvot muodostuvat eettisten periaatteiden pohjalta. Jotta saadaan tietoa hoidon laadusta, tulee laatua seurata useilla menetelmillä sekä vertailla muiden yksiköiden kanssa.

Hoitajilla on vastuu luoda hoidollinen ympäristö ja ilmapiiri, jossa kunnioitetaan ihmisoikeuksia sekä erilaisia tapoja, arvostuksia ja uskontoja. Kaikilla potilaille on oikeus hyvään hoitotyöhön ja kaikki potilaat ovat samanarvoisia. Potilaat kohdataan ja kunnioitetaan ainutkertaisina yksilöinä ja heidän mielipiteitään kuunnellaan. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 137 -138, 172.) Huolenpito ja turvallisuus sekä ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden, yksityisyyden ja integriteetin kunnioittaminen ovat ominaista eettisesti hyvän pitkäaikaishoidon toteuttamisessa (Sarvimäki 2008, 27–40).

Hoidon suunnittelussa otetaan huomioon potilaiden yksilölliset tarpeet. Hoitotyön tavoitteena on, että potilas kokee itsensä arvostetuksi ja tuntee olonsa turvalliseksi. Pitkäaikaishoidon toiminta-ajatuksena on potilaslähtöinen, toimintakykyä ylläpitävä ja potilasta kunnioittava hoitotyö. Hoitotyön lähtökohtana ovat potilaan voimavarat ja niiden käytön mahdollisimman hyvä hyödyntäminen. Omahoitajuuden tukena on moniammatillinen ryhmätyö. Ammattitaitoinen henkilökunta auttaa ja tukee potilasta tämänhetkisessä elämäntilanteessa. Vuorovaikutustaidot ja sanaton viestintä korostuvat pitkäaikaishoidossa. Pitkien hoitosuhteiden aikana läheisten tukeminen, myötäeläminen ja lähellä oleminen painottuvat, erityisesti kuoleman läheisyydessä. Tämä vaatii hoitajalta aikaa, keskittymistä sekä potilaiden ja omaisten mielialojen havainnointia.

Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon prosessikuvauksen suunnitelmassa määritellään potilaan hoitotyötä hoitoprosessin eri vaiheissa. Prosessikuvauksen

eri vaiheet tulevat esille kehittämistyössä ja kehittämistyön kyselyn kysymykset on jaoteltu prosessin mukaan. Lahden kaupunginsairaалassa toteutetaan yksilövas-tuista hoitotyötä. Potilaan omahoitajana voi olla sairaanhoitaja tai lähi- / pe-rushoitaja. Korvaavana hoitajana on yleensä koko tiimi / hoitoryhmä. Toimintata-pana on toimintakykyä ylläpitävä kuntouttavan työotteen mukainen hoitotyö, jos-sa korostuvat yksilöllisyys, itsenäisyyden tukeminen, voimavarojen tunnistaminen ja huomioonottaminen sekä hoitotyön tavoitteellisuus, suunnitelmallisuus ja sys-temaattisuus. Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osastoilla toimintaa ohjaavat arvot, eettiset periaatteet ja säädökset. Lahden kaupunginsairaalan arvoja ovat ihmisarvo, potilas- ja asiakaslähtöisyys, vastuullisuus, oikeudenmukaisuus ja tuloksellisuus. Vastuullinen työskentely on laadukkaan hoitotyön edellytys.

Kuviossa 3 kuvataan tietoperustan yhteys kehittämishankkeen tarkoitukseen ja tavoitteisiin.

Kehittämishankkeen**tarkoitus**

Pitkäaikaishoidon laatusuosituksen mukainen hoitotyö.

Pitkäaikaishoidon toimintatapojen yhtenäistäminen suunnitellun prosessikuvauksen mukaiseksi.

Yksilövastuisten hoitotyön osaamisen syventäminen ja sitouttaminen yhtenäisiin, laatusuosituksen mukaisiin toimintatapoihin.

tietoperusta

Pitkäaikaishoidon prosessi.

Hoitotyötä ohjaavat arvot, eettiset periaatteet, lait ja asetukset.

Yksilövastuinen hoitotyö.

Hoitotyön laatu pitkäaikaishoidossa

tavoitteet

Nykyisten toimintatapojen kuvaaminen ja pitkäaikaishoidon ongelma- ja kehittämisaikavälien nimeäminen

↓

Tuottaa kehittämissuhteita yhtenäisen toimintamallin luomiseksi.

↓

Tuottaa yhteiset toimintaa ohjaavat tavoitteet hoidon eri vaiheisiin.

Kuvio 3. Tietoperustan yhteys kehittämishankkeen tarkoitukseen ja tavoitteisiin.

3. KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

Tämä kehittämishanke toteutettiin käyttämällä lähestymistapana toimintatutkimusta. Tässä osassa esittelen toimintatutkimuksen teoriaa ja kuvaan kehittämishankkeen toteuttamista. Raportoin myös kehittämishankkeeseen liittyvän kyselyn toteuttamista, aineiston analysointia ja tuloksia. Esittelen koulutuspäiviä ja niiden pohjalta luotuja kehittämisehdotuksia yhtenäisten toimintatapojen luomiseksi.

3.1 Toimintatutkimus

Pitkäaikaishoidon prosessikuvausten ja laatusuosituksen mukaisten hoitokäytäntöjen yhtenäistäminen ja toimintaa ohjaavien tavoitteiden kuvaaminen toteutettiin kehittämishankkeena, jonka lähestymistapana käytettiin toimintatutkimusta. Pitkäaikaishoidon toimintatapoja kehitetään yhdessä työntekijöiden kanssa. Toimintatutkimus mahdollistaa työyhteisön osallistamisen ja sitouttamisen kehittämistoimintaan. Toimintatutkimusta voidaan kuvata yhteisölliseksi prosessiksi, jossa tutkija osallistuu tutkittavana kohteena olevan työyhteisön toimintaan. Toimintaa kehitetään ja ongelmia ratkotaan yhdessä työyhteisön jäsenten kanssa. Käytäntöjen muuttaminen ja kehittäminen tapahtuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Oppiminen ja kehittyminen sosiaalisissa yhteisöissä ovat toimintatutkimuksen ydintä. (Heikkinen 2010, 214 – 227, Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1997, 114 – 117.) Toimintatutkimuksella pyritään toiminnan avulla samanaikaisesti muuttamaan ja ymmärtämään muutosta (Anttila 2007, 135 – 137). Hartin ja Bondin (1996, 3 – 11) mukaan toimintatutkimus on ongelmakeskeinen, kontekstisidonnainen ja tulevaisuuteen suuntautunut kehittävä ja kasvattava prosessi.

Heikkinen (2010, 214) kutsuu toimintatutkimusta tutkimusstrategiseksi lähestymistavaksi, jolla pyritään saavuttamaan välitöntä ja käytännöllistä hyötyä tutkimuksesta ja sillä tavoitellaan toiminnan samanaikaista kehittämistä. Myös Kiiikkalan ja Krausen (1996, 87 – 88) mielestä toimintatutkimus on tutkimusstrategia, koska siinä korostuu tutkijan ja tutkittavien suhde ja prosessiin osallistuminen sekä prosessin syklisyys ja reflektointi. Toimintatutkimusta voidaan kutsua kvalitatiiviseksi lähestymistavaksi, koska siinä käytetään ymmärtävää tutkimusotetta ja

tutkija on osallisena tutkittavassa työyhteisön toiminnassa. Toimintatutkimusta määritellään subjektiiviseksi ja arvosidonnaiseksi lähestymistavaksi. (Kiikkala & Krause 1996, 87)

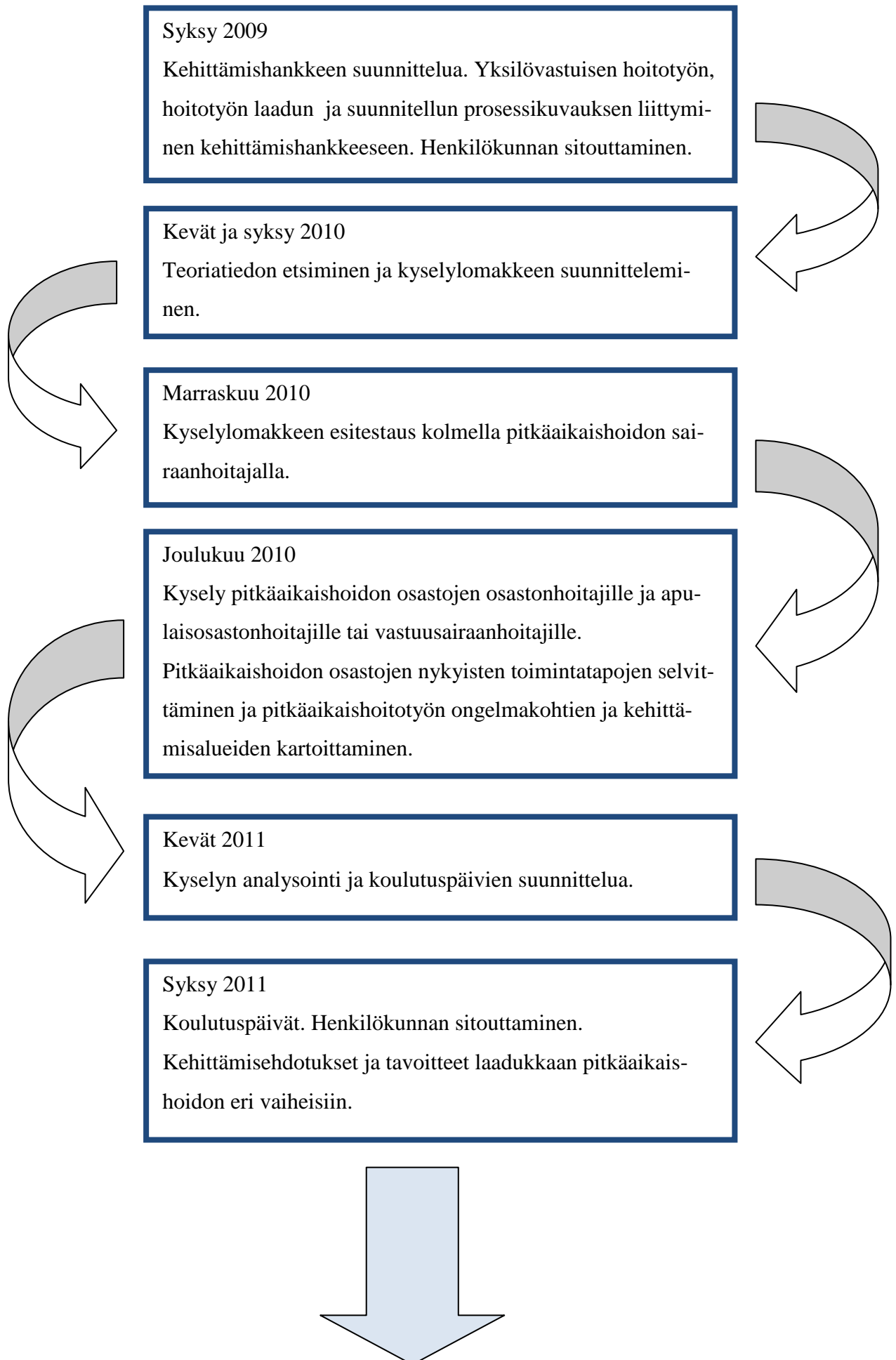
Kehittävä työntutkimus on toimintatutkimuksen perusajatuksia sisältävä tutkimus-suuntaus (Aaltola & Valli 2010,218). Kehittävän työntutkimuksen lähtökohtana on kulttuurihistoriallinen toiminnan teoria. Suomessa kehittävän työntutkimuksen edustajat korostavat tutkimuksen erityisluonnetta, teoreettista lähestymistapaa, mutta kansainväliset asiantuntijat luokittelevat kehittävän työntutkimuksen toimintatutkimukseksi. (Engeström 1995, 11–12, Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2006, 60 -67).

Metsämuuronen (2006, 225) kuvaa toimintatutkimuksen syklimäisen etenemisen. Toimintatutkimus alkaa arkipäivän ongelman kartoittamisesta ja täsmentämisestä, kehittämiskohteen määrittelystä. Aiheesta virinneen keskustelun jälkeen tutkija syventyy tutkimuksellisen lähdemateriaalin etsimiseen. Näiden jälkeen suunnitellaan tutkimuksen kulkua ja arviointia. Paunonen & Vehviläinen – Julkunen (1998, 114 -118) kuvaavat toimintatutkimuksessa seitsemän vaihetta. Kartoitusvaiheessa nimetään työyhteisön kehittämiskohte ja prosessointivaiheessa etsitään tietoa kehittämiskohteesta. Sitoutumisvaiheessa asetetaan tavoitteet ja aikataulu sekä tiedotetaan työyhteisöä. Suunnittelu-, toteuttamis- ja arviointivaiheen jälkeen seuraa hyväksymisvaihe, jolloin uusi toimintamalli otetaan käyttöön.

Reflektiivinen ajattelu on toimintatutkimuksen lähtökohtana. Toiminnan kehittämiseen pyritään uudenlaisen toiminnan ymmärtämisen kautta. Reflektiivisen tarkastelutavan avulla tavoitellaan asioiden ja toiminnan muuttamista parempaan, käytänteitä tarkastellaan uudessa valossa. Reflektiivisyys ilmenee toimintatutkimuksessa itsereflektiivisenä kehänä, joka etenee spiraalimaisesti. Spiraalissa toimintaa ja ajattelua kuvataan suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektoinnin ja uudelleensuunnittelun sykleinä. Toimintatutkimuksen spiraalisuutta on kritisoitu sen kaavamaisuuden ja joskus jopa kahlitsevuuden takia. Spiraalimalli kuvaa tutkimusprosessin vaiheet pelkistetysti, kun todellisuudessa vaiheet lomittuvat toisiinsa. (Heikkinen 2010, 219 -222.)

Kehittämishankkeen lähtökohtana oli pitkäaikaishoidon prosessikuvauksen suunnitelma. Prosessikuvaus on suunniteltu huomioiden vanhusten hoidon laatusuosittukset sekä hoitotyössä vaikuttavat arvot ja eettiset periaatteet. Hoitofilosofiana on yksilövastuinen hoitotyö. Kehittämishankkeessa toteutettiin kysely Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaissairaanhoidon osastonhoitajille ja apulaisosastonhoitajille tai vastuusairaanhoitajille. Kyselyn tavoitteena oli kartoittaa osastojen tämänhetkisiä toimintatapoja. Kyselyn avulla kerättiin tietoa pitkäaikaishoidon kehittämisalueilta ja siitä, onko eri osastoryhmien toimintatavoissa eroavaisuuksia. Kysymykset jaoteltiin prosessikuvauksen eri vaiheisiin ja niiden avulla kartoitettiin myös eri osa-alueiden vastuuhenkilöitä. Vastauksista saatiin selville se, minkälaisia toimintatapoja pitkäaikaishoidon osastoilla oli käytössä ja olivatko tämänhetkiset toimintatavat erilaisia eri yksiköissä. Lisäksi kartoitettiin pitkäaikaishoidon toimintatapojen ongelmia ja kehittämisalueita.

Toimintatutkimuksessa on kyse koko työyhteisön sitoutumisesta muutosprosessiin. Toimintatutkimuksen avulla pyritään kehittämään nykyisiä toimintatapoja paremmiksi. (Metsämuuronen 2006, 222 – 226.) Henkilökunnalle pidettiin koulutustilaisuuksia, jossa käsiteltiin pitkäaikaishoidon prosessikuvausta ja vanhustyön laatuvaatimuksia hoitotyössä. Henkilökunta reflektoi ja arvioi nykyisten toimintatapojen kartoituksen esille tuomia näkökulmia sekä pohti hoitoprosessin eri vaiheiden laatu näkökulmia. Toimintatutkimuksessa toimintatapojen muuttaminen perustuu osallistujien oman työnsä reflektointiin ja itsearviointiin (Eskola & Suoranta 1998, 130). Koulutuksessa pitkäaikaishoidon toimintatapoja tarkasteltiin yksilövastuisen hoitotyön, hoitotyön prosessin ja laadun näkökulmista. Koulutukset pidettiin osastojen kehittämispäivissä ja kaikkien pitkäaikaishoidon osastojen yhteinen koulutuspäivä pidetään marras-joulukuussa 2011. Yhteisiin koulutuspäiviin valitaan jokaiselta osastolta kaksi hoitajaa. Koulutuksiin osallistuneet hoitajat ovat omissa osastoryhmissään ja osastoillaan viemässä eteenpäin uuden toimintamallin mukaisia toimintatapoja. Näin koko henkilökunta sitoutetaan prosessikuvauksen mukaisiin yhtenäisiin toimintatapoihin. Tämän kehittämishankkeen aikana tuotettiin kehittämissuhteita uuden toimintamallin luomiseksi sekä yhtenäisen toimintatavan tavoitteita. Toimintatutkimuksen vaiheet ja aikataulu tässä kehittämishankkeessa kuvataan kuviossa 4.



Joulukuu 2011

Kehittämishankkeen raportin esittäminen.

Kuvio 4. Kehittämishankkeen vaiheet ja aikataulu

3.2 Kehittämishankkeeseen liittyvän kyselyn toteutus

Kehittämishankkeeseen liittyvän kyselyn tehtävänä oli selvittää pitkäaikaishoidon osastojen nykyisiä toimintatapoja. Tässä kehittämishankkeessa haluttiin saada tietoa pitkäaikaishoidon osastojen tämänhetkisistä toimintatavoista sekä kartoitettiin pitkäaikaishoitotyön ongelmakohtia ja kehittämisalueita. Kysely toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella joka sisälsi monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Avoimien kysymysten avulla kartoitettiin vastaajien näkemyksiä ja kokemuksia nykyisistä toimintatavoista ja selvitettiin mitä kehitettävää osa-alueen toiminnassa on. Vastaajan taustat kartoitettiin kysymällä hänen työyksikkönsä osastoryhmää. (Kyselylomake liite 2.)

Koska kehittämishankkeen tarkoituksena oli pitkäaikaishoidon toimintatapojen yhtenäistäminen ja hoitotyön laadun parantaminen, kysymykset pohjautuivat pitkäaikaishoidon prosessikuvaukseen sekä vanhustyön laatusuosituksiin ja jaoteltiin pitkäaikaishoidon prosessikuvauksen eri osa-alueiden mukaan. Pitkäaikaishoidon prosessikuvauksessa on kolme prosessin vaihetta: hoidon aloitus, hoito ja hoidon päättyminen. Kyselyyn otettiin mukaan myös potilaan osastolle tulon liittyvät asiat, koska se luo perustan hoidon aloitukselle. Vanhustyön laatusuosituksissa korostuu arvokkaan vanhuuden näkökulma. Yksilövastuisen hoitotyön avulla luodaan, potilaskeskeistä hoitosuhdetta.

Kysymyksissä korostui omahoitajan rooli sekä sairaanhoitajan vastuu, koska kehittämishankkeen tarkoituksena oli yksilövastuisen hoitotyön osaamisen syventäminen. Tutkimuskysymyksissä selvitettiin yksilövastuisen hoitotyön ja omahoitajan roolin toteutumista potilaan osastolle tulon liittyvissä asioissa, hoidon aloituksessa, hoidossa ja hoidon päättymisen vaiheissa. Kysymyksissä korostui

omaisten ja läheisten rooli, potilaan yksilöllisyys ja laadukkaan pitkäaikaishoidon elementit. Kysymysten sisällöt ja muuttujat kuvataan taulukossa 1.

Taulukko 1. Kyselylomakkeen sisällöt ja muuttujat

Kysymyksen teema	Sisältö	Kysymysnumero lomakkeessa
Potilaan tulo osastolle	<ul style="list-style-type: none"> • ilmoitus potilaasta • tiedot potilaasta • omahoitajan valinta • potilaan vastaanotto • omaisen mukanaolo 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 • 2 • 3 • 4 • 5
Hoidon aloitus	<ul style="list-style-type: none"> • hoitoneuvottelu • hoitosuunnitelma • elämänkaarilomake 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,2,3,4 • 5,6,7,8,11,12 • 9,10
Hoito	<ul style="list-style-type: none"> • hoitosuunnitelma • omaiset • lääkitys • virikkeet • vapaaehtoistyöntekijät • kuntouttava hoitotyö • potilaan yksilöllisyys 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,4 • 2 • 3 • 5 • 6 • 7 • 8
Hoidon päättyminen	<ul style="list-style-type: none"> • hoitopaikan arviointi • keskustelu omaisen kanssa • sairaalapastorin palvelut • siirto toiseen hoitopaikkaan 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,2 • 4,5 • 6 • 3

Kysely esitettiin kolmella sairaanhoitajalla, yksi sairaanhoitaja jokaisesta osastoryhmästä. Koska kyselyn toteuttajana työskentelen itse Harjukadun osastoryhmässä, valitsin Harjukadun osastoryhmästä kyselylomakkeen esitestaajan. Ylihoitaja valitsi Jalkarannan ja Tapanilan osastoryhmästä esitestaajat. Testaajiksi valikoituivat sairaanhoitajat, jotka olivat sillä viikolla työvuoroissa. Esitestauksessa tuli esille, että joihinkin kysymyksiin voi vastata useamman kohdan, mutta se ei vaikuttanut siihen, että kysymyksiä pitäisi muuttaa, kyselylomake todettiin käytökelpoiseksi.

Kyselylomakkeet lähetettiin Lahden kaupunginsairaalan sisäisessä postissa kaikille pitkäaikaissairaanhoidon osastonhoitajille sekä apulaisosastonhoitajille tai vastaaville sairaanhoitajille. Kyselyjä lähetettiin yhteensä 39 kappaletta, Jalkarantaan 20 kpl, Tapanilaan 8 kpl ja Harjukadun yksikköön 11 kpl. Kyselyn liitteeksi laitettiin saatekirje (Liite 2.), josta ilmenee kyselyn tarkoitus, miten kyselystä saatuja tietoja käytetään sekä kyselyn toteuttajan yhteystiedot. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa ja vastaukset palautettiin sisäisessä postissa. Vastaaminen tapahtui nimettömästi. Vastaajille lähti yksi sähköpostimuistutus kyselyyn vastaamisesta. Palautettuja vastauksia tuli yhteensä 34 kappaletta, Jalkarannasta 18 kpl, Tapanilasta 5 kpl ja Harjukadun yksiköstä 11 kpl. Vastausprosentiksi tuli 87.

3. 2.1 Aineiston analysointi

Vastaukset on käsitelty manuaalisesti. Vastauslomakkeet on jaettu toimintayksikön mukaan ja niistä on määrällisesti laskettu vastausten jakautuminen. Eri toimintayksiköiden vastauksia on verrattu keskenään. Vastauksista on poimittu toimintatapojen mahdolliset eroavaisuudet. Tutkimusaineisto on luettu useaan kertaan, jotta tutkimusaineiston kokonaiskuva hahmottui. Avoimet kysymykset kuvataan sanallisesti. Muut kysymykset kuvataan sanallisesti ja kuvioina. Koska hoitotyö on vuorotyötä, suunniteltuihin toimintatapoihin tulee usein muutoksia. Tämä näkyi vastauksissa siinä, että joihinkin kysymyksiin vastattiin useampi kohta. Tuloksissa se näkyy eri vastausvaihtoehtojen lukumäärissä.

3.2.2 Kyselyn tulokset

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tavoitteena oli kartoittaa miten tämänhetkisten toimintatapojen mukaan potilaan tuloon liittyvät asiat toteutetaan. Kysymysten avulla selvitettiin kuka ilmoittaa potilaan tulosta osastolle, kuka ottaa alustavat tiedot potilaasta, kuka vastaanottaa potilaan, ovatko omaiset mukana siirtotilanteessa ja miten potilaan omahoitaja määräytyy. Kysymysten avulla selvitettiin omahoitajan roolin toteutumista yksilövastuisessa hoitotyössä sekä omaisten huomioonottamista prosessin ensimmäisessä vaiheessa.

Vastauksista ilmeni, että SAS-työryhmä (selvitä – arvioi – sijoita) ilmoittaa potilaan tulosta osastolle. Kahdessa vastauksessa potilaan tulosta ilmoittaa lähettävä osasto. Esitiedot potilaasta vastaanottaa osastonhoitaja (18 vastausta) tai sairaanhoitaja (17 vastausta). Kahdessa vastauksessa alustavat tiedot potilaasta ottaa henkilö, joka puhelimeen vastaa. Vastausten perusteella omahoitajasta päättää hoitoryhmä / tiimi (11 vastausta) tai osastonhoitaja (5 vastausta). Potilaan omahoitaja määräytyy myös sen mukaan kenellä on vähiten omia potilaita (9 vastausta) tai sen mukaan keneltä on viimeksi poistunut oma potilas (9 vastausta).

”luonnollisen poistuman jälkeen omahoitaja siirtyy tulevalle uudelle potilaalle”

”aiemmin olleen potilaan omahoitaja jatkaa”

”edellisen potilaan omahoitaja ottaa uuden”

Osastolla potilaan vastaanottaa hoitoryhmän / tiimin sairaanhoitaja (19 vastausta), omahoitaja (12 vastausta) tai tulopäivänä paikalla olevat hoitajat.

”tulopäivänä paikalla olevat, asiasta sovitaan kyseisenä päivänä.”

”vuorossa oleva sairaanhoitaja tai perushoitaja omasta tiimistä.”

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä haluttiin saada tietoa omaisten osallistumisesta potilaan siirtoon. Ennakkoon omaiset olivat osastoon tutustuneet vain harvoin (26 vastausta). Kolme vastasi, että omaiset eivät ole koskaan käyneet ennak-

koon tutustumassa osastoon. Viidestä vastauksesta ilmeni, että omaiset olivat ennakkoon tutustuneet osastoon lähes aina. Nämä vastaukset olivat kaikki Jalkarannan sairaalasta. Harjukadun yksikössä vastattiin, että omainen tutustuu osastoon ennakkoon vain harvoin (9 vastausta) tai ei koskaan (2 vastausta). Tapanilan vastauksissa yksi vastasi omaisen tutustuvan lähes aina ja neljä vastasi ei koskaan. Siirtotilanteessa omaiset ovat mukana lähes aina, 7 vastausta ja harvoin 25 vastausta. Osastoesitteen omainen saa osastolle tulopäivänä, 30 vastausta. Kolme vastaajaa ilmoitti, että omainen saa osastoesitteen ennen osastolle tuloa. Yksi vastaaja vastasi, että osastoesitettä ei ole.

Avoimen kysymyksen avulla selvitettiin potilaan tuloon liittyviä ongelma- ja kehittämisalueita. Vastausten perusteella potilaiden siirto tulee liian nopeasti, tiedot potilaasta saattavat olla puutteellisia tai virheellisiä, potilaiden tuloon tulisi keskittyä vain muutaman henkilön ja omaisten tutustumista osastoon ennakkoon tulisi lisätä.

”Lähetävä osasto kertoo todenmukaista tietoa sijoituspaikasta käyttäen apunaan osastojen esittelymateriaalia.”

”Potilaiden tuloon keskittyisi muutama henkilö.”

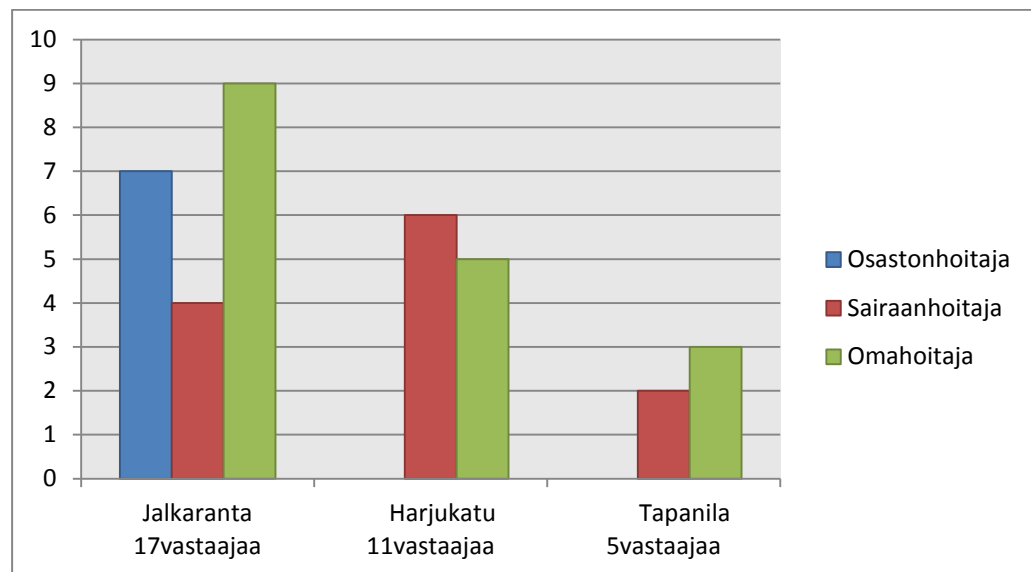
”Omaisista voisi tehostetummin kehoittaa tutustumaan ennakkoon osastoon.”

”Potilaan siirto tulee liian nopeasti.”

”Tiimin sisäinen vastuu kuka ottaa potilaan vastaan.”

Toisessa tutkimuskysymyksessä kartoitettiin mikä on omahoitajan rooli hoidon aloituksessa ja selvitettiin hoidon aloitukseen liittyviä asioita. Aluksi selvitettiin hoitoneuvottelujen järjestämistä ja neuvotteluun osallistujia. Kahdestakymmenestä vastauksesta ilmeni, että hoitoneuvottelu järjestetään aina uudelle potilaalle. 15 vastasi, että hoitoneuvottelu järjestetään jos potilas tai omainen haluaa. Jokaisessa yksikössä järjestetään hoitoneuvottelu, koska kukaan ei vastannut, että sitä ei järjestetä. Harjukadun vastauksista yli puolet (8) vastasi, että hoitoneuvottelu järjestetään jos potilas tai omainen haluaa. Jalkarannan (12 vastausta) ja Tapanilan (5 vastausta) vastauksista ilmeni, että hoitoneuvottelu järjestetään aina uudelle potilaalle.

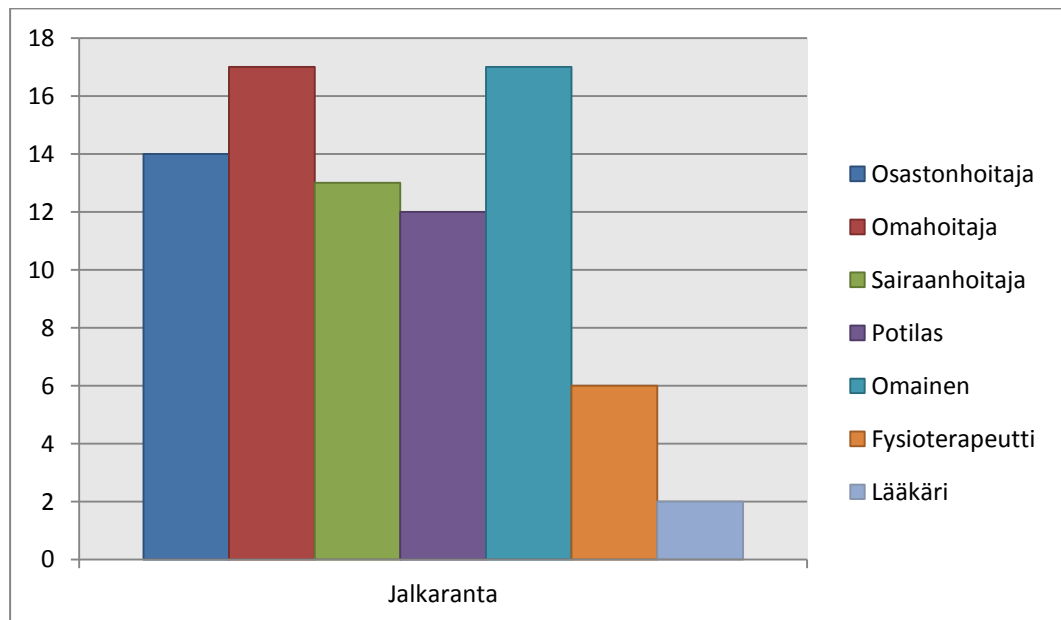
Yleisimmin hoitoneuvotteluun järjestää omahoitaja (18 vastausta) tai hoitoryhmän/tiimin sairaanhoitaja (12 vastausta). Seitsemässä vastauksessa ilmoitettiin osastonhoitaja hoitoneuvottelun järjestäjäksi, kaikki vastaukset Jalkarannan osastoryhmästä. Kuviossa 5. esitetään hoitoneuvottelun järjestäjä eri toimintayksiköissä. Koska käytännön hoitotyössä tilanteet vaihtelevat, vastaajat ovat vastanneet useamman vaihtoehdon.



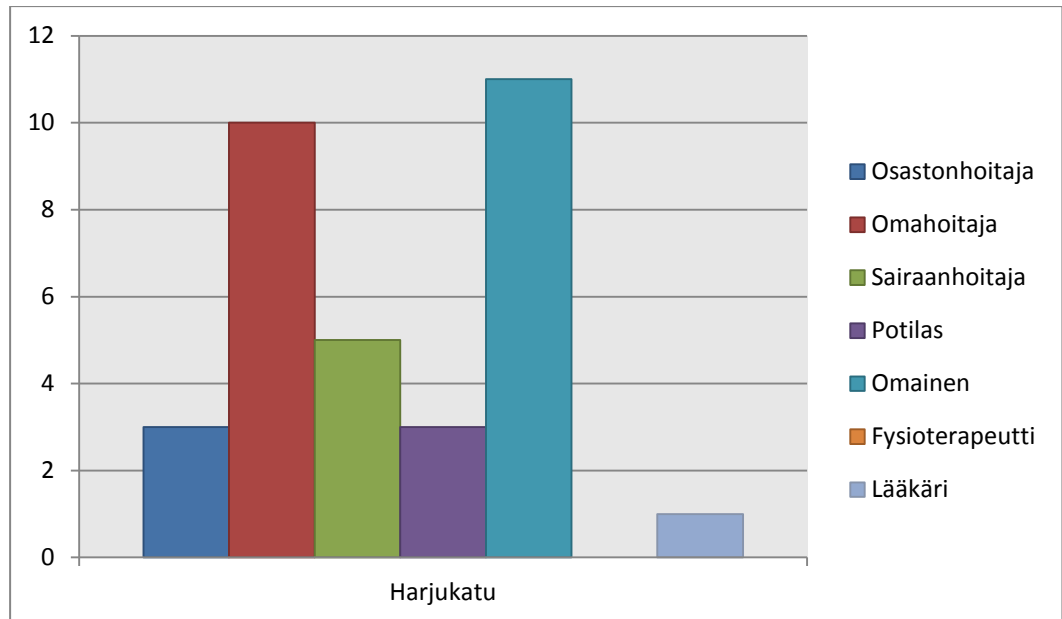
Kuvio 5. Hoitoneuvottelun järjestäjä eri toimintayksiköissä

Omainen osallistui hoitoneuvotteluun aina (31 vastausta) tai lähes aina (2vastausta). Potilaan osallistuminen hoitoneuvotteluun riippui toimintayksiköstä. Harjukadun yksikössä potilas osallistui harvoin (6 vastausta) tai ei koskaan (1 vastaus). Vain yksi vastasi, että potilas osallistuu aina ja kahdessa vastauksessa potilas osallistui lähes aina. Tapanilan osastoryhmässä potilas osallistuu hoitoneuvotteluun aina tai lähes aina (4 vastausta). Yksi vastasi, että potilas ei osallistu koskaan. Jalkarannan osastoryhmässä potilas osallistui aina tai lähes aina (12 vastausta). Omahoitaja osallistui hoitoneuvotteluun aina (31 vastausta). Yhdessä vastauksessa omahoitaja osallistuu harvoin hoitoneuvotteluun. Lääkärin osallistuminen hoitoneuvotteluun oli harvoin tai ei koskaan (19 vastausta). Vain yksi vastasi, että lääkäri osallistuu aina. Fysioterapeutin tai kuntahoitajan osallistuminen hoito-

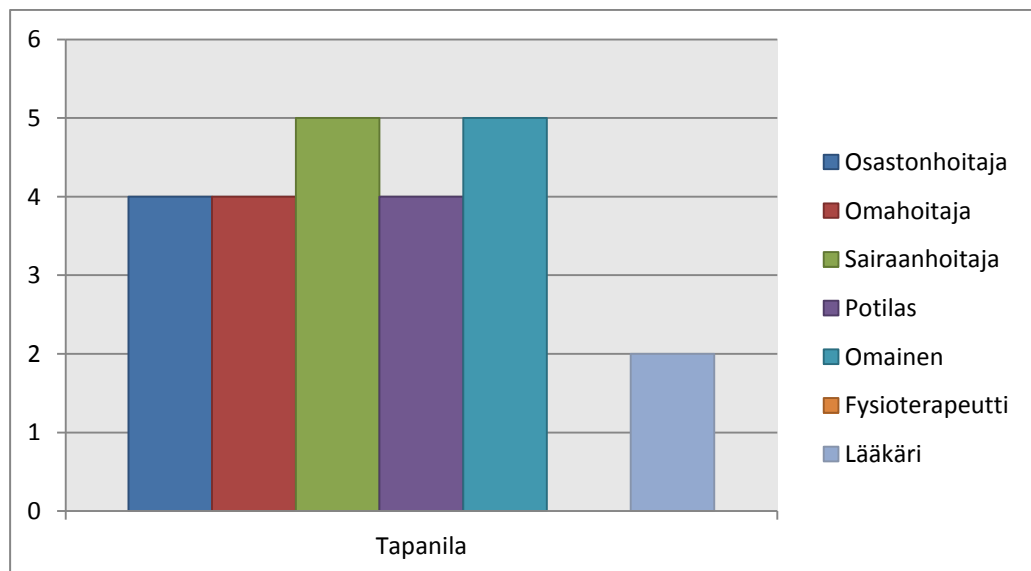
neuvotteluun vaihteli eri yksiköissä. Harjukadun yksikössä lähes kaikki (9) vastasivat, että fysioterapeutti ei osallistu koskaan ja yksi vastasi harvoin. Yksi jätti tämän kohdan vastaamatta. Jalkarannan yksikössä kaksi vastasi fysioterapeutin osallistuvan aina, neljä lähes aina, kuusi harvoin ja kuusi ei koskaan. Tapanilan osastoryhmässä kaikki (viisi) vastasivat fysioterapeutin osallistuvan hoitoneuvotteluun vain harvoin. Lähes kaikki (30) vastasivat, että hoitoneuvottelu kirjataan hoitokertomukseen. Viidessä vastauksessa hoitoneuvottelu kirjataan päivittäiseen tekstiin. Kuviossa 6, 7 ja 8 kuvataan hoitoneuvotteluun osallistujat Jalkarannan, Harjukadun ja Tapanilan osastoryhmissä



Kuvio 6. Jalkarannan osastoryhmässä hoitoneuvotteluun osallistuvat (18 vastaajaa).



Kuvio 7. Harjukadun osastoryhmässä hoitoneuvotteluun osallistuvat (11 vastaajaa).



Kuvio 8. Tapanilan osastoryhmässä hoitoneuvotteluun osallistuvat (5 vastaajaa).

Yksilöllinen hoitosuunnitelma tehdään vastausten perusteella aina (32 vastausta) tai lähes aina (2 vastausta). Hoitosuunnitelma tehdään yleisimmin kahden - kolmen viikon kuluttua potilaan saapumisesta (23 vastausta). Hoitosuunnitelmien tekemiseen osallistuvat aina omahoitaja (31 vastausta) ja ryhmän sairaanhoitaja (10 vastausta). Kahdessa vastauksessa potilas osallistuu hoitosuunnitelman tekemiseen aina. Hoitosuunnitelman tekemiseen ei osallistu koskaan omainen (11 vastausta), osastohoitaja (11 vastausta), lääkäri (27) eikä fysioterapeutti/kuntohoitaja.

Elämänkaarilomakkeen potilas tai omainen saa täytettäväkseen aina tai lähes aina. Elämänkaarilomakkeesta saatuja tietoja hyödynnetään hoitosuunnitelman teossa aina tai lähes aina. Yksi vastasi, että tietoja hyödynnetään harvoin. Potilaan fyysiset tarpeet on kirjattuina hoitosuunnitelmaan aina tai lähes aina. Psykkiset tarpeet kirjataan aina tai lähes aina. Vastaukset sosiaalisten tarpeiden kirjaamisesta jakautuivat aina 18, lähes aina 12 ja harvoin 4. Hengellisten tarpeiden kirjaamisesta yksi vastasi, että ei kirjata koskaan. Kymmenen vastasi, että hengelliset tarpeet kirjataan harvoin. Virikkeellisyyden kirjaaminen hoitosuunnitelmaan tapahtui aina tai lähes aina. Kolmen vastaajan mielestä virikkeellisyys kirjataan harvoin. Hoitotyön tavoitteet ja keinot on kirjattu hoitosuunnitelmaan aina tai lähes aina. Potilas tai omainen saa hoitosuunnitelmasta pyydettyä kopion (19 vastausta).

Avoimen kysymyksen avulla tuli esille, että potilaisiin tutustumiseen olisi varattava riittävästi aikaa ja omaisia tulisi huomioida enemmän. Moniammatillisuutta tulisi hyödyntää enemmän hoitosuunnitelmien teossa ja hoitosuunnitelmissa tulisi näkyä myös psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tarpeet.

”Pyritään huomioimaan enemmän omaisia.”

”Tutustuminen potilaaseen, omaiseen.”

”Ennakkokäsitykset potilaasta eivät saa vaikuttaa.”

”Hoitosuunnitelmat keskittyvät enemmän fyysisiin tarpeisiin.”

”Ihmisen kokonaisvaltaisuus tulisi nähdä laajemmin.”

Kolmannessa tutkimuskysymyksessä selvitettiin miten hoitosuunnitelma ohjaa käytännön hoitotyötä ja kuinka usein sitä arvioidaan sekä potilaan lääkehoitoon liittyviä asioita. Kysymyksillä haluttiin saada tietoa omahoitajan osallisuudesta hoitosuunnitelman arviointiin ja päivittämiseen sekä miten usein ollaan omaisiin yhteydessä. Avoimilla kysymyksillä selvitettiin laadukkaana yksilöllisen, kuntouttavan ja virikkeellisen pitkäaikaishoidon hoitotyön toteuttamista sekä omaisten huomioimista ja osallisuutta hoitotyöhön.

Hoitosuunnitelmaa arvioidaan kerran kuussa tai harvemmin (17 vastausta). Hoitosuunnitelma näkyy käytännön hoitotyössä päivittäisen kirjaamisen avulla. Hoitosuunnitelman avulla taataan myös hoidon jatkuvuus.

Omahoitajan yhteydenpito omaisiin tapahtuu vain potilaan voinnin muuttuessa (25 vastausta). Potilaan lääkitystä arvioi koko hoitoryhmä tai tiimi ja lääkärille asiat esittää vuorossa oleva sairaanhoitaja (19 vastausta). Seuraavassa suoria lainauksia miten vastausten mukaan hoitosuunnitelma ohjaa käytännön hoitotyötä.

Hoitosuunnitelma	”luo pohjan käytännön hoitotyölle.”
	”ohjaa kirjaamista”
	”mahdollistaa yhtenäisen hoidon”
	”Hoidon jatkuvuus perustuu hoitosuunnitelmaan.”
	”Suunnitelman ajantasaisuus tärkeää muutosten tiedonkulku joskus haaste.”

Kuntouttava hoitotyö näkyy käytännön hoitotyössä potilaan voimavarojen huomioimisessa, kannustamisessa omatoimisuuteen ja passiivisen jumpan muodossa. Potilaiden kävelytykset, pyörätuoliin avustamiset ja muistin treenaaminen ovat kuntouttavaa hoitotyötä. Myös veteraanikuntoutuksen avulla pidetään toimintakykyä yllä. Kuntouttavan hoitotyön katsottiin kuuluvan päivittäiseen hoitotyöhön.

Potilaiden yksilöllisyys huomioitiin yksilöllisten tarpeiden ja voimavarojen mukaisesti, elämänkaarilomakkeesta saatuja tietoja käytettiin potilaan toiveiden, tarpeiden ja mieltymysten tunnistamisessa. Vastausten perusteella yksilöllisyyden

huomioiminen tapahtuu huone- / vuodepaikan ja omien tavaroiden ja vaatteiden huomioimisella. Myös potilaan syntymäpäivät ja hengellisyys huomioidaan.

”Vanhus ansaitsee tulla huomioduksi ja kunnioitetuksi omana yksilönään.”

Potilaille järjestetään monenlaisia virikkeitä: ulkoilua, laulutuokioita, kirjastopalveluita, kotilomia, askartelu- ja muisteluhetkiä. Monella osastolla myös vapaaehtoiset järjestävät potilaille virikkeitä: koiravierailuja, seurustelua, laulua, leipomista, muistelua ja keskustelua. Vapaaehtoistyöntekijät ovat myös avustamassa hoitohenkilökuntaa potilaiden viemisessä erilaisiin yhteisiin viriketapahtumiin.

Kehitettävät asiat liittyivät henkilökunnan toimintatapojen sisäistämiseen, kuntouttavan hoitotyön koulutukseen, henkilökuntaresursseihin ja tilaan sekä yhteydenpitoon omaisten kanssa. Vastauksista tuli esille myös hoitosuunnitelmien päivittämisen ja arvioinnin lisääminen.

Vastausten mukaan hoitokäytäntöjen tulisi olla yhtenäisiä. Hoitosuunnitelmia pitäisi aktiivisemmin lukea, päivittää ja arvioida ja henkilökunnan tulisi sitoutua niihin. Yhdessä vastauksessa hoitosuunnitelma haluttiin näkyväksi myös omaiselle. Yhteydenpitoa omaisiin ja omaisten tukemista haluttiin lisäävän.

”Aktiivinen hoitosuunnitelmien lukeminen sekä niiden arvioiminen.”

”Tehtyyn hoitosuunnitelmaan sitoutuminen.”

”Omaisten tukemiseen aikaa tarvittaisiin enemmän.”

”Yhteydenpitoa omaisiin tulisi olla enemmän.”

Vastauksista tuli esille, että sairaalan rutiinit määrittävät liikaa potilaiden hoitoa ja kuntouttavasta hoitotyöstä haluttiin koulutusta.

”Enemmän uskallusta tehdä potilaiden kanssa asioita, jotka poikkeavat päivittäisestä rutiinista.”

”Kuntoutumista tukevaa hoitotyön koulutusta tulisi olla jatkuvasti. Kaikkien tulisi sitoutua sitä toteuttamaan eikä työskennellä rutiinisti.”

Luovuutta ja virikkeellisyyttä haluttiin lisätä arjen hoitotyöhön.

”Aikaa, joustavuutta, luovuutta enemmän.”

”Työyhteisössä salliva ilmapiiri edesauttaa luovuutta ja ”heittäytymistä” hoitotyöhön.”

”Virikkeellisen ja kuntoutumista tukevan työotteen saaminen yhä useamman työntekijän toimintaan.”

Kahdessa vastauksessa tuotiin esille ahtaat ja alkeelliset tilat. Tilojen katsottiin vaikuttavan kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen.

”Tilat alkeelliset ja ahtaat. Esim. huonokuntoisempiakin voitaisiin nostaa vielä, usein jää jo siksi toteutumatta että vaatisi potilaiden sänkyjen siirtoja huoneista jotta apuvälineet mahtuisivat huoneisiin.”

Vastauksissa tuotiin esille myös henkilökuntaresurssien vaikutus hoitoyössä.

”Ihanne olisi että olisi enemmän henkilökuntaa, olisi rauhallisemmat ja kiireettömät pesutilanteet.”

”Perushoito vie entistä enemmän aikaa. Henkilökunta on motivoitunut järjestämään erilaisia viriketilaisuuksia, mutta aikapula/resurssipula on esteenä.”

”Jos hk olisi enemmän, yksilöllisyyttä voisi tukea enemmän ja ulkoilua, virikkeitä lisätä.”

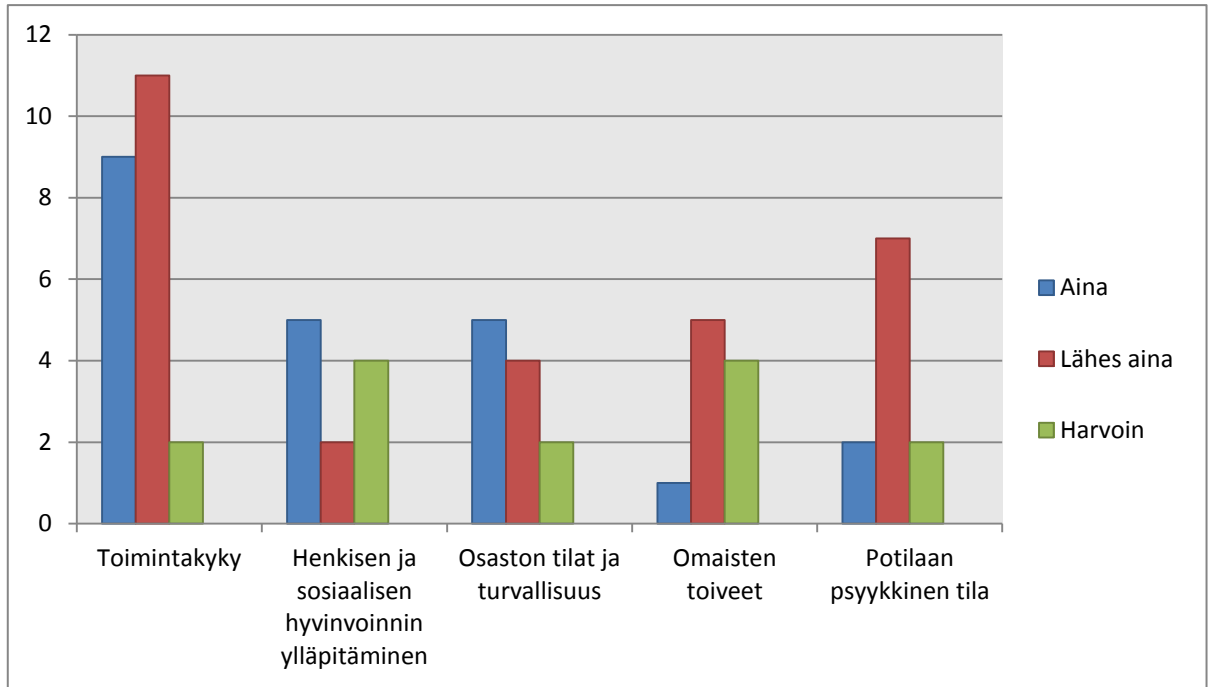
Yhdessä vastauksessa tuotiin esille potilaan yksilöllisyyden huomioiminen.

”Vielä enemmän huomioidaan potilas, ettei hoideta kaikkia samalla tavalla.”

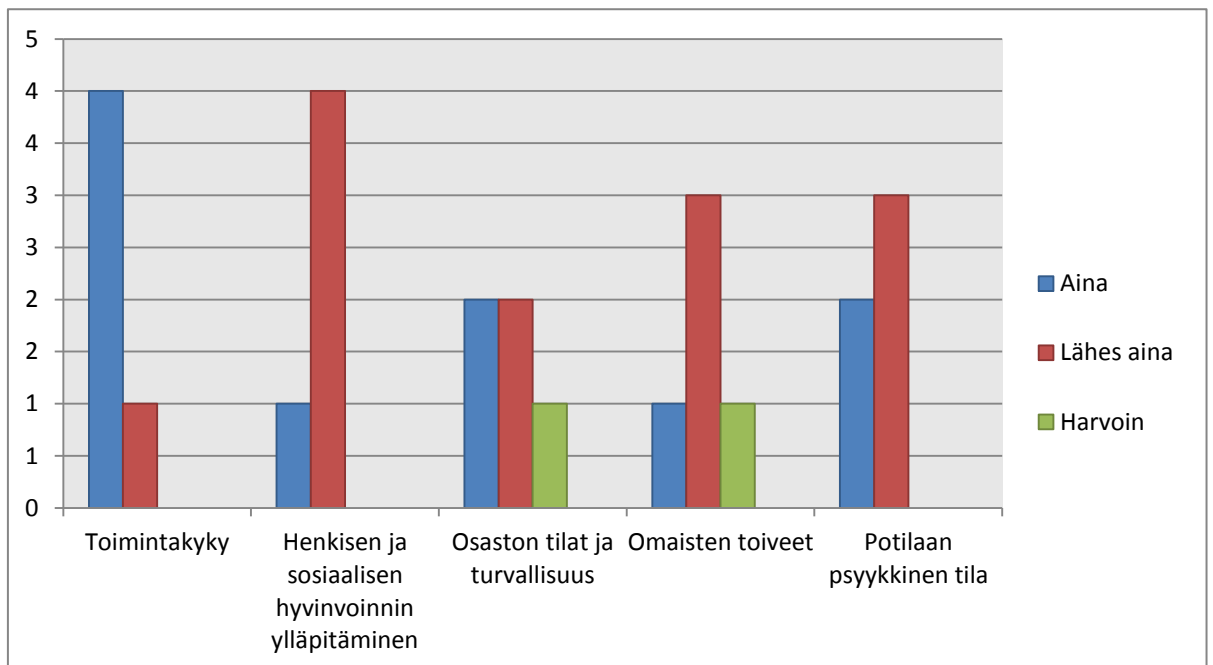
Neljännessä tutkimuskysymyksessä selvitettiin hoidon päättymiseen liittyviä asioita. Hoidon päättymiseen liittyi potilaan siirto toiseen hoitopaikkaan sekä potilaan voinnin heikentymiseen ja kuolemaan liittyvät asiat. Kysymysten avulla selvitettiin laadukkaan saattohoidon toteutumista.

Jos potilas on toimintakyvyn tai muiden syiden vuoksi epätarkoituksenmukaisessa hoitopaikassa, niin potilaan tilaa arvioidaan erilaisten mittareiden (RAVA, MMSE) avulla ja asiasta keskustellaan lääkärin ja omaisten kanssa. Arvioidaan myös potilaan sosiaalisen kanssakäymisen tarve. Potilaan hoitopaikan arvioinnissa kartoitetaan myös vaihtomahdollisuus toisen pitkäaikaishoidon osaston kanssa.

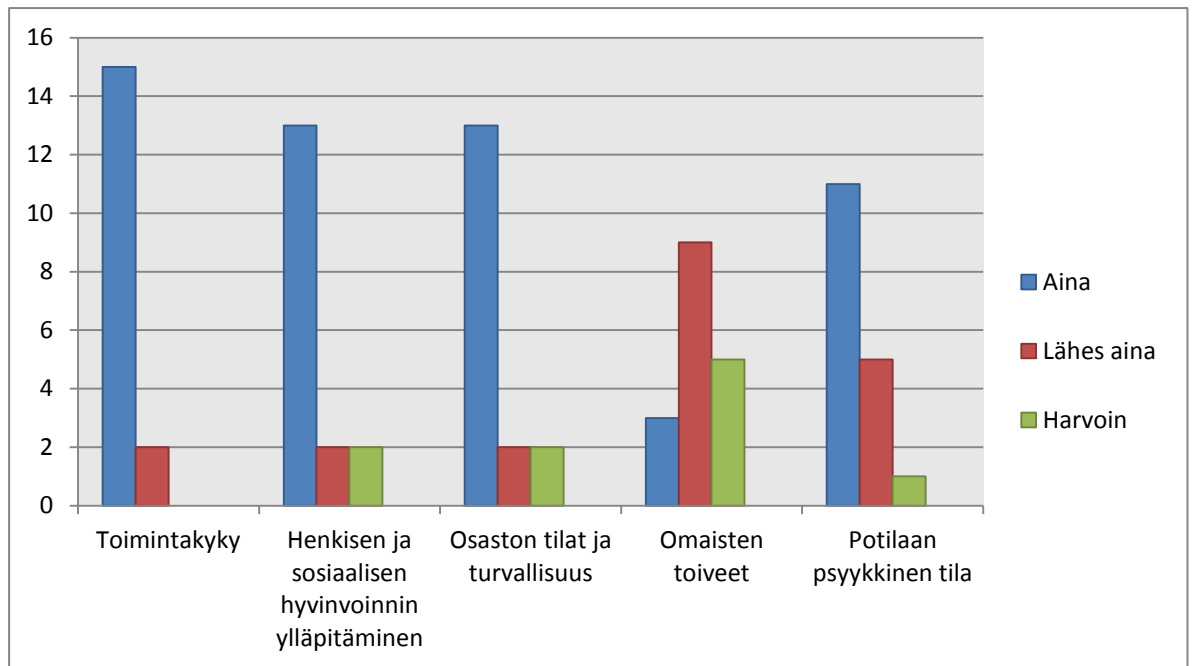
Jos potilas siirtyy toiseen hoitopaikkaan, omaisille siirrosta ilmoittaa työvuorossa oleva sairaanhoitaja, ryhmän / tiimin sairaanhoitaja tai omahoitaja. Kuvioissa 9, 10 ja 11 kuvataan miten vastausten perusteella eri osastoryhmissä arvioidaan potilaan tarkoituksenmukaista hoitopaikkaa



Kuvio 9. Potilaan tarkoituksenmukaisen hoitopaikan arvioinnissa huomioitavat asiat Harjukadun yksikössä. (11 vastaajaa)



Kuvio 10. Potilaan tarkoituksenmukaisen hoitopaikan arvioinnissa huomioitavat asiat Tapanilan osastoryhmässä. (5 vastaajaa)



Kuvio 11. Potilaan tarkoituksenmukaisen hoitopaikan arvioinnissa huomioitavat asiat Jalkarannan osastoryhmässä. (18 vastaajaa)

Kuolemaan liittyvistä asioista keskustellaan omaisen tai potilaan kanssa aina tai lähes aina. Omaisen kanssa ei resuskitoida - päätöksestä keskustelelee yleensä sairaanhoitaja (26 vastausta) sekä lääkäri (11 vastausta). Kuoleman lähestyessä sairaalapastorin palveluita potilaalle tai omaiselle tarjotaan aina tai lähes aina. Kahdessa vastauksessa sairaalapastorin palveluita tarjotaan harvoin.

Kehitettävät asiat liittyivät saattohoituhuoneen tarpeeseen, saattohoitokoulutuksen lisäämiseen ja omaisten tukemiseen potilaan saattohoitovaiheessa. Vastausten mukaan kuolemasta ja siihen liittyvistä asioista tulisi puhua. Henkilökunnalle toivottiin myös hiljaista huonetta ja työnohjausta. Potilaan siirtoasioissa toivottiin SAS-työryhmän ja osastojen välisen yhteistyön lisäämistä.

”Saattohoitokoulutus Nonstop”

”Kuolemasta puhuminen tulisi olla luontevaa hoitohenkilöstölle.”

”Turvallisen ja lämpöisen hyvästijätön turvaaminen potilaalle ja omaiselle.”

”Riittävän ajoissa tehty selkeä saattohoitopäätös.”

”Lääkärillä selkeä hoitolinjaus / saattohoitopäätös pegasokselle.”

”Siirtoasioissa arvostusta ja yhteistyökykyä enemmän osastojen ja SAS-työryhmän suhteen.”

”Osastolta puuttuu saattohoitotilat, joudutaan käyttämään päiväsalia tai oh:n huonetta.”

”Vaikea järjestää osastolla rauhallista tilaa potilaalle ja omaiselle saattohoitovaiheessa. Käytössä päiväsalia tai oh-kanslia.”

3.2.3 Yhteenveto tuloksista

Kyselystä ilmeni, että toimintatavoissa eri yksiköissä ei ole suuria eroja. Tiedot uudesta potilaasta ilmoittaa SAS (selvitä – arvioi – sijoita) -työryhmän sihteeri tai potilaan lähettävä osasto. Esitiedot potilaasta vastaanottaa useimmiten osastonhoitaja tai sairaanhoitaja. Esitiedot voi ottaa vastaan myös kuka tahansa puhelimeen vastaava hoitohenkilö. Osastolla potilaan vastaanottaa hoitoryhmän / tiimin sairaanhoitaja tai omahoitaja. Potilaan omahoitajan päättää osastonhoitaja tai hoitoryhmä / tiimi ja usein omahoitajuus siirtyy sille, jolta edellinen potilas on lähtenyt.

Potilaan tai omaisten tutustuminen osastoon ennen hoitojakson alkua oli Jalkarannan osastoryhmässä suurempaa kuin muissa osastoryhmissä. Hoitoneuvottelun järjestäminen uudelle potilaalle oli aktiivisempaa Jalkarannan ja Tapanilan osastoryhmissä. Harjukadun osastoryhmästä vain kolme vastasi, että hoitoneuvottelu järjestetään aina uudelle potilaalle. Hoitoneuvottelun järjestää Jalkarannan osastoryhmässä osastonhoitaja, sairaanhoitaja tai omahoitaja. Tapanilassa ja Harjukadul-

la osastonhoitajaa ei mainittu hoitoneuvottelun järjestäjäksi. Potilaan osallistuminen hoitoneuvotteluun riippui toimintayksiköstä. Jalkarannassa ja Tapanilassa enemmistö vastaajista ilmoitti potilaan osallistuvan hoitoneuvotteluun aina tai lähes aina. Harjukadulla vain kolme ilmoitti aina tai lähes aina. Vastausten perusteella lääkäri osallistui hoitoneuvotteluun vain harvoin ja fysioterapeutti osallistui vain Jalkarannan osastoryhmässä.

Harjukadun yksikössä potilas ei osallistu hoitoneuvotteluun, koska potilaat ovat ehkä huonokuntoisempia kuin Jalkarannan ja Tapanilan yksiköissä ja monella Harjukadun pitkäaikaishoidon potilaalla on vaikea-asteinen dementia. Fysioterapeutin ei mainittu osallistuvan Harjukadun yksikön hoitoneuvotteluun, koska tässä osastoryhmässä ei ole fysioterapeuttia. Lääkärin osallistuu usein hoitoneuvotteluun vain omaisten pyynnöstä tai silloin, kun keskustellaan hoitolinjoista tai on tarvetta selvittää diagnoosia, lääkityksiä ja muita lääkärille kuuluvia asioita.

Kaksi Jalkarannan vastaajaa ilmoitti potilaan osallistuvan hoitosuunnitelman tekemiseen, muissa yksiköissä potilas ei osallistu. Hoitosuunnitelmassa fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet sekä virikkeellisyys ovat aina tai lähes aina kirjattuina, mutta hengelliset tarpeet kirjataan harvoin. Avoimissa vastauksissa tuli esille, että hoitosuunnitelmassa painottuvat fyysiset tarpeet. Vastausten perusteella hoitosuunnitelma ohjaa kirjaamista ja mahdollistaa yhtenäisen hoidon.

Yksilövastuuisen hoitotyön toteuttamisessa ei eri osastoryhmien osalta tullut mainittavia eroja näkyviin. Kaikkien osastoryhmien vastauksissa sairaanhoitajan roolin korostuminen tuli esiin. Osastonhoitajan rooli korostui Jalkarannan osastoryhmässä. Kuntouttavan hoitotyön katsottiin kuuluvan päivittäiseen hoitotyöhön, mutta siinä nähtiin myös kehittämisen aihetta. Vastauksissa tuotiin myös esille henkilökunnan rutiininomainen toiminta ja potilaiden yksilöllisyyden huomioonottamisen kehittäminen. Henkilökuntaresurssien vaikutus tuotiin esille kuntouttavan, virikkeellisen ja yksilöllisen hoitotyön toteuttamisessa.

Potilaiden siirtoja eri pitkäaikaishoidon osastojen välillä ei tapahdu usein. Osastoilla kuitenkin aina mietitään potilaan tarkoituksenmukaista hoitopaikkaa. Sosiaalisista kontakteista ja virikkeellisemmästä hoitoympäristöstä hyötyville potilaille ehdotetaan usein Jalkarannan tai Tapanilan osastoryhmää. Harjukadun osaston ahtaat ja epäkäytännölliset tilat vaikuttavat kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen. Tarkoituksenmukaista hoitopaikkaa arvioitaessa otetaan aina huomioon potilaan toimintakyky.

Keskustelua potilaan kuolemaan liittyvistä asioista haluttiin lisätä. Pitkäaikaishoitoon kuuluu potilaan voinnin huononeminen, kuolevan potilaan hoitotyö ja kuoleman kohtaaminen. Omaisten tukeminen on tärkeä osa kuolevan potilaan hoitotyötä. Omaisten huomioimisessa on kehittämistä hoitoprosessin kaikissa vaiheissa. Hoidon aloituksessa potilaiden ja omaisten tutustuminen pitkäaikaishoidon osastoon etukäteen on perusta luottamuksellisen hoitosuhteen rakentamiselle. Hoitoneuvottelussa potilas ja / tai omainen voivat tuoda esille toiveitaan, ajatuksiaan ja mahdollisia ahdistuksen ja pelon tunteitaan. Hoitoneuvottelussa luodaan puitteet hyvän ja laadukkaan hoitotyön toteutumiseksi pitkäaikaishoidossa. Hoidon päättymisessä potilas ja omainen tarvitsevat tukea ja huomiointia, jotta mahdollinen siirto toiseen hoitopaikkaan sujuisi hyvin. Saattohoitovaiheen korostuu omaisten ja läheisten tuki, neuvonta ja ohjaus.

3.3 Henkilökunnan koulutukset

Tässä kehittämishankkeessa henkilökunnan osallistaminen kehittämishankkeeseen tapahtui koulutusten ja yhteisten keskustelujen muodossa. Henkilökunnalle pidettiin koulutustilaisuuksia osastojen kehittämispäivissä. Koulutustilaisuus johon osallistuu henkilökuntaa Jalkarannan, Harjukadun ja Tapanilan pitkäaikaishoidon osastoilta pidetään myöhemmin. Yhteiseen koulutukseen osallistuu kaksi hoitajaa jokaiselta osastolta. Toisen heistä tulee olla sairaanhoitaja, koska sairaanhoitajan vastuu näkyy myös pitkäaikaishoidon prosessissa.

Harjukadun osastoryhmän henkilökunnan koulutukset pidettiin osastojen kehittämispäivän yhteydessä. Kehittämispäivään osallistui osaston vakinainen henkilökunta ja pitkäaikaiset sijaiset. Koulutuksia oli viisi ja jokaiseen niistä osallistui noin 14 henkilöä. Jokaisessa koulutuksessa oli osaston sairaanhoitajia, perus- / lähihoitajia ja sairaala-apulaisia sekä osastonhoitaja. Koulutustilaisuuksissa käsiteltiin toimintatapojen ongelmakohtia ja kehittämiskohteita hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti sekä prosessikuvauksen mukaisia toimintatapoja. Jokaisessa prosessin vaiheessa tuotiin esille laatuvaatimusten ja yksilövastuisen hoitotyön mukainen hoitotyö. Koulutuspäivien tavoitteena oli osallistaa hoitohenkilökunta arvioimaan ja refleктоimaan toimintatapojaan kokonaisvaltaisesti, pohtimaan kehittämisehdotuksia ja tuomaan esille uudenlaisia näkökulmia vanhusten hoitotyön kehittämiseen.

Toikon ja Rantasen (2009, 11, 99) mukaan kehittämisen tulee perustua tunteisiin ja kokemuksiin. Kehittämisen avulla saavutettu muutos etenee asioiden näkemisen kautta tunteisiin. Osallistava kehittäminen on näkemiseen ja kokemiseen perustuvaa. Emotionaalinen ulottuvuus, dialogisuus ja erilaisten intressien avaaminen on osallistavan kehittämisen edellytyksenä. Avoin dialogisuus mahdollistuu vain, jos osallistujien erilaiset ja toisistaan poikkeavat näkemykset sallitaan. Tällöin tasavertainen osallistuminen mahdollistuu. Muutokseen pyrkivällä kehittämistoiminnalla on tavoitteena itsestään selvistä ajatusmalleista ja ideologioista vapautuminen. Kriittisyys ja kyseenalaistaminen ovat keskeistä kehittämistoiminnassa.

Koulutuksen jälkeen osastot pohtivat ja analysoivat toimintaansa oman työyhteisön näkökulmasta. Yhden osaston tarve oli kehittää yksilövastuista hoitotyötä, yksi osasto kehitteli hoitoneuvottelukaavaketta ja yksi osasto otti käyttöön hoitoneuvottelun. Koulutuksissa tuotiin esille myös omahoitajan vastuun korostuminen hoitoprosessin eri vaiheissa. Koulutuksissa tuotetut yhtenäisen toimintamallin kehittämisehdotukset ja yhtenäisten toimintatapojen tavoitteet kuvataan seuraavassa luvussa. Koulutuspäivien sisältö kuvataan liitteessä 3.

3.4. Kehittämisehdotukset yhtenäisen toimintamallin luomiseksi

Koulutuspäivissä käsiteltiin pitkäaikaishoidon laatuun vaikuttavia asioita sekä yksilövastuiseen hoitotyön periaatteita ja toimintaa ohjaavia arvoja ja eettisiä periaatteita. Koulutuksissa tuotettiin kehittämisehdotuksia laadukkaan pitkäaikaishoidon toimintatapojen yhtenäistämiseksi. Koulutuspäivissä tuotettiin myös tavoitteita hoitoprosessin eri vaiheisiin.

Laadukas pitkäaikaishoito alkaa potilaan ja omaisten tietoisuudesta pitkäaikaishoidon osastoista. Siinä vaiheessa, kun potilas ei enää kuntoudu ja on pitkäaikaishoidon tarpeessa, potilaalla ja omaisilla tulee olla mahdollisuus tutustua pitkäaikaishoidon osastoon. Tutustumismahdollisuutta tulee tarjota jo ennen kuin heillä on tietoa siirrosta. Jos tutustumiskäynti ei onnistu, osastoesitteestä omaiset saavat tietoa pitkäaikaishoidon osastosta. Näin potilaalle ja omaisille tulee tietoa mitä pitkäaikaishoito on, mitä se sisältää ja mitkä ovat sen toimintaperiaatteet. Tästä alkaa luottamuksellisen hoitosuhteen rakentuminen.

Potilaan siirto tulee suunnitella huolellisesti. Siirron suunnittelu alkaa siitä, että osastot saavat siirtävältä osastolta realistiset tiedot potilaasta. Potilaan vastaanotto pitkäaikaishoidon osastolla on oltava hyvin suunniteltu ja siihen tulee olla aikaa. Kun tieto uudesta potilaasta tulee, osastoilla nimetään vastuuhenkilö potilaan vastaanottamiseen. Ensikohtaamisella ja myönteisellä ilmapiirillä on merkitystä potilaan osastolle kotiutumiseen ja luottamuksen rakentamiseen potilaan ja omaisen kanssa. Potilaan omahoitajan valintaan kiinnitetään huomiota. Yleensä omahoitajaksi valikoituu hoitaja, jolla on vähiten potilaita. Omahoitajuuden valinnassa on huomioitava potilaan tarpeet ja hoitajan mahdollinen erityisosaaminen.

Potilaan taustaan ja elämänsäkaareen tutustumisen avulla voidaan suunnitella yksilöllistä ja laadukasta hoitotyötä. Kun omainen täyttää elämänsäkaari-lomakkeen, saadaan tietoa potilaan historiasta, mieltymyksistä ja kiinnostuksen kohteista. Hoitoneuvottelu järjestetään jokaiselle potilaalle ja omaiselle. Hoitoneuvottelun avulla rakennetaan luottamuksellista hoitosuhdetta ja eri osapuolilla on tietoa toimintaan vaikuttavista tekijöistä. Hoitoneuvottelun ja elämänsäkaari-lomakkeesta saatujen tietojen ja toimintakykymittarin pohjalta suunnitellaan hoitosuunnitelma. Kirjalli-

sen hoito- ja palvelusuunnitelman laatiminen jokaiselle asiakkaalle mainitaan sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laatusuosituksissa. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan kokonaisvaltaisesti kaikki potilaiden tarpeet. Siihen kirjataan myös virikkeellisyyden ja hengellisyyden tarpeet ja hoitosuunnitelman suunnittelussa hyödynnetään eri ammattiryhmien osaamista. Omahoitaja on vastuussa hoitosuunnitelman tekemisestä, arvioimisesta ja päivittämisestä.

Vanhustyön laatusuosituksissa korostetaan kuntouttavaan työotteeseen perustuvaa asiakaslähtöistä ja eettistä hoitotyötä. Turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava ympäristö tukevat yksityisyyttä ja edistävät kuntoutumista ja omatoimisuutta. Potilaan tullessa pitkäaikaishoidon osastolle, kartoitetaan hänen toimintakykyään ja voimavarojaan. Tarvittaessa käytetään moniammatillisen (sairaanhoitaja, lähi - / perushoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti puheterapeutti, lääkäri) työryhmän osaamista. Potilaan yksilölliset tarpeet kartoitetaan hoidon kaikilta osa-alueilta. Henkilökunnan ammattitaidon ylläpitämistä ja kehittämistä tulee tukea ja rohkaista. Osastoilla tulee olla saattohoituhuone, jossa potilaat saisivat rauhassa viettää läheisen kanssa viimeisiä päiviä. Näin mahdollistuisi turvallinen ja lämmin hyvästijättö.

Jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa on huomioitava omaisten osallisuus ja heidän tukemisensa. Omahoitajan vastuullinen rooli korostuu jokaisessa hoitoprosessin vaiheessa. Omahoitajia valtuutetaan ja vastuutetaan potilaan yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa.

Seuraavilla sivuilla (Kuvio 12) esitetään yhteenvedona kehitettävät asiat ja koulutuspäivän tuloksena syntyneet tavoitteet hoitoprosessin eri vaiheissa.

POTILAAN TULO OSASTOLLE

- Potilaan siirto on suunniteltu
- Omaisten tutustuminen ennakkoon osastoon
- Potilaan vastaanotto on suunniteltu
- Potilaan vastaanottotilanne rauhallinen

Tavoitteena on, että

- potilaalla ja omaisella on tietoa pitkäaikaishoidon osastosta ja potilaan siirto on hyvin suunniteltu.
- Potilaalle ja omaiselle annetaan osastoesite
- Potilaalla ja omaisella on mahdollisuus pitkäaikaishoidon toimintayksikköön tutustumiselle jo silloin, kun potilas jonottaa pitkäaikaishoitoon.

HOIDON ALOITUS

- Omaisten huomiointi, hoitoneuvottelu
- Moniammatillisuuden hyödyntäminen hoitosuunnitelman teossa
- Potilaan kokonaisvaltaisuuden ja yksilöllisyyden huomioiminen,
- Omahoitajaroolin vahvistaminen

Tavoitteena on, että

- potilas ja omaiset tulevat kuulluksi ja tuntevat olevansa tervetulleita osastolle.
- Osastolla on nimetty potilaan vastaanottaja ja potilaan omahoitaja.
- Potilaan vastaanottavalla hoitajalla on aikaa tutustua.
- Omaiset saavat myös täytettäväkseen elämänkaarilomakkeen, jonka avulla kartoitetaan potilaan taustoja ja tutustutaan potilaaseen.
- Omahoitajan valinnassa huomioidaan potilaan ja omaisten tarpeet ja hoitajan mahdollinen erityisosaaminen.
- Omahoitaja järjestää hoitoneuvottelun.
- Omahoitaja laatii potilaalle kirjallisen tavoitteellisen ja kuntoutumista tukevan yksilöllisen hoitosuunnitelman. Hoitosuunnitelmassa huomioidaan potilaan yksilölliset tarpeet kokonaisvaltaisesti kaikilla osa-alueilla.

HOITO

- Yhtenäiset hoitokäytännöt
- Potilaiden yksilöllisyyden huomiointi
- Hoitosuunnitelmien aktiivinen hyödyntäminen
Aikaa, joustavuutta, virikkeellisyyttä
- Koulutusta kuntoutumista tukevasta hoitotyöstä
- Toimivat tilat ja riittävä henkilöstö

Tavoitteena on Potilaan yksilöllisiin tarpeisiin pohjautuva laadukas kuntouttava hoitotyö. Kuntouttavan työotteen mukainen hoitotyö tarkoittaa hoitotapaa, jossa korostuvat yksilöllisyys, itsenäisyyden tukeminen, voimavarojen tunnistaminen ja huomiointi sekä hoitotyön tavoitteellisuus, suunnitelmällisyys ja systemaattisuus.

- Hoitotyöntekijät sitoutuvat omahoitajan tekemän hoitosuunnitelman toteuttamiseen.

HOIDON PÄÄTTYMINEN

- Yhteistyö osastojen ja SAS-työryhmän välillä.
- Saattohoitotilat
- Saattohoitokoulutusta
- Omaisten huomiointi

Jos potilas siirtyy toiseen hoitopaikkaan, tavoitteena on, että

- Omaisella ja potilaalla on tietoa uudesta hoitopaikasta, siirtoajankohdasta ja siirtoon liittyvistä asioista.

Kuolevan potilaan hoitotyössä tavoitteena on, että

- Potilaalla on turvallinen, rauhallinen, kivuton olo.
- Potilaan omaiset saavat riittävästi tietoa, tukea ja rohkaisua kuoleman lähestyessä.

Kuvio 12. Kehitettävät asiat ja koulutuspäivän tuloksena syntyneet tavoitteet hoitoprosessin eri vaiheissa.

4. KEHITTÄMISHANKKEEN ARVIOINTIA

4.1. Kehittämishankkeen ja sen prosessin arviointi

Mielestäni kehittämishankkeen aihe oli ajankohtainen, koska vanhustyön laadun kehittäminen on ajankohtainen aihe ja koko työyhteisön on oltava mukana kehittämistyössä ja sen kaikissa vaiheissa. Prosessien kehittäminen ja kuvaaminen kuuluu Lahden kaupungin kehittämisohjelmaan. Prosessien kuvaaminen auttaa kehittämään toiminnan laatua ja pitkäaikaishoidon laatua parannetaan yksilövastuisten hoitotyön ja yhteisten toimintatapojen avulla. Tämän kehittämishankkeen taustalla on ollut pitkäaikaishoidon prosessikuvauksen suunnitelma. Prosessikuvauksen oli tarkoitus valmistua ennen tämän kehittämishankkeen toteutumista. Prosessikuvaus valmistuu tämän kehittämishankkeen jälkeen kehittämishankkeen toteuttajan toimesta. Prosessikuvaus tulee myöhemmin toimimaan yhtenäisten toimintatapojen työkaluna ja tämän kehittämishankkeen tuloksia voidaan hyödyntää prosessikuvauksen loppuunsaattamisessa.

Pitkäaikaishoidon kehittäminen tapahtuu yhdessä työntekijöiden kanssa. Henkilökunnan motivoiminen ja osallistuminen kehittämishankkeeseen mahdollistaa suuremman sitoutumisen uuteen toimintatapaan. Tässä kehittämishankkeessa on mahdollistunut henkilökunnan äänen kuuluminen. Koulutuksissa on toimintatapoja kriittisesti pohdittu ja tuotu esille erilaisia näkökulmia.

Kehittämishankkeen tavoitteena oli kuvata Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osastojen nykyisiä toimintatapoja. Kyselyn avulla kartoitettiin eri toimintayksiköiden tämänhetkisiä toimintatapoja. Kysely kohdistettiin osastonhoitajille ja apulaisosastonhoitajille, koska haluttiin saada esimiesten näkemys toimintatavoista ja eri vaiheiden vastuuhenkilöistä. Kysely kohdistettiin osastonhoitajille myös siksi, että koulutuspäivien avulla henkilökunta reflektoi ja analysoi toimintatapoja ja niiden kehittämisehdotuksia. Kyselylomakkeen kysymykset pohjautuivat pitkäaikaishoidon prosessikuvaukseen ja sen eri vaiheisiin. Prosessikuvauksen taustalla on valtakunnalliset hoitotyön laatusuositukset. Kysymyksiin otettiin mukaan potilaan osastolle tuloon liittyviä asioita, koska se luo perustan hoidon aloitukselle. Kyselyn avulla kartoitettiin avoimilla kysymyksillä toimin-

nassa todettuja ongelmia ja kehitettäviä asioita. Koska otos ei ollut suuri, tiedot olisi voitu kerätä myös haastattelun avulla. Monenlaisten aikatauluasioiden takia haastattelumenetelmää ei edes harkittu.

Kyselylomakkeen suunnittelu sujui aikataulun mukaisesti ja lomakkeesta tuli toimiva. Kyselylomake tehtiin ennen teorian kartoittamista. Käytetty teoria olisi ehkä voinut enemmän ohjata kysymysten asettelua, jos kyselylomake olisi suunniteltu myöhemmin. Omahoitajan osuutta ja vastuita olisi voinut kysymyksissä enemmän painottaa. Näistä asioista huolimatta koen, että kyselylomakkeesta tuli hyvä ja käyttökelpoinen. Kysymyksillä haettiin tietoa niihin asioihin, joiden avulla voidaan kehittää pitkäaikaishoidon laatua ja yksilövastuista hoitotyötä. Joihinkin kysymyksiin oli useampi vastausmahdollisuus, mutta mielestäni se ei haitannut, koska hoitotyössä joudutaan usein muuttamaan suunnitelmaa ja miettimään eri vaihtoehtoja. Kyselylomake testattiin kolmella sairaanhoitajalla ja esitestaajat valittiin jokaisesta pitkäaikaishoidon yksiköstä. Kyselylomakkeet lähetettiin aikataulun mukaisesti ja vastaukset tulivat ajoissa. Kyselyn aineiston analysointi sujui aikataulullisesti suunnitelmien mukaan.

Henkilökunnalle suunnitellut koulutukset eivät toteutuneet suunnitellun aikataulun mukaisesti, koska keväällä 2011 Lahden kaupunginsairaalassa oli meneillään paljon erilaisia koulutuksia. Koulutukset toteutuivat syksyllä 2011 Harjukadun osastojen kehityspäivissä ja kaikkien pitkäaikaishoidon yhteinen koulutustilaisuus toteutuu marras – joulukuussa 2011. Koulutukset ja yhtenäisten toimintatapojen kehittäminen jatkuvat tämän kehittämishankkeen raportin valmistumisen jälkeenkin.

Roolini koulutusten suunnittelijana ja vetäjänä on ollut minulle uusi. Ne ovat kuitenkin sujuneet hyvin, henkilökunta on minun ohjauksellani reflektoinut toimintatapoja sekä esittänyt monenlaisia kehittämisideoita. Koulutuksissa on syntynyt monia hyviä keskusteluja. Henkilökunta on kriittisesti analysoinut toimintaansa ja miettinyt muutos- ja parannusehdotuksia. Jo ennen koulutuksia, keskustelut osastonhoitajien kanssa ovat tuoneet kehittämisideoita. Yhden osaston henkilökunta on kehittänyt hoitoneuvotteluun lomaketta. Lomakkeen on tarkoitus toimia hoitoneuvottelun pohjana. Kehittämisprosessin aikana osastonhoitajat ovat käyneet

monipuolisia keskusteluja pitkäaikaishoidon laadusta, yksilövastuisten hoitotyön toteuttamistavoista, sairaanhoitajan ja perus- / lähihoitajien roolista yksilövastuissa hoitotyössä. Tämä kehittämisshanke on ollut iso prosessi ajallisesti ja toiminnallisesti. Kehittämissprosessi eteni toimintatapojen kartoituksesta yhtenäisten toimintatapojen suunnitteluun. Roolini on ollut sekä kehittämisshankkeen koordinoijana ja suunnittelijana, työyhteisön jäsenenä ja motivoimassa henkilökuntaa prosessin eteenpäin viemisessä.

4.2. Kehittämisshankkeen tavoitteiden saavuttamisen arviointia

Koska kehittämisshankkeen tarkoituksena oli kehittää Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon hoitotyötä yhtenäisen prosessikuvauksen mukaiseksi, oli kartoitettava osastojen ja osastoryhmien nykyisiä toimintatapoja ja kehittämiskohteita. Tavoitteena oli kuvata pitkäaikaishoidon osastojen nykyisiä toimintatapoja. Kyselyn avulla saatiin kuvaus tämänhetkisistä toimintatavoista eri osastoryhmissä. Kysely tuotti myös tietoa toimintatapojen laatuvaajeista ja ongelmakohtista sekä kehittämisalueista. Kyselyn tulosten ja henkilökunnan koulutusten tuloksena syntyi kehittämissuhteita ja suunnitelma yhtenäisistä toimintatavoista. Henkilökunnan osallistamista kehittämistoimintaan ei voida kokonaisuudessaan vielä arvioida, koska koulutukset eivät ole vielä toteutuneet kokonaisuudessaan. Jo pidettyjen koulutusten perusteella voi henkilökunnan motivaatiota arvioida. Koulutuksissa käytiin monipuolista kriittistä keskustelua pitkäaikaishoidon toimintatavoista, kuntouttavasta ja yksilövastuista hoitotyöstä sekä virikkeiden ja sosiaalisuuden merkityksestä pitkäaikaishoidon potilaille.

Tulosten raportoinnilla tulee esiin tavoitteiden saavuttaminen. Olen kehittämisshankkeen raportoinnissa tuonut esiin tietoperustan yhteyden kehittämisshankkeen tarkoitukseen ja tavoitteisiin. Jotta voidaan rakentaa laadukkaan hoitotyön malli, on tiedettävä ja ymmärrettävä minkälaisista asioista koostuu laadukas pitkäaikaishoitotyö. Yksilövastuisten hoitotyön periaatteet ovat varmasti monelle tuttuja asioita, mutta koen, että tässä työssä oli tarkoituksenmukaista esittää mitä ne tarkoittavat pitkäaikaishoidossa. Hoitotyö perustuu eettisiin arvoihin ja toimintaa ohjaavat terveydenhuollon lait ja asetukset. Kehittämisshankkeen tavoitteet on saavutet-

tu siten, että nykyiset toimintatavat on kuvattu ja tuotu esille myös toimintatapojen kehittämiskohteita. Suunnitelma yhtenäisistä toimintatavoista on kuvattu vaiheittain hoitoprosessin mukaan.

4.3. Eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuseettiset kysymykset kohdistuvat tutkimuksen tiedonhankintaan, tutkittavien suojaa koskeviin normeihin ja tutkijan vastuuseen tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Tutkittaville on taattava anonymiteetti ja tulokset on raportoitava avoimesti ja rehellisesti. Tutkimuksessa on aina tavoitteena tulosten ja todellisuuden mahdollisimman hyvä vastaavuus, joka on tutkimuksen luotettavuutta. (Vehviläinen- Julkunen. 1997, 26–32.)

Luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusprosessin kaikkiin vaiheisiin, myös tutkimuksen raportointiin. Luotettavuuden tarkastelussa arvioidaan tutkimuksen tarkoitusta, tavoitteita ja tutkimusaineistoa. (Krause & Kiikkala 1996,130.) Tässä kehittämishankkeessa tavoitteena on ollut kuvata Lahden kaupunginsairaalan tämänhetkisiä toimintatapoja sekä ongelma- ja kehittämisalueita. Kehittämishankkeessa toteutettu kysely suunnattiin kaikille Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikashoidon osastoille Jalkarannan, Tapanilan ja Harjukadun toimintayksiköihin. Näin saatiin kattava kuvaus toimintayksiköiden toimintatavoista ja niiden mahdollisista eroavaisuuksista. Kyselyn vastusprosentiksi muotoutui 87 %. Joissakin yksiköissä ei ollut apulaisosastonhoitajaa tai vastuusairaanhoitajaa, joka olisi voinut vastata kyselyyn.

Tutkimuslupaa ei tarvittu, mutta kyselyn toteuttamiselle oli ylihoitajan suostumus. Kyselylomakkeen saatekirjeessä kerrottiin kyselyn tarkoitus. Kyselylomake sisälsi kattavasti kysymyksiä hoitoprosessin eri vaiheista ja osa-alueilta. Kysely lähetettiin sisäisen postin kautta nimellisenä jokaiselle osastonhoitajalle. Apulaisosastonhoitajan tai vastuusairaanhoitajan kyselylomake oli osastonhoitajan kyselyn mukana niissä tapauksissa, että ei ollut tietoa kuka kyseisellä osastolla vastaa kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja vastaukset palautettiin nimet-

töminä. Vastaukset palautettiin sisäisen postin välityksellä, vastaajien henkilöllisyys pysyi tuntemattomana.

Saamiani vastauksia olen käsitellyt luottamuksellisesti ja vastaukset ovat olleet vain kehittämishankkeen tekijän käytettävissä. Tulokset on raportoitu niin, että vastaajien anonymitteetti on säilynyt. Suorat lainaukset tekstissä on valittu niin, ettei niistä voida tunnistaa vastaajien henkilöllisyyttä. Aineiston analysoinnin ja raportin valmistumisen jälkeen kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti. Kyselyn tulosten raportoinnissa on käytetty suoria lainauksia alkuperäisistä vastauksista.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kuvaa huolellinen raportointi tutkimuksen toteuttamisesta. Toimin itse pitkäaikaishoidon osastolla ja kehittämisprosessissa saattaa näkyä kokemukseni pitkäaikaishoidosta sekä mielenkiintoni yksilövastuista hoitotyöstä ja hoitotyön laadusta. Olen ollut myös pitkäaikaishoidon prosessiryhmässä mukana. Kokemukseni ei ole kuitenkaan vaikuttanut kyselyn analysointiin, koulutuspäivien suunnitteluun tai kehittämishankkeen raportointiin.

Roolini kehittämishankkeessa oli monipuolinen. Toimin kyselyn toteuttajana, henkilökunnan kouluttajana, esimiehenä, kollegana ja kehittämishankkeen raporttoijana. Olen kuvannut kehittämishankkeen rehellisesti.

5. POHDINTA

Tämä kehittämishanke toi itselleni uusia näkökulmia jatkuvaan hoitotyön kehittämiseen. Sain osallistua pitkäaikaishoidon yhtenäisten toimintatapojen kehittämiseen alusta alkaen. Olen ollut suunnittelemassa Lahden kaupunginsairaalan prosessikuvausta, jonka taustalla on valtakunnalliset laatusuosituksset ja arvolähtöinen eettinen toiminta. Tämän kehittämishankkeen jälkeen teen prosessikuvauksen valmiiksi. Koko kehittämissprosessin ajan olen ollut viemässä kehittämistyötä eteenpäin ja siirtänyt omaa innostusta ja motivaatiota muihin. Koko työyhteisön tulee olla mukana hoitotyön laadun kehittämisessä, oman toiminnan tarkastelussa. Asioiden kriittinen analysointi ja reflektointi ovat toiminnan tarkastelun lähtökohdana. Aina ei tarvitse miettiä muutosta, näkökulmana voi olla myös onnistuminen ja toiminnan jatkuva parantaminen.

Pitkäaikaishoidossa toimintatapojen perustana on potilaiden yksilölliset tarpeet. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa korostetaan asiakaslähtöistä hoitotyötä, jonka perustana on ikäihmisten arvostaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 12 - 13) Järnström (2011) tutki geriatriassa sairaalassa asiakaslähtöisyyttä itsemääräämisoikeuden, osallistumisen ja tasavertaisen vuorovaikutuksen näkökulmista. Tutkimuksessa tarkasteltiin vanhusten kuvausta asiakkuudestaan ja asiakaslähtöisyyden näkymistä osastoilla. Henkilökunnan kiireellisyys, resurssien ja tekemisen puute sekä kuntoutuksen ja ulkoilun vähäisyys aiheuttivat vanhuksissa tyytymättömyyttä. Asiakaslähtöisyys ja itsemääräämisoikeus eivät toteutuneet geriatrialla osastolla. Pitkäaikaishoidossa vallitsee hierarkisuus, rutiininomaisuus, resurssien puute, työntekijälähtöisyys ja vanhusten passiivisuus. Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on yhtenäistää pitkäaikaishoidon toimintatapoja laatusuosituksen mukaisiksi. Hoitoprosessin eri vaiheiden yhtenäisten hoidon linjausten avulla parannetaan pitkäaikaishoidon laatua unohtamatta kuitenkaan asiakaslähtöisyyttä. Hoitoprosessin eri vaiheissa huomioidaan pitkäaikaishoidon laatuun vaikuttavat tekijät. Laadukkaassa pitkäaikaishoidossa korostuu myös omaisten huomiointi, kuunteleminen ja tuki. Toimimalla yksilövästuisen ja kuntouttavan hoitotyön mukaisesti, voidaan toteuttaa yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa hoitotyötä, joka perustuu yhtenäisiin toimintatapoihin.

Pitkäaikaishoidossa potilaiden omaisilla on suuri ja keskeinen rooli. Omaisten huomioiminen ja heidän mielipiteidensä ja toiveidensa huomioiminen luo perustaa laadukkaalle pitkäaikaishoidolle. Pitkäaikaishoidon laadun parantaminen on jatkuvasti esillä ja laadukkaan hoitotyön toteuttaminen tulee olla osa arjen toimintaa. Koska omaisilla on tärkeä rooli pitkäaikaishoidon potilaiden hoitotyössä, omaisille suunnatun kyselyn avulla voisi kartoittaa miten omahoitajuus ja laadukas hoitotyö ovat heidän mielestään onnistuneet. Kyselyn voisi jaotella hoitotyön prosessin mukaan hoidon aloituksesta hoidon päättymiseen. Kyselyn avulla saataisiin tietoa miten pitkäaikaishoidon prosessin eri vaiheissa omahoitajuus ja yksilövastuinen hoitotyö on onnistunut ja mitkä ovat heidän mielestään ongelma- ja kehittämisalueita. Näin saataisiin pitkäaikaishoidon laadun kehittämiseen toisenlainen näkökulma. Suurin osa omaisista haluaa osallistua läheisensä hoitoon, mutta ovat kokeneet saaneensa liian vähän tukea hoitohenkilökunnalta (Nuutinen & Raatikainen 2005, 131 – 143).

Dahlman & Takanen (2009) selvittivät opinnäytetyössään miten toimintakykyä edistävää hoitotyötä voidaan kehittää RAI-järjestelmän avulla. He selvittivät RAI-järjestelmän hyödynnettävyyttä pitkäaikaishoidon henkilöstöjohtamisessa. Hoitotyön kehittämisessä ja resurssien suunnittelussa RAI-järjestelmää hyödynnettiin harvoin. Tuloksista ilmeni myös, että henkilöstöllä esiintyi muutosvastarintaa ja puutteita toimintakykyä edistävään hoitotyöhön sitoutumisessa. Osaamisen ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi henkilöstö tarvitsee koulutusta, johdon tukea kannustusta ja motivointia. Laatusuosituksissa korostuu kuntouttavaan työtoteeseen perustuva asiakaslähtöinen hoitotyö.

Hoitajien yhteinen näkemys ikääntyneestä henkilöstä ja sitoutuminen hoidon tavoitteisiin ovat edellytyksenä kuntoutumista edistävän hoitotyön toteuttamisessa. Asiakkaiden toimintakyvyn arviointiin ja voimavarojen tunnistamiseen perustuva tavoitteellinen hoitosuunnitelma on kuntoutumista edistävän toiminnanlähtökohdana. (Vähäkangas & Noro 2009, 99) Pitkäaikaishoidossa toimintakykyä ylläpitävä ja edistävä hoitotyö jää usein taka-alalle. Hoitajilla saattaa olla myös erilaisia näkemyksiä vanhuksen toimintakyvystä ja voimavaroista. Hoitosuunnitelman noudattaminen ja sen tavoitteisiin sitoutuminen eivät aina näy päivittäisessä hoitotyössä.

Kuntouttavasta hoitotyöstä järjestettiin syksyllä 2011 koulutusta henkilökunnalle. Koulutuksen myötä osastoille tulee uutta näkökulmaa kuntouttavan hoitotyön toteuttamisesta ja toimintatavoista. Kuntouttava hoitotyö tulee olla myös hoitosuunnitelman perustana. Virikkeellisyys ja virikkeellinen ympäristö kuuluvat laadukkaaseen hoitotyöhön. Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osastoilla järjestetään paljon erilaisia viriketapahtumia. Koen virikkeellisen hoitotyön kuuluvan päivittäiseen hoitotyöhön. Käytännön hoitotyössä virikkeellisyys nähdään aikaa ja resursseja vaativana ylimääräisenä toimintana. Mielestäni omahoitajan tehtävänä olisi miettiä ja kartoittaa yhdessä potilaan ja omaisten kanssa, miten toteuttaa yksilöllisiin tarpeisiin perustuvaa virikkeellisyttä kunkin potilaan kohdalla. Virikkeellisyyden ja sosiaalisuuden huomioiminen tulee olla suunniteltua ja kirjattuna hoitosuunnitelmaan.

Tätä kehittämishanketta voidaan soveltaa esimerkkinä vanhustenhoidon laadun kehittämisessä. Nykyisiä toimintatapoja ja ongelma- ja kehittämialueita kartoittamalla voidaan suunnitella yksikön laadukkaaseen hoitotyön toteuttamista. Henkilökunnan osallistamisen avulla voidaan lisätä motivaatiota kehittämistyöhön. Työyhteisöissä tarvitaan yhtenäisiä toimintatapoja, joihin työyhteisön jokaisen jäsenen tulee sitoutua.

Tämän kehittämishankkeen avulla ja hoitotyön prosessikuvauksen käyttöönoton jälkeen, yhtenäisten toimintatapojen tulisi näkyä päivittäisessä pitkäaikaishoidon hoitotyössä. Myöhemmin olisi hyvä tehdä arviointia siitä, miten Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osastoilla yhtenäiset toimintatavat ovat vakiintuneet käytännön hoitotyöhön. Tämän kehittämishankkeen aikana sitä ei voida arvioida. Kyselyn voisi kohdistaa pitkäaikaishoidon henkilökunnalle. Näin mahdollistuisi henkilökunnan sitouttamisen jatkumo. Olisi myös mielenkiintoista kartoittaa miten kuntouttava hoitotyö ja potilaan yksilöllisyyden huomiointi näkyvät pitkäaikaishoidon arjen toiminnassa. Näin saataisiin tietoa miten henkilökunnan asenteet ja toimintakulttuuri ovat muovautuneet tulevaisuuden suunnitelmia silmällä pitäen. Sosiaali- ja terveysministeriön ikähoiva-raportista ilmenee ympärivuorokautisen hoidon rakenteen muuttuminen yksiportaiseksi ja laitospaikkojen väheneminen (Sosiaali- ja terveysministeriö.2011).

Sitten, kun en enää muista nimeäni.

Sitten, kun tämä päivä on sekoittunut eiliseen.

*Sitten, kun aikuiset lapseni ovat kasvaneet muistoissani
pieniksi jälleen.*

Sitten, kun en enää ole tuottava yksilö.

*Kohdelkaa minua silloinkin Ihmisenä,
välittäkää minusta,
antakaa Rakkautta,
koskettakaa hellästi.*

Kello hidastaa -

*eräänä päivänä se pysähtyy kokonaan,
mutta siihen on vielä aikaa.*

Antakaa minulle arvokas vanhuus.

(tekijä tuntematon)

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloitteleville tekijöille. 3. uudistettu ja täydennetty painos. PS- kustannus. Juva

Ahonen, H. 2001. Kun laitos on koti. Opiskelijanäkökulma ympärivuorokautisessa hoidossa elävän vanhuksen hoidon laatuun. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu-tutkielma.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Tampere. Akatiimi Oy.

Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. [Viitattu 15.2.2010]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1994/19940564>.

Dahlman, S. & Takanen. 2009. Toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittäminen RAI-järjestelmän avulla henkilöstöjohtamisen näkökulmasta. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Opinnäytetyö.

Eloranta, A-M. 2006 Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Engeström, Y. 1995. Kehittävä työntutkimus. Perusteita, tuloksia ja haasteita. Helsinki: Painatuskeskus.

Ervasti, S. & Määttä, S. 2009. Ikääntyneiden potilaiden osakseen saama kohtelu pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Kajaanin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

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

Hart, E. & Bond, M. 1996. Action research for health and social care. A guide to practice. Open University Press.

Heikkinen, H. 2010. Toimintatutkimus – toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. 2010 Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalla tutkijalla. 3. uudistettu ja täydennetty painos. PS – kustannus. Juva.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.). 2006. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Hansaprint Direct Oy. Helsinki.

Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen. Suunta ja välineet kehittämistyöhön. Suomen kuntaliitto. Kuntatalon paino, Helsinki.

Järnström, S. 2011. ”En tiedä mitä ne ajattelee mun kohtalokseni.” Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Akateeminen väitöskirja.

Kansaneläkelaki. 2007. [Viitattu 15.2.2010)]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070568>

Kiikkala, I. & Krause, K. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Hygieia. Kirjayhtymä. Helsinki.

Kratz, C. 1995. Hoitotyön prosessi. WSOY. Juva.

Kuivalainen, S. 2007. Hoitamisen laatuun vaikuttaminen pitkäaikaishoidossa hoitajien kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

Laakso, S & Routasalo, P. 1998. Yksilövästuiseen hoitotyöhön siirtyminen vanhainkodissa asuvien vanhusten, heidän omaistensa ja hoitohenkilökunnan kokemuksia. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:20/1998. Turun yliopisto.

Lahden kaupunki 2010. Sosiaali- ja terveystoimiala. Organisaatiokaavio. [Viitattu 30.5.2011].

Saatavissa:

<http://www.lahti.fi/www/cms.nsf/pages/70DB4AFBB25C97E5C2256F0F0034326F>

Lahden kaupunki 2008. Toimintakertomus. Lahden kaupungin sosiaali- ja terveystoimiala.

Laine, J. 2005. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus kirjapaino. Vaasa.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. [Viitattu 15.2.2010]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. 1992. [Viitattu 15.2.2010].

Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. [Viitattu 15.2.2010]. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>

Luotolinna-Lybeck, H. & Leino-Kilpi, H. 1991. Yksilövastuinen hoitotyö. Hoitohenkilökunnan edellytysten arviointia. Pro Nursing ry. Julkaisusarja C:1:1991. Turku.

Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. Painos. Gummerus. Vaajakoski.

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Acta Universitatis Tampereensis ser A vol 375.

Mustajoki, S. 2000. Hyvä hoito vanhainkodissa. Teoksessa Vanhusten hoito laitoksissa. Näkökulmia vanhusten laitoshoidon kehittämiseen. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:30/2001. Turun yliopisto, Turku.

Muurinen, S. 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Nores, T. 1993. Olemassaolokokemus. Naisvanhuspotilaan olemassaolokokemusta koskeva käsitteellinen ja empiirinen analyysi. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Nuutinen, H-L. & Raatikainen, R. 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotiede 2009, 17 (3), 131 -143.

Nyman, A. 2006. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro-gradututkielma

Nygren, E. 2010. Johtamisen laatu ja johtamiskäytännöt pitkäaikaishoidossa. Jyväskylän yliopisto. Gerontologia ja kansanterveys. Terveystieteiden laitos.

Paunonen, M. & Vehviläinen – Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.

Pekurinen, M., Räikkönen, O. & Leinonen, T. 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, STAKES. Raportteja 38/2008.

Ruontimo, T. 2009. Vanhustyön vastuunkantajat. Sairaanhoidaja pitkäaikaisen hoidon asiantuntijana. Lähihoitaja vanhusten hoidon erityisosaajana. TEHYN julkaisusarja B:3/2009.

Ryhänen, A. 2005. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen. seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueella. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 2010:35.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Edita Prima

Sarvimäki, A. 2008 gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P. (Toim.) 2008, 27–40. Gerontologinen hoitotyö

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607 www.finlex.fi/laki/ajantasa/1983/13830607

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Hoitoa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden. Ikähoiva työryhmän muistio. Selvityksiä 2010:28. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa. Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:6.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen kuntaliitto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki. [Viitattu 15.2.2010]. Saatavissa http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089#fi

Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. 2007:8. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Helsinki. Yliopistopainokustannus.

Stranius, T. & Tiimonen, A. 2010. psykiatrisen potilaan hoitoprosessin kuvaus ja arviointi Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä. projektiraportti. Hoitotyön johtaminen ja kehittäminen. YAMK. Mikkelin ammattikorkeakoulu.

Tiikkainen, P. & Teeri, S. 2009. Gerontologisen hoitotyön osaaminen. Sairaanhoidaja 9/ 2009. Vol 82.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. Tampereen yliopistopaino. Tampere.

Topo, P. & Sormunen, S. & Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 162. Helsinki.

(ETENE) Valtakunnallinen eettinen neuvottelukunta: Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1.

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

Vertainen – Hiironen, A. 2002. Hoitotyön laatu Äänekosken terveyskeskuksen vuodeosastolla Senior Monitor – mittarilla arvioituna. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu – tutkielma

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tutkimuksia 142. Stakes. Gummerus kirjapaino Oy. Saarijärvi.

Vähäkangas, P. & Noro, A. 2009. Osastonhoitajana pitkäaikaisessa laitoshoidossa; kuvaus lähijohtamisen sisällöstä kuntoutumista edistävillä osastoilla. Hoitotiede 2009,21 (2) 97 – 108.

Hyvä vastaaja!

Pyydän sinua ystävällisesti vastaamaan oheiseen kyselylomakkeeseen. Opiskelen Lahden ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa hoitotyön johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelmassa. Opinnäytetyöni aiheena on pitkäaikaishoidon prosessikuvauksen mukaisten toimintatapojen käyttöönotto Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osastoille. Kysely liittyy kehittämishankkeeseen ja sen avulla on tarkoitus kuvata pitkäaikaishoidon osastojen tämänhetkisiä toimintatapoja.

Vastauksesi ovat erittäin tärkeitä pitkäaikaishoidon toimintatapojen sekä yksilöllisen ja laadullisen hoitotyön kehittämisessä. Kysely lähetetään kaikille Lahden kaupunginsairaalan pitkäaikaishoidon osastojen osastonhoitajille ja apulaisosastonhoitajille tai vastuusairaanhoitajille. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja siihen vastataan nimettömänä. Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Suurin osa kysymyksistä sisältää vastausvaihtoehdot, joten niihin on helppo ja nopea vastata. Pyydän, että pohdit vastauksissasi tämänhetkistä osastosi toimintaa.

Kyselylomake sisältää jokaisen osion jälkeen avoimen kysymyksen siitä, mitä kehitettävää hoitotyön prosessin eri vaiheissa teidän mielestänne on. Toivon, että jaksat paneutua myös näihin kysymyksiin.

Opinnäytetyön ohjaajina toimivat yliopettaja Hannele Tiittanen Lahden ammattikorkeakoulusta ja ylihoitaja Terttu Leivo Lahden kaupunginsairaala.

Postita kyselylomake sairaalan sisäisessä postissa **22.12.2010** mennessä kyselyn toteuttajalle, Tuija Riikkulalle osastolle L60.

Kiittäen vastauksestasi.

Tuija Riikkula
osastonhoitaja

Terttu Leivo
ylihoitaja

Lahden kaupunginsairaala

Lahden kaupunginsairaala

Osasto L60

1. POTILAAN TULO OSASTOLLE

Ympyröi seuraavista kysymyksistä yksi vaihtoehto, joka kuvaa osaston **tämän-**
hetkistä toimintaa.

1. Kuka ilmoittaa potilaan tulosta osastolle?
 - a) SAS-työryhmä
 - b) lähettävä osasto
 - c) joku muu, kuka? _____

2. Kuka ottaa alustavat tiedot potilaasta?
 - a) osastonhoitaja
 - b) sairaanhoitaja
 - c) joku muu, kuka? _____

3. Miten potilaan omahoitaja määräytyy?
 - a) osastonhoitaja päättää
 - b) hoitoryhmä/tiimi päättää
 - c) määräytyy aina sen mukaan kenellä on vähiten potilaita
 - d) muu tapa, mikä? _____

4. Kuka ottaa ensisijaisesti potilaan osastolla vastaan?
 - a) osastonhoitaja
 - b) hoitoryhmän/tiimin sairaanhoitaja
 - c) omahoitaja
 - d) muu, kuka? _____

5. Kuinka usein omainen on ollut mukana siirtotilanteessa?
 - a) aina
 - b) lähes aina
 - c) harvoin
 - d) ei koskaan

6. Kuinka usein potilas tai omainen on ennakkoon käynyt tutustumassa osastoon?
 - a) aina
 - b) lähes aina
 - c) harvoin

d) ei koskaan

7. Milloin potilas ja/tai omainen saa osastoesitteen?
- a) ennen osastolle tuloa
 - b) osastolle tulopäivänä
 - c) hoitoneuvottelussa
 - d) potilas tai omainen ei saa osastoesitettä

MITÄ KEHITETTÄVÄÄ ON POTILAAN TULO OSASTOLLE-VAIHEESSA?
(Voit jatkaa vastaustasi paperin toiselle puolelle)

2. HOIDON ALOITUS

Ympyröi seuraavista kysymyksistä yksi vaihtoehto, joka kuvaa osaston **tämän-**
hetkistä toimintaa

- 1. Hoitoneuvottelu järjestetään
 - a) aina uudelle potilaalle
 - b) jos potilas tai omainen haluaa
 - c) hoitoneuvottelua ei järjestetä

- 2. Hoitoneuvottelun järjestää
 - a) osastonhoitaja
 - b) hoitoryhmän/tiimin sairaanhoitaja
 - c) omahoitaja
 - d) joku muukuka? _____

Ketkä seuraavista ammattiryhmistä osallistuvat hoitoneuvotteluun?

Merkitse tämänhetkistä toimintaa kuvaava vaihtoehto jokaisen henkilön kohdalle

	aina	lähes aina	harvoin	ei kos- kaan
osastonhoitaja				
omahoitaja				
ryhmän/tiimin sairaanhoitaja				
potilas				
omainen				
lääkäri				
fysioterapeutti tai kuntohoitaja				
joku muu				

3. Hoitoneuvottelu kirjataan
 - a) hoitokertomukseen
 - b) päivittäiseen tekstiin

4. Potilaalle tehdään yksilöllinen hoitosuunnitelma
 - a) aina
 - b) lähes aina
 - c) harvoin
 - d) ei koskaan

5. Saako potilas ja/taiomainen hoitosuunnitelmasta kopion
 - a) aina
 - b) lähes aina
 - c) harvoin
 - d) ei koskaan
 - e) pyydettyäessä

6. Hoitosuunnitelma tehdään yleensä
- samalla viikolla, kun potilas saapuu osastolle
 - kahden - kolmen viikon päästä potilaan osastolle saapumisesta
 - yli kuukauden päästä potilaan osastolle saapumisesta
7. Ketkä osallistuvat hoitosuunnitelman tekemiseen?
Merkitse tämänhetkistä toimintaa kuvaava vaihtoehto jokaisen henkilön kohdalle

	aina	lähes aina	harvoin	ei koskaan
osastonhoitaja				
omahoitaja				
ryhmän/tiimin sairaanhoitaja				
potilas				
omainen				
lääkäri				
fysioterapeutti tai kuntoutuja				

8. Potilas ja/tai omainen saa täytettäväkseen elämänkaarilomakkeen
- a) aina
 - b) lähes aina
 - c) harvoin
 - d) ei koskaan
9. Elämänkaarilomakkeesta saatuja tietoja hyödynnetään hoitosuunnitelmassa
- a) aina
 - b) lähes aina
 - c) harvoin
 - d) ei koskaan

10. Hoitotyön tavoitteet ja keinot on kirjattu hoitosuunnitelmaan

- a) aina
- b) lähes aina
- c) harvoin
- d) ei koskaan

11. Mitkä seuraavista osa-alueista on kirjattuina hoitosuunnitelmaan?

Merkitse **tämänhetkistä** toimintaa kuvaava vaihtoehto jokaisen tarpeen kohdalle

	aina	lähes aina	harvoin	ei koskaan
fyysiset tarpeet				
psykkiset tarpeet				
sosiaaliset tarpeet				
hengelliset tarpeet				
virikkeellisyys				

MITÄ KEHITETTÄVÄÄ ON HOIDON ALOITUS- VAIHEESSA?

(Voit kirjoittaa vastauksesi paperin toiselle puolelle)

3. HOITO

Ympyröi osaston **tämänhetkistä** tilannetta kuvaava vaihtoehto tai vastaa sille varattuun tilaan.

1. Arvioidaanko hoitosuunnitelmaa

- a) päivittäin
- b) viikoittain
- c) kaksi kertaa kuukaudessa
- d) kerran kuussa tai harvemmin
- e) vain potilaan voinnin muuttuessa

2. Omahoitajan yhteydenpito omaisiin
 - a) on lähes päivittäistä
 - b) on viikoittaista
 - c) tapahtuu vain potilaan voinnin muuttuessa
 - d) toteutuu vain, kun omainen ottaa yhteyttä

3. Kuka arvioi potilaan lääkitykseen liittyviä asioita?
 - a) sairaanhoitaja
 - b) omahoitaja
 - c) koko hoitoryhmä/ tiimi
 - d) hoitoryhmän / tiimin jäsen

4. Kuka esittää potilaan lääkitykseen liittyvät asiat lääkärille?
 - a) sairaanhoitaja
 - b) omahoitaja
 - c) vuorossa oleva sairaanhoitaja
 - d) hoitoryhmän/tiimin jäsen

Vastaa seuraaviin kysymyksiin muutamalla lauseella. Tarvittaessa voit jatkaa vastauksiasi erilliselle paperille.

5. Miten hoitosuunnitelma näkyy käytännön hoitotyössä?

6. Minkälaisia virikkeitä järjestetään osana potilaan suunniteltua hoitoa?

7. Käykö osastollanne vapaaehtoistyöntekijöitä, ja jos käy niin minkälaisia tehtäviä he tekevät?

8. Miten kuntouttava hoitotyö näkyy potilaan hoitotyössä?

9. Millä keinoin potilaiden yksilöllisyyttä tuetaan?

MITÄ KEHITETTÄVÄÄ ON HOIDON TOTEUTUS-VAIHEESSA
(Voit kirjoittaa vastauksesi paperin toiselle puolelle).

4. **HOIDON PÄÄTTYMINEN**

1. Potilaan tarkoituksenmukaisen hoitopaikan arvioinnissa huomioidaan

Merkitse tämänhetkistä toimintaa kuvaava vaihtoehto jokaisen tarpeen kohdalle

	aina	lähes aina	harvoin	ei kos- kaan
toimintakyky				
henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ylläpitämi- nen				
osaston tilat ja turvalli- suus				
omaisten toiveet				
potilaan psyykkinen tila				

2. Jos potilas on toimintakyvyn tai muiden syiden vuoksi väärässä hoitopaikassa, mitä on otettava huomioon ja miten asia etenee? Vastaa sille varattuun tilaan.

Seuraavissa kysymyksissä ympäröi tämänhetkistä toimintaa kuvaava vaihtoehto

3. Jos potilas siirtyy toiseen hoitopaikkaan, kuka ensisijaisesti ilmoittaa omaiselle potilaan siirrosta?
 - a) osastonhoitaja
 - b) ryhmän / tiimin sairaanhoitaja
 - c) omahoitaja
 - d) työvuorossa oleva sairaanhoitaja

4. Potilaan ja/tai omaisen kanssa keskustellaan kuolemaan liittyvistä asioista
 - a) aina
 - b) lähes aina
 - c) harvoin
 - d) ei koskaan

5. Ei resuskitoida - päätöksestä omaisen kanssa keskustelee
 - a) lääkäri
 - b) osastonhoitaja
 - c) sairaanhoitaja
 - d) omahoitaja

6. Kuoleman lähestyessä potilaalle ja/tai omaiselle tarjotaan sairaalapsitorin palveluita
 - a) aina
 - b) lähes aina
 - c) harvoin
 - d) ei koskaan

MITÄ KEHITETTÄVÄÄ ON HOIDON PÄÄTTYMISEN-
VAIHEESSA?

Voit kirjoittaa vastauksesi paperin toiselle puolelle.

Työskentelen

- a) Harjukadun osastoryhmässä
- b) Jalkarannan osastoryhmässä
- c) Tapanilan osastoryhmässä

KIITOS VASTAUKSISTASI!

LAHTI

LAATUA PITKÄAIKAISHOITON YHTENÄISILLÄ TOIMINTATAVOILLA

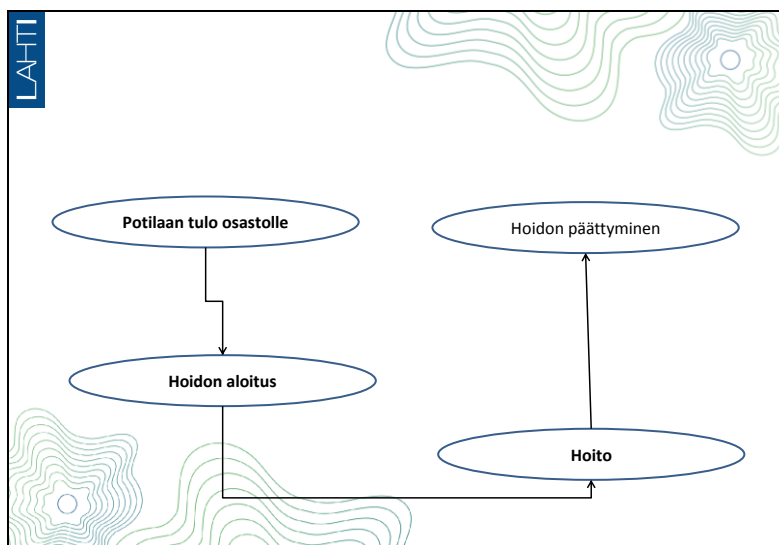
Tuija Riikkula
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen
YAMK

LAHTI

PITKÄAIKAISHOIDON PROSESSI

- ❖ Toiminnot eri vaiheissa ja eri osa-alueilla
- ❖ Määritellään vastuut
- ❖ Yksilövastuinen hoitotyö (potilaskeskeisyys, hoidon jatkuvuus, kattavuus, koordinointi, vastuullisuus, itsenäisyys)
- ❖ Hoidon laatu
- ❖ Hoitotyön arvot, eettiset ohjeet, lait, asetukset

12/28/2011



LAHTI

Kehittämishankkeen tarkoitus

- Pitkäaikaishoidon laatu- ja näkökulmien mukainen hoitotyö
- Pitkäaikaishoidon toimintatapojen yhtenäistämisen prosessikuvausten mukaiseksi
- Yksilövastuisten hoitotyön osaamisen syventäminen

12/28/2011

LAHTI

Tietoperusta

- Valtakunnalliset laatusuosituksen
- Pitkäaikaishoidon prosessi
- Yksilövastuinen hoitotyö
- Hoitotyötä ohjaavat arvot, eettiset periaatteet, lait ja asetukset

12/28/2011

LAHTI

Kehittämishankkeen tavoite

- Nykyisten toimintatapojen kuvaaminen
- Suunnitelma yhdenmukaisista toimintatavoista
- Kehittämisehdotuksia yhtenäisen toimintamallin luomiseksi

12/28/2011

LAHTI

LAIT, ASETUKSET, EETTISET PERIAATTEET JA ARVOT

- ❖ Vanhustyön laatusuosituksen
 - ❖ Kuntouttavaan työotteeseen perustuvaa asiakaslähtöistä ja eettistä hoitotyötä
 - ❖ Hoitokäytäntöjen tulee perustua kirjallisiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin
 - ❖ Asianmukaiset toimitilat ja riittävä henkilöstö

12/28/2011

LAHTI

Saattohoitosuosituksen

- ❖ Hyvän ja yhdenvertaisen saattohoidon edistäminen
- ❖ Kivun ja kärsimysten lievittäminen
- ❖ Kokonaisvaltaisuus: fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, hengelliset tarpeet
- ❖ Omaisten ja läheisten tuki, neuvonta ja ohjaus
- ❖ Arvoihin perustuva toiminta, kuolevan potilaan ihmisarvo, inhimillisuus ja itsemääräämisoikeus
- ❖ Hoitohenkilöstön osaaminen

12/28/2011

LAHTI

Kansaneläkelaki

- ❖ Laitoshoidossa olevalle potilaalle on järjestettävä hänen ikänsä ja kuntonsa mukainen kuntoutus, hoito ja huolenpito
- ❖ Turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka mahdollistaa yksityisyyden sekä edistää kuntoutumista, omatoimisuutta ja toimintakykyä

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

- ❖ Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon
- ❖ Luo pohjan laadukkaalle hoitotyölle

12/28/2011


LAHTI

Arvot ja eettiset periaatteet

- ❖ Huolenpito ja turvallisuus
- ❖ Ihmisarvon, itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittaminen
- ❖ Lahden kaupunginsairaalan arvot
- ❖ Ikäihmisten arvostaminen ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun
- ❖ Sairaanhoidtajien ja perus/lähihoitajien eettiset ohjeet

12/28/2011

LAHTI



- ❖ POTILAAN YKSILÖLLISYYDEN HUOMIOINTI
- ❖ PITKÄAIKAISHOIDON LAATU
- ❖ KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ
- ❖ YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ JA OMAHOITAJUUS
- ❖ OMAISTEN HUOMIOIMINEN

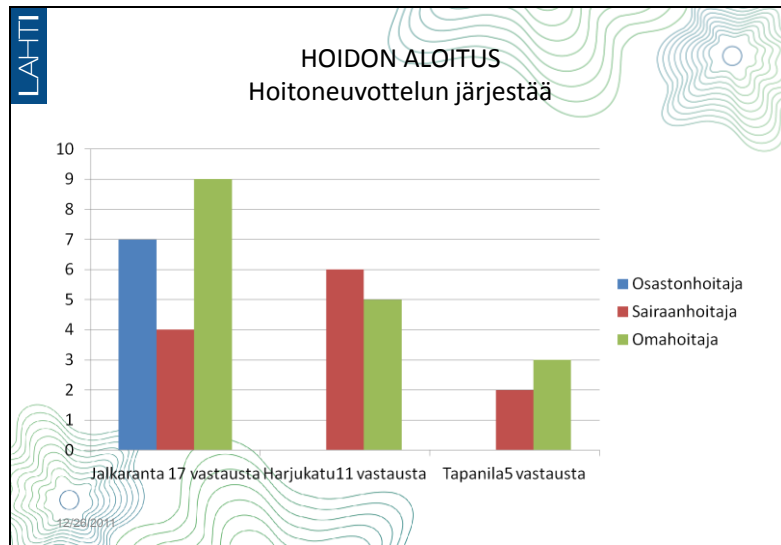
12/28/2011

LAHTI

POTILAAN TULO OSASTOLLE

- ❖ Potilaan siirto suunniteltu ja tiedot potilaasta realistiset
- ❖ Potilaan vastaanottaja etukäteen suunniteltu
- ❖ (mahdollisesti omahoitaja tai oman tiimin / ryhmän hoitaja)
- ❖ Omaisilla etukäteen tietoa osastosta
- ❖ (osastoesite, omaisten tutustuminen osastoon)
- ❖ Potilaan vastaanottotilanne rauhallinen
- ❖ Potilaan omahoitajan määräytyminen

12/28/2011



LAHTI

HOIDON ALOITUS

Kehitettävät asiat:

- ❖ Potilaisiin tutustumiseen riittävästi aikaa
- ❖ Huomioidaan enemmän omaisia
- ❖ Hoitoneuvottelun järjestäminen
- ❖ Potilaan kokonaisvaltaisuus ja yksilöllisyys tulisi näkyä
- ❖ Hoitosuunnitelmassa tulisi olla huomioituna kaikki tarpeet

12/28/2011

LAHTI

Kuntouttava hoitotyö

- ❖ Potilaan voimavarojen huomioiminen
- ❖ Omatoimisuuteen kannustaminen
- ❖ Passiivinen jumppa
- ❖ Potilaiden kävelytykset, pyörätuoliin avustamiset, Muistin treenaaminen
- ❖ Veteraanikuntoutus
- ❖ Kuuluu päivittäiseen hoitotyöhön

12/28/2011

LAHTI

Kehitettävät asiat

- ❖ Hoitokäytäntöjen tulisi olla yhtenäisiä
- ❖ Aktiivinen hoitosuunnitelmien lukeminen, päivittäminen ja arvioiminen
- ❖ Hoitosuunnitelman mukainen hoitotyö (sitoutuminen)
- ❖ Omaisten tukemiseen ja yhteydenpitoon aktiivisuutta
- ❖ Ei työskennellä rutiininomaisesti
- ❖ Luovuutta ja virikkeellisyyttä enemmän
- ❖ Potilaiden yksilöllisyys

12/28/2011

LAHTI

HOIDON PÄÄTTYMINEN

Kehitettävät asiat:

- ❖ Saattohoitokoulutusta
- ❖ Kuolemasta puhuminen tulisi olla luontevaa
- ❖ Turvallisen ja lämpimän hyvästijätön turvaaminen potilaalle ja omaiselle

12/28/2011