



**VANHUSLÄHTÖINEN YHTEISTYÖ TEHOSTE-
TUN PALVELUASUMISEN RYHMÄKODISSA**
Elämänpuu työvälineenä

Paula Asunta

Tiina Koskela

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2012
Terveystyön edistäminen (YAMK)
Ikääntyvien ja pitkäaikaissairaanhoito
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma
Ikääntyvien ja pitkäaikaissairaiden hoito

ASUNTA, PAULA & KOSKELA, TIINA: Vanhuslähtöinen yhteistyö tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa. Elämänpuu työvälineenä
Opinnäytetyö 93s., liitteet 4 s.
Maaliskuu 2012

Vanhusten palvelut ovat olleet lähes päivittäin esillä suomalaisessa julkisessa keskustelussa. Keskustelua on käyty sekä eettisistä, sisältö- ja laatuksymyksistä, että resursseista. Keskustelu vanhuspalvelujen tilasta vauhditti valtakunnallisten laatusuositusten antamista, kuntien vanhustyön strategioiden valmistelua ja kuntien omaa vanhuspalvelujen laatutyötä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, miten ryhmäkodin hoitohenkilökunnan, asukkaan ja läheisten yhteistyö sekä vanhuslähtöinen hoitotyö tällä hetkellä toteutuvat ja miten asukkaan elämänsisällönä hyödynnetään hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa ja ymmärrystä piirtämällä asukkaan elämänpuu omahoitajan ja läheisen kanssa sekä kehittämällä elämänpuusta uusi yhteistyöväline hoitohenkilökunnalle ja asukkaan läheisille.

Opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa kartoitettiin lomakehaastattelulla henkilökunnan ja asukkaiden läheisten käsityksiä vanhuslähtöisestä hoitotyöstä sekä hoitotyön ja vuorovaikutuksen toteutumisesta henkilökunnan ja läheisten välillä. Kyselyiden vastausprosentti oli 80 (N= 8). Haastattelulomakkeet analysoitiin sisällön analyysillä. Haastattelulomakkeiden teemoina käytettiin soveltaen vanhusten hyvän hoidon mallia. Ensimmäisen vaiheen tulosten perusteella lähdettiin opinnäytetyön toisessa vaiheessa kehittämään asukkaan ja hänen läheisensä sekä hoitohenkilökunnan yhteistyötä tekemällä elämänpuu. Elämänpuun tekemisessä olivat mukana asukas, asukkaan läheinen ja omahoitaja.

Elämänpuun tekeminen osoitti, että asukkaan elämänlaatua voidaan parantaa tuntemalla hänen elämänsisällönsä, ja että hoitohenkilökunta sitä kautta voi paremmin ymmärtää dementoitunutta vanhusta ja hänen käyttäytymistään. Samalla osoitettiin, että elämänpuun tekeminen yhdessä asukkaan, asukkaan läheisen ja omahoitajan kanssa parantaa vuorovaikutusta ja edesauttaa henkilökuntaa tutustumaan asukkaan läheisiin ja läheisiä henkilökuntaan. Elämänpuu auttaa myös dementoitunutta vanhusta tutustumaan itseensä ja voimaantumaa. Lisäksi sitä voidaan käyttää muistelu- ja juttuhetkien aiheena.

Opinnäytetyössä kuvatussa elämänpuun avulla voidaan kehittää tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa asuvan dementoituneen vanhuksen elämänlaatua ja hänen läheisensä sekä asukkaan omahoitajan ja muun henkilökunnan yhteistyötä. Elämänpuun tekeminen on siirrettävissä vastaaviin toimintaympäristöihin niiden hoitotyön kehittämiseksi.

Asiasanat: Vanhuslähtöinen hoitotyö, elämänpuu, tehostettu palveluasuminen, asukkaan läheinen, yhteistyö, henkilökunta.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Polytechnic Master's Degree in the Field of Social and Health Care
Degree programme in Health Promotion
Care of Ageing and Long-term patients

ASUNTA, PAULA & KOSKELA, TIINA: Elderly-Oriented Co-Operation at Residential Centres of Supported Living. Life Tree as a Tool.

Final thesis 93 pp., appendices 4 pp.

March 2012

Services for the elderly have recently been present almost daily in media in the public debate. Discussion has centered on the ethical, the content and quality issues, and the resources. The presentation of national quality recommendations, preparation of the strategy of municipal services for the elderly and the quality work of municipal services for the elderly were contributed by the discussion of elderly care.

The thesis aimed at describing the current co-operation between group home personnel, resident and relatives, the current implementation of elderly-oriented care and the use of the resident's life history in the care. The purpose was to generate new information and understanding, by means of constructing the resident's Life Tree with the primary caregiver and a relative in the development section of the thesis, and by developing the Life Tree into a new co-operation tool for personnel and the resident's relatives.

During the first stage, a questionnaire was used to map the conceptions of the personnel and the residents' relatives of elderly-oriented care and of the implementation of care and interaction between the personnel and the relatives. The response rate was 80 (N = 8). The responses were analysed using content analysis. The themes included in the questionnaire were adapted from the model of good elderly care. Building on the results of the first stage, the second stage of the thesis consisted of developing the co-operation between the resident, his/her relatives and the personnel, by constructing Life Trees for two residents. The construction of the Life Tree involved the resident, his/her relatives and the primary caregiver. The construction was based on the development needs emerging from the analysis of the questionnaire.

The construction of the Life Tree showed that the resident's quality of life can be improved if his/her life history is known, and that this helps the personnel to understand a demented elderly person and his/her behaviour. It also proved that constructing the Life Tree together with the resident, his/her relative and the primary caregiver improves interaction and helps the personnel and the resident's relatives to know each other. The Life Tree also increases the self-knowledge and empowerment of the demented elderly person. Moreover, it can be used as a resource for reminiscing and chatting.

Using the Life Tree described in the thesis it is possible to develop the quality of life of an elderly person living in a group home for supported living and the co-operation between his/her relatives, his/her primary caregiver and other personnel. The Life Tree activity can be transferred to other corresponding environments to develop the care work there.

Key words: Elderly-oriented care work, Life Tree, supported living at residential centre, resident's relatives, co-operation, personnel

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	6
2. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT, TAVOITE	8
3 VANHUSLÄHTÖINEN HOITOTYÖ	9
3.1 Vanhuslähtöisen hoitotyön ajankohtaiset linjaukset	9
3.1.1 Tampereen kaupungin ikäihmisten palvelustrategia	13
3.1.2 Tehostettu palveluasuminen	16
3.2 Muistisairaudet	20
3.2.1 Muistisairaiden hoitotyö	22
3.2.2 Läheisten ja henkilökunnan yhteistyö muistisairaana vanhuksen tullessa ryhmäkotiin	24
3.3. Vanhuksen perhe	30
3.3.1 Vanhuksen hyvinvointi	31
3.3.2 Elämänhistorian muistelu	34
3.3.3 Elämänpuu muistelumenetelmänä	37
4. OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	40
4.1 Laadullinen tutkimus	40
4.2 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi	43
4.2.1 Laadullinen lomakehaastattelu	43
4.2.2 Sisällönanalyysi	45
5 VANHUSLÄHTÖISEN YHTEISTYÖN TOTEUTUMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN RYHMÄKODISSA	48
5.1 Asukkaan läheisten haastattelun tulokset	48
5.1.1 Asukkaan elämän historia	48
5.1.2 Tiedottamisen toteuttaminen	49
5.1.3 Läheisen kokemus hoitajan ammattitaidosta	51
5.1.4 Läheisen halu toimia yhteistyössä	52
5.1.5 Organisaation luomat edellytykset ja arvot	52
5.2 Hoitohenkilökunnan haastattelun tulokset	53
5.2.1 Työilmapiiri	53
5.2.2 Vuorovaikutustaidot	54
5.2.3 Yhteistyö	55
5.3 Yhteenveto	56
6. ELÄMÄNPUUTYÖSKENTELEY	59
6.1 Kehittämisprosessi	59
6.2 Elämänpuutyöskentelyn raportit	61

6.3 Tulokset ja yhteenveto elämänpuun tekemisestä	63
7. POHDINTA	68
7.1 Opinnäytetyön luotettavuus	68
7.2 Eettiset näkökohdat	71
7.3 Tulosten tarkastelu	73
7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	77
LÄHTEET.....	79
LIITTEET	84
Liite 1. Saatekirje ryhmäkodin henkilökunnalle	84
Liite 2. Kysely asukkaan läheiselle.....	85
Liite 3. Kysely henkilökunnalle	86
Liite 4. Lomakehaastattelun analyysi	1(8)
	87

1. JOHDANTO

Länsi-Suomen lääninhallitus puuttui 2010 Tampereen Koukkuniemen vanhainkodin hoitajavajeeseen ja edellytti 103 hoitajan välitöntä palkkausta. Tästä lähti liikkeelle julkinen keskustelu vanhustenhuollon haasteista. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Suomen Kuntaliitto ovat laatineet ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen, jonka tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen, kuten oikeus yhdenvertaisuuteen ja välttämättömään huolenpitoon. Laatusuosituksessa määritellään ikääntyneiden palvelujen järjestämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet, henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen sekä asumis- ja hoitoympäristöt.(STM 2008.)

Palvelu- ja laatusuosituksessa kehoitetaan erityisesti ottamaan huomioon dementiaoireisten ihmisten tarpeet palvelurakennetta kehitettäessä. Tavoitteena on kehittää ikäihmisten toiveiden mukaiset kodinomaiset yksiköt ja kaikkiin palveluihin sisältyvät mahdollisuudet toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään hoitoon. Pitkäaikainen hoiva on järjestettävä joko kotona tai esimerkiksi tehostetun palveluasumisen yksiköissä.(STM 2008).

Laadukkaassa hoitotyössä tieto dementiaan sairastuneen persoonasta ja elämäntilasta ovat tärkeitä. Läheisten roolin merkittävyys näkyy tietojen antamisessa ja hoidon laadun arvioimisessa. Onnistunut yhteistyö läheisten kanssa hyödyttää kaikkia osapuolia. (Koilu & Heimonen 2006, 4–6; Majerovitz, Mollott & Rudder, 2009, 20.)

Kesäkuussa 2011 muodostetun hallituksen hallitusohjelmaan otettiin mukaan uuden vanhuspalvelulain säätäminen. Vanhuspalvelulakiehdotus on ollut esillä vuodesta 2006. Lakialoitteessa ehdotetaan, että hoivatakuu laajennettaisiin myös ikääntyneiden hoivapalveluihin. Lakialoitteella velvoitettaisiin kunnat järjestämään ikääntyneille, yli 65-vuotiaille, kotihoidon tarpeessa oleville kotihoito siitä riippumatta, valitsevatko ikääntyneet kotona asumisen vai asumisen palvelu- tai tukiasunnossa hyväksytyyn palvelusuunnitelman mukaisesti. Uuden lain tavoitteena on taata ikääntyneille ihmisille yhdenvertaiset ja laadukkaat vanhuspalvelut koko maassa kunnioittaen palvelun tarvitsijoiden

itseäänmääräämisoikeutta. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevaan laatusuositukseen sisältyvät suositukset vanhuspalvelustrategiasta ja kehittämisohjelmasta ehdotetaan laakiehdotuksessa kunnille pakollisiksi tehtäviksi. Lakiin ehdotetaan lisäksi palvelutavoitteiden mitattavuus sekä velvoitteiden ja tavoitteiden toteutumisesta tiedottaminen asukkaille.

Opinnäytetyön aihe saatiin Tampereen kaupunkilähetysten Koskikodin tehostetun palveluasumisen ryhmäkodista, jossa asukkaina on dementoituneita vanhuksia. Koskikoti on vuonna 1983 valmistunut vanhainkoti, joka palvelurakennemuutoksen myötä ollaan muuttamassa tehostetun palveluasumisen käyttöön. Opinnäytetyömme kohteena oleva yksikkö on toiminut ryhmäkotina vuoden 2009 marraskuusta lähtien. Koskikodissa asukkailla on oma huone, wc- ja suihkutila. Yhteiset tilat mahdollistavat esteettömän liikkumisen ja viihtyisä ruokailu- ja olohuone tukevat asukkaiden ja hoitajien yhdessäoloa. Asumispäätös tehdään kaupungin SAS-kokouksessa ja asumiseen voi hakea Kelan asumis- ja hoito- sekä toimeentulotukea. Koskikotikeskus puolustaa oikeutta arvokkaaseen vanhuuteen, osallistumiseen ja yhteisöllisyyteen sekä haluaa taata turvallisen ja yksilöllisen hoidon asukkailleen kodinomaisessa ympäristössä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten tehostetun palveluasumisen ryhmäkodin hoitohenkilökunnan, asukkaan ja läheisten vanhuslähtöinen yhteistyö toteutuu. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ja ymmärrystä siitä, miten perhekeskeisessä hoitotyössä kehitetty elämänpuumenetelmä soveltuu tehostetun palveluasumisen ryhmäkodin hoitohenkilökunnan, asukkaan ja asukkaan läheisen yhteistyön kehittämisen ja vuorovaikutuksen parantamisen menetelmäksi.

2. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT, TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata miten tehostetun palveluasumisen ryhmäkodin hoitohenkilökunnan, asukkaan ja asukkaan läheisten vanhuslähtöinen yhteistyö toteutuu. Opinnäytetyössä ryhmäkodin asukkaalla tarkoitetaan muistisairasta vanhusta, ja ryhmäkodin asukas määritellään myös perheenjäseneksi. Vanhuslähtöisyys- ja asiakaslähtöisyys -käsitteitä käytetään synonyymeinä. Yhteistyöllä tarkoitetaan ryhmäkodin asukkaan, hänen läheisensä ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutussuhdetta.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten Koskikodin hoitohenkilökunta kuvaa vanhuslähtöisen yhteistyön toteutumista tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa?
2. Miten Koskikodin asukkaan läheiset kuvaavat vanhuslähtöisen yhteistyön toteutumista tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa?
3. Miten perhekeskeisessä hoitotyössä kehitetty elämänpuu soveltuu hoitohenkilökunnan, asukkaan ja asukkaan läheisen yhteistyön kehittämisen menetelmäksi.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ja ymmärrystä siitä, miten perhekeskeisessä hoitotyössä kehitetty elämänpuumenetelmä soveltuu tehostetun palveluasumisen ryhmäkodin hoitohenkilökunnan, asukkaan ja asukkaan läheisen yhteistyön kehittämisen ja vuorovaikutuksen parantamisen menetelmäksi.

3 VANHUSLÄHTÖINEN HOITOTYÖ

3.1 Vanhuslähtöisen hoitotyön ajankohtaiset linjaukset

Ikääntymispolitiikan tavoitteissa on 2000- luvulla ollut korostetusti esillä varautuminen ikääntyneiden määrän lisääntymiseen ja palvelutarpeiden kasvamiseen. Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) ja KASTE- ohjelmassa esitetään palveluasumiselle, pitkäaikaiselle laitoshoidolle, säännölliselle kotihoidolle ja omaishoidon tuelle määrälliset tavoitetasot sekä palveluiden laatua määrittäviä tavoitteita.(Voutilainen 2008, 109–111.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa otetaan huomioon ikääntymispolitiikan ajankohtaiset valtakunnalliset linjaukset, laatusuositusten arviointien tulokset, uusin tutkimustieto sekä toimintaympäristön muutokset. Erityisesti meneillään olevalla kunta- ja palvelurakennemuutoksella on merkittäviä vaikutuksia ikääntyneiden palvelujärjestelmään. Sosiaali- ja terveysministeriö valmisteli laatusuosituksen yhteistyössä Suomen Kuntaliiton ja Stakesin kanssa. Laatusuosituksessa määritellään ikääntyneiden palvelujen järjestämistä ohjaavat arvot ja eettiset periaatteet. Suositus sisältää strategisia linjauksia laadun ja vaikuttavuuden parantamiseksi kolmella osa-alueella: hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja palvelurakenteen kehittäminen, henkilöstön määrä, osaaminen ja johtaminen, asumis- ja hoitoympäristöt.(STM 2008.)

Suosituksessa asetetaan valtakunnalliset määrälliset tavoitteet, joiden pohjalta kunnat ja yhteistoiminta-alueet asettavat kuntakohtaiset tavoitteet. Suositus painottaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä, ehkäisevän toiminnan ja kotona asumisen tukemisen ensisijaisuutta sekä kattavaa yksilökohtaista palvelutarpeen arviointia. Palveluvalikoimaa on monipuolistettava neuvonta- ja muilla ehkäisevillä palveluilla ja terveyttä, toimintakykyä ja kuntoutumista on tuettava kaikissa palveluissa. Suosituksessa kuvataan henkilöstön mitoitusperusteita ja annetaan suosituksia henkilöstön vähimmäismitoituksesta ympärivuorokautisessa hoidossa. Henkilöstön työhyvinvoinnin lisäämistä, gerontologisen osaamisen kehittämistä sekä johtajaosaamisen tärkeyttä korostetaan. Ikäihmisten asu-

mis- ja hoitoympäristöjen laadun kehittäminen edellyttää panostusta esteettömyyteen, turvallisuuteen ja viihtyisyyteen. Suositus sisältää seurantaindikaattoreita, joiden avulla saadaan säännöllistä kuntakohtaista ja valtakunnallista tietoa suosituksen keskeisten sisältöalueiden toteutumisesta.(STM 2008.)

Väestön ikärakenteen muuttuessa koko yhteiskunnan on sopeuduttava entistä iäkkäämmän väestön tarpeisiin. Laatusuositus tukee kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään ikäihmisten palveluita paikallisista tarpeista ja voimavaroista lähtien yhteistyössä kolmannen sektorin, yksityisten palveluntuottajien sekä asiakkaiden, omaisten ja muiden kuntalaisten kanssa. Ikärakenteen muutokseen varautumiseksi kuntia ohjataan laatimaan ikääntymispoliittinen strategia, jonka toimeenpano kytketään kunnan talousarvioon ja -suunnitelmaan. Strategian toteutumista seurataan säännöllisesti.(STM 2008.)

Valmisteilla olevan uuden vanhuspalvelulain tavoitteena on taata ikääntyneille ihmisille yhdenvertaiset ja laadukkaat vanhuspalvelut koko maassa kunnioittaen palvelun tarvitsijoiden itsemääräämisoikeutta ja valinnanvapautta tuloista riippumatta. Nykytilanteessa valinnanvapaus koskee vain varakkaimpia vanhuksia. Voimassa oleva sosiaalihuoltolaki edellyttää kunnilta kotihoidon järjestämistä tarpeen mukaan muun muassa vanhuksille, mutta normit on laadittu sillä tavoin väljiksi, että niiden toteuttaminen on sidottu kunnan vuotuisiin talousarviomäärärahoihin. Kotihoidon saaminen riippuu asiakkaan asuinkunnan taloudellisesta tilanteesta ja kunnan omista soveltamisohjeista ja -käytännöstä. Valitusoikeus näistä päätöksistä on rajoitettu. Lisäksi kehityksen suuntana on viime aikoina ollut se, että kuntien kotihoito supistuu sisällöltään ja rajautuu entistä huonokuntoisempiin vanhuksiin.(Lakialoite 51/2006 vp.)

Lakialoitteessa ehdotetaan uuden vanhuspalvelulain säätämistä, jossa niin sanottu hoivatakuu laajennettaisiin myös ikääntyneiden hoivapalveluihin. Lakialoitteella velvoitettaisiin kunnat järjestämään ikääntyneille, yli 65-vuotiaille, kotihoidon tarpeessa oleville kotihoito siitä riippumatta, valitsevatko ikääntyneet kotona asumisen vai asumisen palvelu- tai tukiasunnossa hyväksytyyn palvelusuunnitelman mukaisesti. Muutoksella ohjattaisiin ikääntyneiden palveluita kotona tapahtuviksi ja vähennettäisiin osaltaan pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta. Lakiehdotuksessa tavoitteiden saavuttamiseksi esitetään nykyisen palvelutarpeen arvioinnin laajentamista nykyisin määräaikaavaatimuksin 75-vuotta täyttäneisiin ja pidemmällä odotusajalla myös 65–74-vuotiaiden ikäryhmään.

Suomen perustuslaissa perusoikeutena on taattu vähimmäisturva välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Sen mukaan jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon (Perustuslaki 19.1 §). Säännöksen sananmuodon perusteella perusoikeusmääräystä voidaan tulkita laajentavasti niin, että oikeutta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon ei sidota vain elämän, vaan ihmisarvoisen elämän turvaan. (Lakialoite 51/2006 vp.)

Ihmisarvoisen elämän turvaamisen voi katsoa edellyttävän jotain muutakin kuin pelkästään biologiselle olemassaololle välttämättömien edellytysten turvaamista. Ihmisarvoisen elämän edellytykset ovat kulttuurisesti ja historiallisesti määräytyneitä. Mitä kulloinkin pidetään vanhuksien ihmisarvoisena elämänä, vaihtelee kulttuurisia arvoja ja tottumuksia vastaavasti. Jos vanhus ei ole kiireellisen sairaanhoidon tarpeessa, hänen kotona selviytymisensä kannalta riittävää kotihoitoa voidaan tilanteesta riippuen arvioida välttämättömän huolenpidon kannalta. Vanhuus ei ole sairaus. (Lakialoite 51/2006 vp.)

Vanhusväestönkin perusoikeutta asumiseen tukee säännös, jonka mukaan julkisen vallan tehtävänä on edistää jokaisen oikeutta asuntoon ja tukea asumisen omatoimista järjestämistä (Perustuslaki 19.4 §). Tämäkin perusoikeus toteutuu erittäin huonosti nykyisessä kuntien vanhushuollossa. Uuden vanhushoitolain luonnoksen perusteluina on esitetty esimerkiksi, että kuntien järjestämien vanhushuolteen saatavuus suhteutettuna vanhusväestön määrään on 2000-luvun alussa heikompi kuin 10 vuotta sitten. Vanhusten julkisten palvelujen käyttö laski vuosina 1990–1999, kodinhoitoapu 31 % ja tukipalvelut 19 % Samana aikana palveluasuminen lisääntyi 164 %. Yli 75 vuotta täyttäneillä omaishoidon tuki lisääntyi 12,9 % vuosina 1998–2000. Kodinhoitoavun ja tukipalvelujen vähentyminen johtuu siitä, että kotipalveluja on kohdennettu entistä vanhemmille ja heikkokuntoisemmille. (Lakialoite 51/2006 vp.)

Peruspalveluministeri Maria Guzenina-Richardsonin mukaan lain valmistelua jatketaan nyt lakiluonnoksen sekä saatujen lausuntojen pohjalta. "Ikäihmisten palveluissa olevat vakavat puutteet on korjattava. Lausuntokierrokselta palanneen lakiluonnoksen jatkotyöstämisessä hyödynnetään lausuntoihin osallistuneen laajan asiantuntijajoukon palautetta. Tarkoituksena on muokata laista mahdollisimman sitova ja vaikuttava. Laki tuo-

daan eduskunnan päätettäväksi vuonna 2012, ja sen on tarkoitus tulla voimaan vuoden 2013 aikana", ministeri kertoo.(STM Tiedote 148/2011.)

Länsi-Suomen lääninhallitus puuttui 2010 Tampereen Koukkuniemen vanhainkodin hoitajavajeeseen ja edellytti 103 hoitajan välitöntä palkkausta. Tästä lähti liikkeelle julkinen keskustelu vanhustenhuollon haasteista. Lääninhallitukset pystyvät seuraamaan yksityisen vanhustenhuollon tilaa lupamenettelyn ja siihen liittyvän valvonnan kautta, mutta ongelmana on julkisen palvelutuotannon laadun heikentyminen suhteessa yksityisten palveluntuottajien ja kolmannen sektorin palveluihin. Tämän suuntaisia arvioita on esitetty muun muassa Länsi-Suomen lääninhallituksen taholta.(Lakialoite 51/2006 vp.)

Keskustelu ja toiminta vanhustenhuollon puutteiden korjaamiseksi ei saisi keskittyä ainoastaan laitoshoidon, vaikka ongelmat nähdään valvonnassa laitosten osalta helpommin. Kunnan tulisi hoitaa palvelujärjestelmäänsä niin, että kotona asuminen on mahdollista niin pitkään kuin mahdollista, jos vanhus haluaa asua kotonaan. Tässä suhteessa kunnat ovat toimineet säännöksistä ja suosituksista piittaamatta.(Lakialoite 51/2006 vp.)

Asiantuntijat arvioivat, että noin 15 vuoden kuluttua suurten ikäluokkien ollessa yli 75-vuotiaita mikään laitoshoidon varaan rakennettu vanhustenhoitomalli ei voi toimia, ei hinnan eikä paikkojenkaan osalta. Lisäksi tutkimuksissa on arvioitu, että taloudellisesti avohoitoa on edullista tarjota laitoshoidon vaihtoehtona suhteellisen hyväkuntoisille vanhuksille, joiden laitosjakso muuten muodostuisi pitkäksi. Avohoitoa tulisi tarjota myös niille huonokuntoisille vanhuksille, joiden hoitamiseen osallistuvat omaiset ja muut läheiset. Pelkästään yhteiskunnan tarjoamien palvelujen varassa huonokuntoisen vanhuksen hoitaminen tulee kalliiksi niin laitoksessa kuin kotonaakin.(Lakialoite 51/2006 vp.)

Paavolan (2009) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vanhainkodissa tai pitkäaikaislaitoshoidossa olevien vanhusten oikeuksien toteutumista vanhusten läheisten arvioimana. Vanhuksia kohdellaan tutkimuksen tulosten mukaan pääsääntöisesti yhdenvertaisesti ja hoitohenkilökunta kunnioitti vanhuksen muistoja ja elämäkokemuksia. Yli puolet läheisistä oli sitä mieltä, että vanhus on voinut vaikuttaa hoitoonsa mielipitein ja toivein

mutta neljänneksen mielestä vanhukselta ei ollut kysytty mahdollisia toiveita ollenkaan. Vastaajista viisitoista prosenttia arvioi, että vanhus ei voi kieltäytyä hoidosta tai toimenpiteestä. Paavolan mukaan ensimmäiset askeleet kohti laadukkaampaa laitoshoidoa vanhusten kohdalla olisivat hoitohenkilökunnan tietoisuuden lisääminen vanhuksen oikeuksista ja niiden käytännön toteuttamisesta. Paavola suosittaa vanhusten oikeuksien toteutumisen tutkimista myös palveluasumisessa ja tehostetussa palveluasumisessa.(Paavola 2009, 58–62.)

Berglundin (2007) tutkimuksessa on selvitetty ikääntyneiden tyytyväisyyttä hoitoon ja elinoloihin hoitokodissa sekä heidän läheisten ja henkilökunnan näkemyksiä hoidosta. Tutkimuksella oli tarkoitus selvittää ruotsalaisten vanhusten hoitokotien hoitoa perustasolla, mitä on vanhuksen hyvä, tyydyttävä ja lainmukainen hoito vanhusten hoitokodissa. Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata vanhusten ja heidän läheisten sekä henkilökunnan käsityksiä vanhusten tyytyväisyydestä hoitoonsa ja elinoloihin vanhusten hoitokodissa. Vanhuksille tehtiin haastattelu, jossa kysyttiin heidän hoitoonsa ja elinoloihin liittyviä asioita. Läheiset ja henkilökunnan jäsenet täyttivät kyselylomakkeen, jossa kysyttiin ikääntyneen asukkaana tyytyväisyyttä hoitoonsa ja elinoloihin hoitokodissa.(Berglund 2007, 46–51.)

Tuloksissa ilmeni, että hoitokoti on hyvä vaihtoehto vanhuksien asumiseen. Toisaalta näytti siltä, että hoitohenkilökunta ei tiedostanut vanhuksien oikeuksia vaikuttaa heidän saamaansa hoitoon riittävän hyvin eikä sitä kuinka tärkeää vanhuksille on saada riittävästi tietoa heidän muuttuvasta terveydentilastaan. Lisäksi tutkimus antaa suosituksia ja parannusehdotuksia yhteiskunnan päättäjille vanhustenhoidon ja asumisen järjestämiseksi.(Berglund 2007, 46–51.)

3.1.1 Tampereen kaupungin ikäihmisten palvelustrategia

Tampereen ikäihmisten palvelujen strategia on näkemys siitä, miten kaupunki aikoo järjestää ikäihmisten palvelut valtuustokaudella 2009–2012. Tampereen kaupungin uudessa Tampere virtaa kaupunkistrategiassa 2020 kaupungin toimintaperiaatteiksi on valittu hyvä palvelu, yhdessä tekeminen, vastuullisuus ja aloitteellisuus. Yhä useammal-

la kuntalaisella on mahdollisuus asua kotona tai kodinomaisessa ympäristössä. Strategialla tavoitellaan sitä, että vuonna 2020 kuntalaisen ja hyvinvoinnin näkökulmasta toiminnan painopiste on ennaltaehkäisyssä ja asiakaslähtöisyydessä sekä toimintakyvyn, yhteisöllisyyden ja moniarvoisuuden vahvistamisessa. Strategiassa tavoitellaan myös hyvinvoinnin parantumista ja että palvelut ovat sekä asiakaslähtöisiä ja tasapuolisesti kaikkia kuntalaisia palvelevia. Ikääntyvien ja vammaisten osalta pyritään siihen, että yhä useammalla kuntalaisella olisi mahdollisuus asua kotona tai kodinomaisessa ympäristössä. (Ikäihmisten palvelujen strategia. 2009.)

Tampereen kaupungissa toimitaan tilaaja-tuottaja-mallin mukaisesti niin, että tilaajan ja tuottajan tehtävät on erotettu toisistaan. Tilaaja vastaa siitä, mitä palveluja kuntalaisille tarjotaan ja mistä tarvittavat palvelut hankitaan. Palvelujen tuottajat keskittyvät palvelujen tarjoamiseen, niiden kehittämiseen ja toimintansa tehokkuuteen. Kaupungin konsernihallinnossa toimii tilaajaryhmä, joka vastaa muiden muassa palvelujen tilaamisen valmistelusta ja suunnittelusta sekä tilaamiseen liittyvistä tuki- ja kehittämisprosesseista. Yhtenä tilaajaryhmän yksikkönä toimii Ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitäminen -tilaajayksikkö. Ikäihmisten palvelujen lautakunnan puheenjohtajana toimiva apulaispormestari linjaa oman ydinprosessinsa valmistelutyötä. Tilaaja hankkii palvelut kaupungin omalta tuotannolta ja ulkopuolisilta palveluntarjoajilta. Kaupungin omista tuotantoalueista ikäihmisten palveluja järjestävät avopalvelut, erikoissairaanhoidon ja laitoshoidon. (Tampere 2011.) Palvelustrategia laaditaan valtuustokausittain ja sitä valmistellaan tiiviissä yhteydessä kaupunkistrategian kanssa. (Ikäihmisten palvelujen strategia 2009).

Tampereen palvelurakenne poikkeaa merkittävästi laatusuosituksen tavoitteista. Erityisesti pitkäaikaisen laitoshoidon suuri osuus ja vastaavasti tehostetun palveluasumisen vähäisyys ovat Tampereen palvelurakenteelle ominaisia piirteitä. Laatusuosituksen mukaisesti vuonna 2012 yli 75-vuotiaista 56 % tulisi olla tehostetun palveluasumisen ja korkeintaan 3 % pitkäaikaisen laitoshoidon piirissä. Yhteensä ympärivuorokautisen hoidon paikkoja pitäisi siis olla 89 %:lle yli 75-vuotiaista. Tällä hetkellä yli 75-vuotiaista tamperelaisista 2,1 % on tehostetun palveluasumisen ja 8,3 % pitkäaikaisen laitoshoidon piirissä. Yhteensä ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa on näin ollen 10,4 % yli 75-vuotiaista tamperelaisista. Pitkäaikaisen laitoshoidon suuri osuus Tampereella selittyy vanhainkotipaikkojen määrällä sekä pitkäaikaisen sairaalahoidon suurena osuutena koko

sairaalahoidosta. Koukkuniemen vanhainkodissa on yhteensä 856 paikkaa. Määrä pitää sisällään myös Koukkuniemen vanhainkodin yhteydessä olevan Rauhaniemen sairaalan 115 sairaalapaikkaa. Lisäksi Tampere on hankkinut 210 vanhainkotipaikan palvelut yksityisiltä palvelujen tuottajilta. (Ikäihmisten palvelujen strategia 2009.)

Tampereella yhteensä pitkäaikaisen laitoshoidon paikkoja oli vuoden 2008 lopussa 1376, joista 1125 paikkaa eli 88 % oli yli 75-vuotiaiden käytössä. Tehostetun palveluasumisen paikkoja oli puolestaan käytössä yhteensä 381, joista vuoden 2008 lopussa 327 paikkaa eli 86 % oli yli 75-vuotiaiden käytössä. Laatusuositukseen nähden Tampereen haasteena on vanhainkotihoito ja pitkäaikaisen sairaalahoidon paikkojen vähentäminen sekä korvaaminen kotona asumista tukevilla palveluilla sekä tehostetun palveluasumisen paikoilla. Yksittäisistä toimintakykyyn vaikuttavista tekijöistä merkittävimpiä ovat muistisairaudet, joka on vahvasti ikäsidonnaisia. Valtakunnan tasolla noin 8 % yli 65-vuotiaista ja 35 % yli 85-vuotiaista kärsii vähintään keskivaikeasta dementiaasta. (Ikäihmisten palvelujen strategia 2009.)

Vaikeaa dementiaa sairastavien selviytyminen omassa kodissa ei yleensä ole mahdollista. Tällöin tarvitaan ympärivuorokautisia hoitopaikkoja, missä asumiseen yhdistyy tarvittavat hoidon ja hoivan palvelut. Käytännössä tämä tarkoittaa tehostetun palveluasumisen tai vanhainkotihoito palveluita. Palvelustrategiat ovat tilaajalautakuntien hyväksymiä strategisia asiakirjoja, jotka konkretisoivat kaupunkistrategian linjauksia kunkin lautakunnan osalta. Palvelustrategiat linjaavat myös sitä, mistä palvelut hankitaan. Palvelustrategioiden tavoitteet konkretisoidaan vuosittain tilaajan vuosisuunnitelmissa. Palvelustrategioiden toteutumista seurataan lautakunnissa kolme kertaa vuodessa. Palvelusopimukset ovat keskeisin palvelujen hankintaa ohjaava elementti ja tilaajan ja tuottajan yhteistyöväline. (Ikäihmisten palvelujen strategia 2009.)

Tampere ostaa vanhusten asumispalveluja monelta eri toimijalta. Tällä hetkellä ostettavia paikkoja on 1150, joista tehostettua palveluasumista ja vanhainkotipaikkoja on 590. Palvelutaloon tai ryhmäkotiin muuton tavoitteena on jatkaa kodinomaista asumista ja ehkäistä tarvetta siirtyä pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Tähän tavoitteeseen ei päästä ilman moniammatillista ryhmätyötä ja asiantuntevaa geriatripalvelua. Mikäli hoitohenkilökunta saa lääkäriltä riittävän tuen, iäkäs ihminen voi asua samassa asuinpaikassa elämänsä loppuun saakka. Tampereella toteutetaan kehittämishankkeena palvelutalojen geriatri-

palveluja. Toiminnasta on saatu erittäin positiivista palautetta niin asukkailta, omaisilta kuin henkilökunnaltakin. Turhat sairaalakäynnit ovat vähentyneet merkittävästi, varhainen ongelmiin puuttuminen on mahdollistunut ja turvallisuudentunne on lisääntynyt. Myös saattohoito palveluasunnossa on näin tullut mahdolliseksi. Toiminta on mahdollista ostaa, kuten käynnissä olevassa pilotissakin. (Vaarin eväät 2008.)

3.1.2 Tehostettu palveluasuminen

Tehostettu palveluasuminen kuuluu sosiaalihuollon avopalveluihin. Tehostetun palveluasumisen käsite on suurelle osalle väestöä ja osin hoitotyöntekijöillekin vieras käsite ja usein se mielletään laitoshoidoksi. Käsitteenä palveluasuminen on valtakunnallisestikin selkiintymätön eikä ole olemassa lainsäädäntöä esimerkiksi palveluasumisen maksujen määrittelyyn, vaan kunnat määrittelevät maksut itse. (Uronen 2011, 7.)

Kunnan tehtävänä on järjestää asumispalvelu sosiaalipalveluna henkilölle, joka erityisesti syystä tarvitsee apua asumisen järjestämisessä. Palvelu järjestetään kunnan tai muun tahon omistamassa kohteessa. Vanhusten palveluasuminen kohdennetaan asumistarpeessa olevien lisäksi niille, jotka tarvitsevat tukea itsenäisessä suoriutumisessa. Palvelut kuuluvat asumisen lisäksi palveluasumiseen. Tehostetussa palveluasumisessa hoitava henkilökunta on saatavilla ympäri vuorokauden. Kansaneläkelaitoksen määrittelyssä palveluasuminen kuuluu avohoidon yksiköihin, jolle on tunnusomaista vuokrasuhteessa oleminen ja asiakkaan vastaaminen saamistaan palveluista. Yksikön toiminnan ja annettavan hoidon tulee olla selkeästi erossa laitoshoidosta. Tehostetun palveluasumisen toimintatapana on luoda hyvää elämää ja tarjota yhteisöllisyyttä niille, jotka sairautensa vuoksi eivät tarvitse sairaalatasoista hoitoa. (Andersson 2007, 9–15.)

Tällä hetkellä Tampereen kaupunki ostaa kaikki tehostetun palveluasumisen palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta. Huhtikuussa 2010 Tampereella oli käytettävissä yhteensä noin 500 tehostetun palveluasumisen paikkaa. Vuoden 2010 loppuun mennessä käytettävissä olevia paikkoja ennakoidaan olevan yhteensä noin 700. Suuri osa paikoista pohjautuu puitesopimukseen, jonka suhteen kaupunki ei ole sitoutunut tiettyihin ostomääriin vaan ostaa palvelua asiakastarpeiden mukaisesti. Laatusuosituksen mukaan tehostet-

tua palveluasumista tulisi olla vuoteen 2012 mennessä noin 56 %:lle yli 75-vuotiaista. Nykyinen laatusuositus ja kaupungin väestösuunnite huomioiden tehostetun palveluasumisen paikkoja tulisi olla Tampereella vuonna 2012 noin 950 paikkaa ja vuonna 2020 noin 1 200 paikkaa. (Ikäihmisten palvelujen strategia 2009.)

Hyvä hoito edellyttää, että hoitavaa henkilökuntaa on riittävästi ikääntyneiden määrään ja hoidollisiin tarpeisiin nähden ja että hoitava henkilökunta on koulutettua ikääntyneiden ihmisten erityispiirteiden hoitoon. Henkilömitoituksia määriteltäessä tulisi ottaa huomioon asukkaan avuntarve, hoitoisuus- ja toimintakykymittausten tulokset sekä erityisosaamista edellyttävien asiakkaiden määrä, kuten dementoituneet. Hyvän hoidon näkökulmasta keskeistä on että, henkilökunta pystyy antamaan ikääntyneille hoitoa, joka perustuu yksilölliseen elämänhistorian tuntemukseen. Hoidolle asetetaan yksilölliset, selkeät, toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitämiseen tähtäävät tavoitteet ja että laatua arvioidaan jatkuvasti. Laatu edellyttää ajantasaista hoitosuunnitelmaa, johon on kirjattu asiakkaan tarpeet, voimavarat ja hoidon tavoitteet ja käytettävät auttamisen keinot. (Voutilainen 2002, 119–120; Bauer 2006, 51; Juva, Voutilainen, Huusko & Eloniemi-Sulkava, 2010, 524.)

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Ikäihmisten palvelu- ja laatusuosituksessa kehoitetaan että, dementiaoireisten ihmisten tarpeet on otettava palvelurakenteen kehittämisessä erityisesti huomioon. Tavoitteena ovat ikäihmisten toiveiden mukaiset kodinomaiset yksiköt ja että kaikkiin palveluihin on sisällytettävä mahdollisuus toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään hoitoon. Pitkäaikainen hoiva on järjestettävä joko kotona tai esim. tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Tavoitteena on myös luoda perinteisen vanhainkotihoiton ja terveyskeskusten vuodeosastoilla annettavan pitkäaikaisen laitoshoidon tilalle uusi hoivapalvelumuoto, jossa on tarjolla asiakkaiden tarpeidenmukaista kuntouttavaa pitkäaikaista hoivaa, jossa hoitohenkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden ja jossa lääkäripalveluita on joustavasti saatavilla. (STM 2008.)

Fyysisen esteettömyyden ohella pitkäaikaishoivan yksiköissä on panostettava siihen, että ympäristö on myös sosiaalisesti ja institutionaalisesti esteetön niin, että ikääntynyt ihminen toimintakyvyn rajoituksistaan huolimatta on ympäristössään täysivaltainen ihminen, jolla on oikeus itsemääräämiseen, yksityisyyteen ja osallisuuteen. Turvallisuus-

den edistäminen on tärkeä osa palveluasumisyksiköiden ja laitosten toimintaa. Vastuu turvallisuudesta on palvelun tuottajilla. (STM 2008, 41–42.)

Pitkäaikaista hoivaa tarvitsevalle ihmiselle oma huone on koti ja sen tulisi näkyä kodikkuutena, viihtyisyytenä ja mahdollisuutena omiin kalusteisiin. Yhden hengen huoneet tukevat laadukkaan pitkäaikaisen hoivan toteutusta turvaamalla asiakkaiden yksityisyyttä ja omaisten hoitoon osallistumista. Asukkaiden elämänlaadun ja yksityisyyden kunnoittamisen kannalta on tärkeää, että asukkaita ei hoideta ylipaikoilla tai käytävillä. Yhden hengen huoneet mahdollistavat myös inhimillisen saattohoidon järjestämisen. Osa ikääntyneistä kuitenkin tuntee olonsa turvallisemmaksi ja viihtyisämmäksi yhteisessä huoneessa toisen asukkaan kanssa, johon on myös turvattava mahdollisuus. (STM 2008, 41–42.)

Pitkäaikaishoivaa tarvitsevilla asukkailla on myös oltava mahdollisuus yhdessäoloon ja yhdessä tekemiseen. Kodinomaisessa ympäristössä arkea eletään ja arjen askareita tehdään yhdessä, jolloin yhteistilojen viihtyisyys ja turvallisuus ovat tärkeitä. Parvekkeet ja terassit on mitoitettava niin, että apuvälineitä käyttävät voivat liikkua tiloissa turvallisesti ja pääsevät itsenäisesti ulos ja että myös vuoteen siirtäminen parvekkeelle tai terasille on mahdollista. Asukkaiden mielenvireyden kannalta mahdollisuus ulkoiluun on tärkeää, ja tätä tuetaan yksiköiden piha- ja puutarhasuunnittelulla. Piha ja puutarha turvaavat mahdollisuuden luontokokemuksiin, joilla on elvyttävä vaikutus ihmisen hyvinvointiin. (STM 2008, 41–42.)

Uusiin pitkäaikaishoivan yksiköihin on suositeltavaa rakentaa pääasiassa vain riittävän tilavia yhden hengen huoneita, joissa on oma hygieniatila. Vanhoja tiloja peruskorjattaessa tavoitteena on yhden hengen huoneiden osuuden lisääminen. Viimeistään vuonna 2015 myös peruskorjausten yhteydessä tulisi rakentaa vain yhden hengen huoneita. Palveluasumisyksiköiden ja laitosten asuin- ja hoitoympäristöjen viihtyisyyttä ja kodikkuutta lisätään tavoitteena toimivat, asiakkaiden tarpeisiin vastaavat ja normaaliutta korostavat tilat. (STM 2008, 41–42.)

Dementiaoireisten ihmisten asumisyksiköitä rakennettaessa ja saneerattaessa otetaan huomioon heidän erityistarpeensa. Jos dementia-ryhmäkodin tai -yksikön asukkaiden määrä nousee yli 12–15 asukkaan, ryhmäkodin tilat on tarkoituksenmukaista jakaa pie-

nempiin melko itsenäisiin kokonaisuuksiin. Pieni ryhmäkoko luo asukkaille turvallisuuden ja ympäristön hallinnan tunnetta ja työntekijöille mahdollisuuden perehtyä asukkaiden yksilölliseen tilanteeseen ja jakaa työ hallittaviin kokonaisuuksiin. Tämä parantaa työhyvinvointia ja -turvallisuutta. Tilojen mitoituksen on oltava riittävä sekä tilojen joustavan ja muunneltavan käytön että henkilökunnan työturvallisuuden ja työssä jaksamisen kannalta. Sisustettaessa tärkeitä ovat erilaiset orientoitumista helpottavat vihjeet sekä hahmottamista helpottavat tekijät, kuten selkeät pintamateriaalit ja heijastuksia minimoiva valaistus. (STM 2008, 41–42.)

Koskikoti on vuonna 1983 valmistunut vanhainkoti, joka palvelurakennemuutoksen myötä ollaan muuttamassa tehostetun palveluasumisen käyttöön. Opinnäytetyömme kohteena oleva yksikkö on toiminut tehostetun palveluasumisen ryhmäkotina vuoden 2009 marraskuusta lähtien. Asumispäätös tehdään kaupungin SAS-kokouksessa, jonka jäsenet koostuvat koti- ja laitoshoidon ammattilaisista ja jonka tarkoituksena on selvittää ja arvioida vanhuksen toimintakyky kotona asumisen vaikeutuessa sekä tehdä esitys asumis- tai laitospaikan tarpeesta. Asumiseen voi hakea Kelan asumis- ja hoito- sekä toimeentulotukea. Koskikodissa asukkailla on oma huone ja wc-suihkutila. Yhteiset tilat mahdollistavat esteettömän liikkumisen ja viihtyisä ruokailu- ja olohuone tukevat asukkaiden ja hoitajien yhdessäoloa. Koskikotikeskus puolustaa oikeutta arvokkaaseen vanhuuteen, osallistumiseen ja yhteisöllisyyteen ja haluaa taata turvallisen ja yksilöllisen hoidon asukkailleen kodinomaisessa ympäristössä.

3.2 Muistisairaudet

Dementialla tarkoitetaan useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon heikentymistä aiempaan suoritustasoon nähden siinä määrin, että se heikentää itsenäistä selviytymistä jokapäiväisissä toiminnoissa, työssä ja sosiaalisissa suhteissa. Suomalaisista yli 65-vuotiaista noin 450 000 kärsii ajoittaisista muistihäiriöistä mutta vain joka kolmas muistitestissä huonosti menestyvä sairastaa jotain dementoivaa sairautta (Erkinjuntti 2010, 87). Dementoivat sairaudet liittyvät korkeaan ikään, vallitsevuus yli 85-vuotiaiden joukossa on 15-kertainen verrattuna 60-vuotiaiden ryhmään. Vuosittain sairastuu yli 13 000 yli 64-vuotiaista dementoivaan sairauteen. Vuonna 2005 keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavia oli Suomessa 85 000 ja lievää dementiaa sairastavia 35 000 henkilöä, työikäisiä heistä oli 7500. (Viramo & Sulkava 2006, 23–25). Sixsmith puolestaan kertoo, että esiintyvyys lisääntyy ikäännyttäessä sen ollessa noin 20% 80-85 -vuotiaiden joukossa. Tärkeätä on kuitenkin huomata, että dementia ei ole luonnollinen osa vanhenemista, vaan se on oma sairautensa. (Sixsmith, Hammond & Gibson 2008, 219.)

Dementiassa pitkäaikainen tai etenevä aivosairaus aiheuttaa muutoksia muistissa, ajattelussa, orientaatiossa, oppimisessa, kielellisissä kyvyissä ja arvostelukyvyyssä. Älyllisten toimintojen heikkenemiseen liittyy sosiaalisen käyttäytymisen ja tunne-elämän hallinnan heikkeneminen. Toimintakyky heikkenee vähitellen ja avuntarve kasvaa sairauden edetessä. Vähitellen ilmaantuu vaikeutta toiminnanohjauksessa, puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä, aistihavaintojen tunnistamisessa sekä liikesarjojen suorittamisessa ja työvälineiden käyttämisessä. (Heimonen 2005, 12–13; Soininen & Hänninen 2008, 107.)

Alzheimerin tauti on tavallisin muistisairaus ja sen osuus kaikista dementiaan sairastuvista on noin seitsemänkymmentä prosenttia. Aivoverenkiertoperäistä vaskulaarista dementiaa sairastaa 20-30%, Lewyn kappale-dementiaa 5-10% ja otsalohkodementiaa 2-8%. (Soininen & Hänninen 2008, 107.) Alzheimerin taudin vallitsevuus lisääntyy iän myötä. Myöhäisellä iällä alkava Alzheimerin tauti on monitekijäinen sairaus, jonka syntymiseen vaikuttavat monet geenien ja ympäristön säätelemät somaattiset tekijät. (Tienari, Polvikoski & Tanila 2010, 112,122.) Sixsmithin mukaan dementiaa käytetään kuvaavana terminä yli sadasta erilaisesta sairaudesta tai häiriöstä ja hän mainitsee Al-

zheimerin taudin olevan puolella kaikista dementiaa sairastavista (Sixsmith ym. 2008, 218).

Alzheimerin taudin varhaisessa vaiheessa todetaan heikkenemistä kielellisen muistin tehtävissä ja mieleen painamisen ja erityisesti mieleen palauttamisen vaikeudet lisääntyvät. Taudin varhaisvaiheessa muistin ja tiedonkäsittelyn muutoksia lukuun ottamatta muut neurologiset oireet ja löydökset ovat harvinaisia. Aivoissa vauriokohta sijoittuu sisemmän ohimolohkon seutuun ja hippokampusalueelle. Taudin lievässä muodossa muistin lisäksi muut kognition osa-alueet kuten toiminnanohjaus, kielellinen ilmaisu ja aloittekyky heikkenevät. Vieraassa ympäristössä liikkuminen vaikeutuu ja raha-asioiden hoitaminen hankaloituu. Sairastuneen päivittäinen ohjaus ja valvonta ovat tarpeen mutta kotona selviytyminen on mahdollista. (Käypä hoito suositus. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito 2010,13.)

Keskivaikeassa ja vaikeassa Alzheimerin taudissa ohimolohkon sisäosat ovat suurelta osin tuhoutuneet, joka näkyy toiminnanohjauksen ja omatoimisuuden heikentymisenä entisestään, arkielämässä selviytymisen vaikeutumisenä ja käyttäytymisen muutoksena. Yksinasuminen ei enää onnistu. Tähän vaiheeseen liittyy lisääntynyt apatia ja psykomotorinen levottomuus sekä hahmottamisvaikeudet ja harhaluuloisuus. Kävelyn hidastuminen, jähmeys ja ilmeettömyys ovat monilla esiintyviä ekstrapyramidaalioireita. Lisääntynyt epävarmuus ja pelko yksinjäamisestä johtavat läheiseen ihmiseen takertumiseen ja perässä kävelyyn. Osalla sairastuneista tulee esille primaariheijasteita, kuten tarttumisrefleksi, jolloin käsi tarraa kiinni johonkin kohteeseen ja otetta on vaikea irrottaa. Uni-valverytmin häviäminen aiheuttaa valvoskelua ja päivätorkkumista. Vaikeassa vaiheessa sairastunutta on ohjattava tai autettava konkreettisesti kaikissa perustoiminnoissa: pukeutumisessa, peseytymisessä, WC- toiminnoissa ja syömisessä. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 126–128.)

3.2.1 Muistisairaiden hoitotyö

Muistisairautta esiintyy kahdella kolmesta pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista. Muistisairaiden katsotaan olevan jo nyt suuri yksittäinen ryhmä, joka käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Tulevaisuudessa muistisairaiden määrän ennustetaan lisääntyvän suurten ikäluokkien ikääntymisen myötä. Muistisairauden edetessä sairaus vaikuttaa yksilön elämänlaatuun, toimintakykyyn, arkiselviytymiseen ja voimavaroihin haastavasti. Sairaus ei kosketa pelkästään dementoitunutta itseään, vaan myös hänen lähipiiriään. Muistisairaiden hoitotyön lähtökohtia ovat yksilöä kunnioittava ja empaattinen vuorovaikutus ja ihmisarvon säilyttävä kohtelu, asianmukainen lääkehoito ja toimintakyvyn tukeminen erilaisin menetelmin. (Dementiamailma 2006.)

Dementoituneen ihmisen hyvän hoidon lähtökohtia ovat dementoivan sairauden selvittäminen, muiden sairauksien huolellinen hoitaminen sekä läheisten ja ammattilaisten hyvin sujuva yhteistyö. Dementoitunut ihminen on sairauden oireiden lisääntyessä yhä enemmän haavoittuva ja riippuvainen muiden avusta. Terveydenhuollon henkilöstölle tämä on päivittäinen haaste ja myös yksi työn kuormittava tekijä. Hoidon toteuttamista voi haitata sairastuneen vaikeudet ymmärtää ja tuottaa puhetta, hahmotushäiriöt ja monet muut yksilölliset oireet. Haastetta hoitotyölle antavat vuorovaikutuksen ja yhteistyön vaikeus dementoituneen kanssa. Yhteistyön sujuvuutta lisää hoitavan osapuolen ymmärrys dementoivan sairauden vaikutuksista sairastuneeseen ja taito tukea ja käyttää hänen säilyneitä kykyjään. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 18–19.)

Ihmiselle, jolla on diagnosoitu dementoiva sairaus, sekä hänen perheelleen turvataan mahdollisuus ensitietoon ja tukeen, palvelutarpeen arviointiin, palveluohjaukseen ja palveluihin sairausprosessin kaikissa vaiheissa. Tämä mahdollistuu vahvistamalla kumppanuutta palvelujen tuottamisessa. (STM 2008, 28–29.)

Laadukkaassa hoitotyössä tieto dementiaan sairastuneen persoonasta ja elämäntilasta ovat tärkeitä. Läheisten roolin merkittävyys näkyy tietojen antamisessa ja hoidon laadun arvioimisessa. Läheiset pitävät tärkeänä hyvää hoitoa, joka on toimintakykyä tukevaa. Hoitohenkilöstön tulisi tunnistaa läheisenä elämisen haasteet ja pystyä arvioimaan lä-

heisten yksilöllisiä voimavaroja sekä tiedon ja tuen tarpeita. Onnistunut yhteistyö läheisten kanssa hyödyttää kaikkia hoidon osapuolia. (Koivula & Heimonen 2006, 4–6.)

Dementiaoireisen elämänlaatuun vaikuttaa suuresti hänestä huolehtivien ihmisten asenteet dementoituneita ihmisiä ja dementoivia sairauksia kohtaan. Vuorovaikutus- ja toimintatavat sekä päivittäisen elämän viihtyisyyttä luovat asiat koostuvat pienistä tekijöistä, joiden ylläpitämisessä ja muuttamisessa ovat mukana kaikki dementiaoireista ihmisestä eri tavoin huolehtivat tahot. Dementoivasta sairaudesta huolimatta ihmisellä säilyy tarve ja oikeus tulla kohdatuksi ihmisenä ihmisten joukossa. (Topo ym. 2007,121.)

Jokaisella ihmisellä on oma yksilöllinen elämänsä ja eletyn elämän aikana ikääntyneelle on muodostunut näkemys niistä tekijöistä, jotka edistävät hänen hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan. Hyvä hoito perustuu ikäihmisten yksilöllisten elämänsä tuntemiseen. Ulla Eloniemi - Sulkava (2002) kirjoittaa kirjassa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu, että dementoituneen ihmisen kohtaamista helpottaa hänen tilanteensa ymmärtäminen, joka perustuu tietoon sairaudesta ja sen vaikutuksista toimintakykyyn. Yhdessä voidaan muistella elämää tai puhua joulunvietosta tai vaikkapa lavatansseista. Dementoitunut ihminen sanoittaa nykytunteitaan ja – toiveitaan niillä asioilla, jotka ovat vielä muistissa. Ihmisen tunnemuistiin ovat jääneet jotkut merkittävät, tunnelautuneet asiat menneisyydestä. (Eloniemi-Sulkava 2002, 26.)

Dementian edetessä ihmisen käyttäytyminen enenevässä määrin heijastaa hänen kokemiaan tunteita. Hän myös herkistyy aistimaan tunteita, kun järkevä ja realiteetteihin pohjaava maailma ei ole elämää hallitseva. Dementoituneen tunteen kuuleminen ja hyväksyminen luo turvallisuutta. Keskinäistä arvostusta, normaaliutta ja ihmisestä välittämistä viestivä hoitokulttuuri antaa myös dementoituneelle ihmiselle turvallisuutta ja onnistumisen kokemuksia.(Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002, 26–28.)

Kirjassa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu Ulla Eloniemi - Sulkava mainitsee myös seuraavia asioita, joita dementoituneen ihmisen kohtaamisessa on huomioitava. Kiireetön ja rauhallinen toiminta kyseiseen ihmiseen ja hetkeen keskittyen, ”olen hyvää tarkoittava ihminen” -viestin antaminen dementoituneelle, välittäminen ja huolenpito, vakuuttava normaali, rooliton, aito ja rehellinen toiminta. Tilan antaminen ja dementoituneen kömmähdysten sivuuttaminen sekä asiakkaan positiivisten ominaisuuksien näkeminen

ja niihin keskittyminen sekä luonteva palautteen antaminen ovat kohtaamisessa keskeisiä seikkoja. (Eloniemi-Sulkava 2002, 29.)

Keskeistä dementoituneen hoidossa on vahvistaa käytösoireisen dementoituneen hyvinvointia ja tunnistaa taustalla vaikuttavat tekijät. Käytösoireita ovat esimerkiksi levottomuus, fyysinen aggressiivisuus, toisto-oireet ja huutelu. Psykologisia oireita ovat esimerkiksi masennus, ahdistuneisuus ja virhetulkinnat. Käytösoireiden hoidossa tärkeäksi nousee moniammatillisen työryhmän yhteistyö. Dementoituneen hoitoympäristö tulee muovata turvalliseksi, selkeäksi, valoisaksi, ilmapiiriltään lämpimäksi ja hyväksyväksi, ratkaisuiltaan tutuksi ja muistuttamaan tavallisen elämän ympäristöä. Erilaiset toiminnalliset tuokiot, kuten muistelu, liikunta, ulkoilu, arkiaskareet ja taideryhmät kuuluvat dementoituneiden hoitoon. Dementoituneiden ihmisten käytösoireiden hoidossa on hyvä muistaa omaisten neuvonta, ohjaus ja tukeminen sekä henkilöstön koulutus ja jaksamisen tukeminen. (Eloniemi 2002, 166–167.)

Potilaan oikeutta hyvään hoitoon ja kohteluun on tutkittu myös dementoituneiden potilaiden omaisten näkökulmasta Teerin, Välimäen ja Katajiston (1998) toimesta. Omaisten mielestä oikeus hyvään hoitoon ja kohteluun toteutuu melko hyvin. Dementoituneet saavat hoitoa omalla äidinkielellään ja heitä kohdellaan tasapuolisesti muiden potilaiden kanssa. Hyvä hoito edellyttää tasa-arvoista suhtautumista kaikkiin ikääntyneisiin potilaisiin ja ikääntyneiden tarpeiden ja toiveiden tasapuolista huomioimista. Dementoituneiden potilaiden omaisten mielestä heiltä ei ole tiedusteltu potilaan elämäntapoja ja tottumuksia. Osa omaisista oli sitä mieltä, että heitä ei ole kannustettu osallistumaan läheisensä hoitoon. (Teeri, Välimäki, & Katajisto 1998 216–226.)

3.2.2 Läheisten ja henkilökunnan yhteistyö muistisairaana vanhuksen tullessa ryhmäkohtiin

Koskikodissa aiemmin tehdyssä ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijoiden työelämäprojektin raportissa nousi esille erityisesti omaisten suuntaan tapahtuvan yhteistyön ja vuorovaikutuksen kehittäminen; uuden asukkaan omaisyhteistyön käynnistäminen ja hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa tehtävä yhteistyö omaisten kanssa. Myös

omahoitajuuden ja yksilövastuisen hoitotyön kehittäminen koettiin tärkeimmiksi kehittämisen kohteiksi ryhmäkodissa omaisyhteistyön ohella. (Lappalainen, Lindberg, Perämäki, Siidorov & von Bagh 2010.)

Asiakaslähtöisestä hoitotyöstä puhuttaessa tarkoitetaan hoitotyötä, jonka lähtökohtina ovat asiakkaan tai potilaan toiveet ja odotukset sekä mahdollisuus osallistua omaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Asiakas tai potilas tuo hoitoon mukaan aina oman persoonansa. Asiakaslähtöisen ajattelu- ja toimintatavan mukaan hoitotyössä vastataan asiakkaan tai potilaan ja hänen omaistensa tarpeisiin heidän omasta näkökulmastaan. Hoitotyössä asiakaslähtöisyys voidaan nähdä vuorovaikutussuhteena, jossa vallitsee keskinäinen kunnioitus ja luottamus. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 68–70.)

Voutilainen (2004) viittaa kirjassa Hoitotyön laatu ikääntyneiden hoito pitkäaikaisessa laitoshoidossa, 1990- luvulla ja sen jälkeen tehtyihin tutkimuksiin, joissa on tuotu esiin asiakasnäkökulma hoidon laadun arvioinnissa. Näissä tutkimuksissa asukkaan mielipide hoidon laadusta on saatu joko häneltä itseltään tai hänen läheisensä välityksellä. Asiakkaiden ilmaisemia laadun ominaisuuksia näissä tutkimuksissa olivat yksilöllisyys, ammattitaitoinen henkilökunta, sosiaalinen vuorovaikutus muiden asiakkaiden kanssa, viriketoiminta, henkilökunnan osoittama välittäminen, vastavuoroisuus henkilökunnan kanssa ja oma tai läheisen osallistuminen hoitoa koskevaan päätöksentekoon sekä henkilökunnan tuki yhteydenpidossa läheisiin että hoitoyksikön kodinomaisuus. Yksilöllisyydellä tarkoitettiin avun saamista esimerkiksi ruokailuun, wc- käynteihin tai peseytymiseen asiakkaan tarpeiden pohjalta. (Voutilainen 2004, 31–32.)

Ympäri vuorokautista pitkäaikaishoitoa tarjoavissa palvelutaloissa vanhuslähtöisen hoidon tavoitteena on hyvän elämänlaadun turvaaminen, johon sisältyy itsenäisten valintojen tekemisen mahdollisuus, turvallisuus ja kärsimystä aiheuttavien oireiden poistaminen. Asukkaiden hyvinvoinnin tukeminen edellyttää hoitotyöntekijöiltä vuorovaikutustaitoja ja kykyä tavalliseen kanssakäymiseen sekä ammattitaitoa huomioida vanhuksen läheiset hoitoon osallistumisessa. Läheiset ovat yleensä asukkaan yksilöllisen hoidon asiantuntijoita. (Sormunen & Topo 2008, 126–130.)

Piirosen, Lyytisen ja Routasalon (2005) tutkimuksen tulosten mukaan hyvän hoidon ja palvelun edellytyksiä olivat palvelut, henkilökunta, turvallisuus, yhteiset tilat, vastavuo-

roisuus ja palvelujen hinta. Asukkaat kokivat elämänsä turvalliseksi ja arvostivat sitä, että henkilökunta arvioi heidän vointinsa päivittäin. Huonona asukkaat kokivat hoitajien kiireen vaikka olivat toisaalta sitä mieltä, että hoitajat huomioivat asukkaan tarpeet hyvin kiireestä huolimatta. Henkilökunta sai kiitosta iloisuudesta, ystävällisyydestä ja kärsivällisyydestä. Asukkaat arvostivat hoitajien ammattitaitoa, osaamista ja kutsumusta työhön. Vanhuksen elämänhistorian tunteminen edisti vanhuksen yksilöllistä hoitoa ja lisäsi vanhuksen tyytyväisyyttä. (Piironen, Lyytinen & Routasalo 2005, 62–72.)

Vanhustenhuollossa sosiaalipalvelujen asiakas on palvelun kohteena oleva henkilö, joka saa hyödyn käyttämästään palvelusta ja maksaa siitä. Sosiaalipalvelujen laadun keskeinen määrittelijä on palveluja käyttävä asiakas, mutta asiakkaan vaikea elämäntilanne saattaa alentaa hänen kykyään tehdä suunnitelmia ja sopimuksia, kuten nykyaikaisessa asiakaslähtöisessä toiminnassa edellytetään. Palvelutarpeet pitäisi ottaa huomioon, kun palvelujen laadusta sovitaan. Palvelujen käyttäjiin voidaan sisällyttää myös omaiset, joskin heillä saattaa olla joskus hyvinkin erilaiset vaatimukset palvelun laadulle kuin esimerkiksi palveluja käyttävällä vanhuksella. (Holma 1999, 31.)

Hyvän hoidon perustana ovat vanhuksen oikeudet, jotka ohjaavat hoidon ja palvelun toiminta-ajatuksen määrittelyä. Hyvän hoidon ja palvelun turvaamiseksi on tiedettävä, minkälaista hoitoa vanhukset pitävät tavoittelemisen arvoisena ja hyvänä. (Voutilainen, Vaarama & Peiponen 2002, 38–41). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sekä laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista määrittelevät henkilön oikeudet hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä sosiaalihuoltoon. Laki määrittelee myös, jos henkilö ei pysty päättämään hoidostaan on ennen hoitopäätöksen tekemistä kuultava hänen laillista edustajaa, lähiomaista tai läheistään, jotta saadaan selville asiakkaan tahto. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 1.luku 3§,4§,6§; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812 2.luku 4§,8§,9§.)

Vanhuksen läheisten ja hoitohenkilöstön yhteistyön edellytyksenä on hoitohenkilöstön tutustuminen vanhuksen perheeseen ja sen vaiheisiin. Vanhuksen läheisten aktiivisuus ja perehtyminen vanhuksen sairauksiin ja niiden hoitoon sekä realismi hoidon tavoitteissa lisäävät hoitohenkilöstön ja vanhuksen hyvän yhteistyön mahdollisuuksia ja vähentävät mahdollisia ristiriitoja. Läheisten roolit ja tehtävät hoidossa saattavat olla epäselviä sekä läheiselle että hoitohenkilöstölle. Hoitotyöntekijöiden tulisi huomioida lä-

heisten yksilöllisyys ja heidän elämäntilanteensa, jotta yhteistyö onnistuisi. (Whitaker 2009, 165; Kivelä & Vaapio 2011, 152–153.)

Yhteistyö syntyy henkilökunnan ja vanhuksen läheisen kohtaamisen aikana ja siten siihen vaikuttaa esimerkiksi hoitohenkilökunnan vaihtuvuus, vanhuksen ryhmäkodissa asuma aika ja se kuinka usein vanhuksen läheinen käy omaistaan katsomassa tai on muuten yhteydessä henkilökuntaan. Yhteistyö muodostuu hoitavan henkilön taidoista vastata hoidettavan ja hänen läheistensä tarpeisiin. Yhteistyö on yhteistä toimintaa ja konkreettista yhdessä tekemistä. Yhteistyö hoitavan henkilön ja hoidettavan läheisen välillä edellyttää siihen osallistuvilta aikaa ja kärsivällisyyttä sekä itseluottamusta ja pätevyyttä. Tärkeintä yhteistyössä on luottamus, jota organisaatio voi osaltaan tukea. Yhteistyötä edistävät hyvät vuorovaikutustaidot, yhteinen päämäärä, tasavertaisuus ja keskinäinen kunnioitus. (Potinkara, 2004, 26–27; Lehtonen 2005, 6–9.)

Perheenjäsenen rooli voi olla epäselvä niin hoitajille kuin perheenjäsenillekin. Hoitajien suhde perheeseen jää usein pinnalliseksi, muodolliseksi ja väkinäiseksi johtuen epätie-toisuudesta valta- ja vastuukysymyksissä. Perheenjäsenten ja hoitajien välistä yhteistyötä verottaa kiire ja vuorotyö. Hoitajat saattavat kokea omaisiin keskittymisen vievän aikaa vanhuksen hoitamiselta tai arvelevat työtoverien ja johtohenkilöiden väheksyvän perheen kanssa tehtävää yhteistyötä. Hoitajilla ja perheenjäsenillä voi olla myös eri käsitys siitä, kuka on hoidossa olevan vanhuksen hoidon asiantuntija. Perheenjäsenet kaipaavat vaihtoehtoja siitä miten he voisivat osallistua enemmän vanhuksen hoitoon. Hoitohenkilökunnan tulisi havahtua pohtimaan, miten vanhusperheen toiveet ja odotukset ovat hoidossa lähtökohtina ja miten yhteistyö perheenjäsenten kanssa toteutuu. (Friedemann, Montgomery, Maibegger & Smith 1997, 532; Salin & Åstedt-Kurki 2008, 174–176.)

Mustajoen, Routasalon, Salanterän ja Aution (2001) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä vanhainkodissa asuvat vanhukset, heidän omaisensa ja vanhainkodin henkilökunta ymmärtävät hyvällä hoidolla. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluna (N=30). Kerätty aineisto analysoitiin sisällön analyysillä. Tutkimustulosten mukaan vanhusten, omaisten ja hoitohenkilökunnan mielestä tulee ottaa huomioon omaiset vanhusten hoidossa. Hoitohenkilökunnan tehtävänä on tiedon välittäminen vanhuksen ja hänen läheistensä välillä. Hyvään hoitoon sisältyy hyvä tiedon kulku ja siihen tarvitaan hoitohenki-

lökunnalta saumatonta yhteistyötä, sekä pitää olla sovittuna miten tiedotetaan ja kuka vastaa tiedottamisesta. Henkilökunnan tulisi tukea enemmän omaisia osallistumaan hoitoon. Omaisten osallistuminen hoitoon lisää vanhusten elämänlaatua. Jokaisella omaisella on erilainen tiedon tarve ja se tulee huomioida hoitotyössä. Kuitenkin omaisille pitäisi antaa myös mahdollisuus kieltäytyä hoitoon osallistumisesta. (Mustajoki, Routasalo, Salanterä & Autio 2001, 93.)

Hoitohenkilökunnan mielestä vanhuksen läheiset ovat voimavara ja suureksi avuksi vanhuksen sosiaaliselle hyvinvoinnille seurapidon ja viihdyttämisen alueella. Läheisen osallistumiseen vanhuksen varsinaiseen hoitotyöhön hoitohenkilökunta suhtautuu varuksellisesti, koska heillä on vastuu hoidon turvallisuudesta ja hoidon kokonaisuudesta. Hoitajat voivat kokea vanhuksen läheiset vaativina, haasteellisina omille vuorovaikutustaidoilleen ja aikaa vievinä, huolimatta heitä kohtaan tuntemistaan positiivisista tunteista. Äärimmilleen vietyinä hoitajat saattavat jopa välttää erityisen kriittisesti vanhuksen hoitoon suhtautuvia läheisiä tai siirtää heidän kohtaamisen lääkärille tai muulle asiantuntijalle. (Herzberg, Ekman & Axelsson 2003, 435–437.)

Lehtonen (2005) tutki yhteistyön toteutumista vanhainkodin henkilöstön ja vanhuksen omaisten välillä. Hän tutki kyselyllä (N=192), miten yhteistyötä voisi edistää. Tutkimustulosten mukaan omaiset toivoivat enemmän tietoa asukkaan terveyden tilasta ja arjen sujumisesta, hoitokäytännöistä sekä hoitolinjojen perusteluista sekä henkilökunnan taholta aloitteellisempaa, aktiivisempaa, henkilökunnasta lähtöisin olevaa kommunikointia. Henkilökunnan haluttiin ottavan yhteyttä erityisesti silloin, jos asukaan voinnissa ilmenee muutoksia. Omaiset toivoivat henkilökunnalta yhteistyössä avoimuutta ja rehellisyyttä, sekä tukea ja ohjausta. Yhteisiä neuvotteluja hoitohenkilökunnan ja lääkärin kanssa toivottiin sekä myös muiden hoitoon osallistuvien tahojen kanssa. Vanhainkotiin toivottiin enemmän henkilökuntaresursseja, jotta hoidon laatu paranisi. Omaiset toivoivat, että henkilökunnalta jäisi myös omaisille enemmän aikaa. Hoitajien vaihtuvuuden minimointiin omaiset esittivät toiveita sekä siihen että hoitajilla olisi enemmän aikaa asukkaille. Myös kuntoutusta ja asukkaan aktivoimista toivottiin enemmän. (Lehtonen 2005, 63–64.)

Perälä ja Räikkönen (2000) kuvaavat pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten omaisille suunnatussa kyselytutkimuksessaan hoidon laatua avun saamisen ja yhteistyön näkö-

kulmasta. Tutkimukseen osallistui Stakesin toimipaikkarekisteristä valitut 240 julkisen ja yksityisen puolen palvelutaltoa, vanhainkotiä ja terveyskeskusta. Kyselyyn vastasi 2441 hoidettavan omaista. Puolet omaisista arvioi vanhuksen avun saamisen eri hoidon tarpeisiin riittäväksi. Fyysisen avun tarve täyttyi paremmin kuin psykososiaalisen avun tarve, jossa parantamisen varaa olisi ollut virkistäytymisen, harrastamisen ja muistelemisen alueilla. Hoidotta jääminen näkyi vanhuksen jättämisenä yksin liian pitkäksi aikaa, tarpeettoman pitkänä vaipanvaihtovälinä sekä avunpyyntöjen huomioimattomuutena. Omaiset pitivät yhteistyön sujumista henkilöstön kanssa hyvänä. Omaiset toivoivat pääsevänsä mukaan hoidon suunnitteluun ja läheisensä yksilöllisten tapojen ja tottumusten parempaa huomioimista hoidossa. Tulosten mukaan parhaat edellytykset vanhuksen yksilöllisistä tarpeista lähtevälle hoidolle ovat olemassa, kun laitokset ovat pieniä, henkilöstörakenne – ja määrä on tarkoituksenmukainen vanhusten hoidon tarpeeseen nähden ja kun toiminta on vanhuslähtöistä ja omahoitajakäytäntöä toteutetaan. (Perälä & Räikkönen 2000, 89–100.)

Mäkisalo-Ropposen (2008) haastattelemat omaiset terveyskeskuksen pitkäaikaishoidon osastolla toivoivat hoitotyöntekijöiltä välittämistä. Potilaista suurin osa sairasti dementoivaa sairautta ja pitkäaikaishoitopäätöksen tuleminen ajankohtaiseksi oli usein potilaan läheiselle vaihtelevien tunnetilojen kanssa elämistä. He tarvitsevat hoitotyöntekijöiden emotionaalista, tiedollista ja käytännöllistä tukea sekä kuulijaa ja kuuntelijaa. Eräs haastatelluista omaisista toivoi, että osaston ovi olisi omaiselle kevyt avata. Omaisen oppiessa luottamaan hoitotyöntekijöihin, hän rohkaistuu läheisensä elämäntarinan kertomiseen ja auttaa siten hoitotyöntekijöitä laadukkaasti hoitotyön toteutuksessa. Omaiset toivat esille toiveen, että hoitajat tarjoaisivat heille mahdollisuuden osallistua ja olla mukana toiminnassa, mutta ettei ketään painostettaisi toimintaan mukaan. (Mäkisalo-Ropponen 2008, 16–18.)

Nuutinen ja Raatikainen (2005) tutkivat vanhainkoti - ja terveyskeskuksen vuodeosasto-oloissa omaisten osallistumista vanhuksen hoitoon sekä omaisten osallistumiseen saamaa tukea. Omaisista naisia oli suurin osa ja heistä useimmat olivat hoidettavien vanhusten lapsia. Terveyskeskuksen vuodeosastolla omaisen oli useammin puoliso kuin vanhainkodin puolella. Tutkimustulosten mukaan viidesosalla omaisista oli paljon aikaa vanhuksen auttamiseen arkipäivän toiminnoissa, kolmasosalla oli tietoa ja voimia auttamiseen, neljäsosalla oli taitoa auttamiseen ja yli puolella omaisista oli halua vanhuk-

sen auttamiseen. Omaisista hieman yli puolet koki saaneensa tukea henkilökunnalta vanhuksen päivittäiseen hoitoon osallistumiseen, neljännes oli saanut tukea jonkin verran ja viidesosa oli saanut paljon tukea hoitajilta. Mitä enemmän omainen tunsu saavansa tukea ja tietoa henkilökunnalta, sitä useammin hän osallistui vanhuksen fyysiseen, sosiaaliseen ja henkiseen auttamiseen. Hoitohenkilökunnalla on merkittävä rooli omaisten voimavarojen vahvistamisessa ja osallistumisen lisäämisessä tukea antamalla. (Nuutinen & Raatikainen 2005, 131–143.)

3.3. Vanhuksen perhe

Vanhuksen läheisiä määriteltäessä lähtökohtana voi olla perheen perinteinen määrittely, jonka mukaan perhe koostuu äidin, isän ja lasten muodostamasta yksiköstä. Perheenjäsenet voivat perheen sisällä kuulua eri osaryhmittymiin, joiden perustana ovat perheen erilaiset toiminnat, sukupuoli tai sukupolvi. Perheenjäsen toimii eri rooleissa ollessaan eri osaryhmittymässä. Perheenjäsenet kokevat yhteenkuuluvuutta ja vastuuta toisistaan eri tavalla kuin muita ihmisiä kohtaan. Lapset esimerkiksi pyrkivät huolehtimaan ikään-tyneistä vanhemmistaan riippumatta siitä saivatko he lapsina hyvää vai huonoa kohtelua heiltä. Perhe sosiaalistaa jäsenensä tiettyyn elämäntapaan ja ajatusmalleihin. Hoitotyössä perhekeskeisyydellä tarkoitetaan perheen ottamista mukaan koko hoitoprosessiin ja päätöksentekoon. (Paunonen & Vehviläinen–Julkunen 1999, 14–18.)

Vanhuksen perheen nykytilan ja historian ymmärtäminen on tärkeää, jotta häntä voidaan hoitaa hyvin. Vanhuksen perheen ja läheisten määrittely hänen omasta näkökulmastaan käsin on tärkeää, koska perhe merkitsee eri ihmisille eri asioita ja se, millaiset suhteet vanhuksella on tai on ollut lähi-ihmisiin, vaikuttaa myös siihen millainen hän on asiakkaana tai hoidettavana. Vanhuksen läheinen ei välttämättä ole hänen oma puoliso, lapsi tai sukulainen, vaan hän voi olla ystävä, naapuri tai muu tuttava. Perheenjäsenten merkitys vanhuksen emotionaalisenä ja psykososiaalisena tukijana on tunnistettu hoitotyön tutkimuksissa. (Salin & Åstedt-Kurki 2008, 173.)

Nykyään ydinperhekeskeisyys on etäännyttänyt isovanhempia omasta perheyhteisöstään yhteiskunnallisten rakennemuutosten seurauksena. Viimeaikoina rakennetut erilliset

vanhustentalot ja palveluasunnot ovat aiheuttaneet sukupolvien fyysistä etääntymistä ja yhteydenpidon vaikeutumista. Suomalaisessa yhteiskunnassa harvemmin enää tavataan niin sanottua ydinperhettä, jossa isovanhemmat, vanhemmat ja lapsenlapset elävät samassa taloudessa. (Lipponen 2004, 24.)

Iäkkäät ihmiset elävät yleensä mieluiten itsenäisesti, mutta toisaalta haluavat jälkeläistensä ja sukulaistensa asuvan lähellä. Iäkkäät henkilöt haluavat olla aktiivisessa vuorovaikutuksessa perheenjäseniin ja toisaalta taas rauhoittua oman kodin rauhassa. Vanhukset odottavat saavansa apua lähellä olevilta omaisilta. Ikääntyvillä on yleensä hyvin perinteinen käsitys perheestä ja työnjaosta sen sisällä. Keski-ian jälkeen perheet alkavat hajota, kun puolisoista toinen kuolee ja useimmiten yksin jäävä leski on nainen. (Kilpeläinen, Leppänen & Virtanen 2004, 65.)

Perhehoitotyössä korostetaan koko perheen eikä vain hoidossa olevan perheenjäsenen huomioimista. Perheen merkitys jäsenilleen on tärkeä ja merkityksellinen. Perhe on kokonaisuus, jossa jokaisen yksilön toiminta vaikuttaa toisiin perheenjäseniin. Perhekeskeisyyden tulisi olla hyvän hoidon perusta, mutta usein se jää periaatteen tasolle eikä näy hoitotyössä. Perhekeskeisyys kuuluisi kaikkeen hyvään hoitotyöhön ja sen tulisi olla hoidon kehittämisessä keskeisessä asemassa. (Alinen & Åstedt- Kurki 2001, 198.)

3.3.1 Vanhuksen hyvinvointi

Hyvinvointia voidaan määritellä Aaron Antonovskyn salutogeenisen teorian mukaan. Antonovskyn salutogeenisessä teoriassa terveys kehittyy ihmisen omista ja ympäristön voimavaroista, joita he ovat oppineet käyttämään hyväkseen. Ihmisten optimistinen suhtautuminen elämään on ratkaiseva tekijä. Tätä kykyä Antonovsky nimitti koherenssin tunteeksi (sense of coherence = SOC). (Lindström & Eriksson 2010, 33–34.)

Lindström ja Eriksson esittävät teoksessa Terveiden edistäminen- teorioista toimintaan laajan kansainvälisen tutkimuksen, missä tutkittiin Antonovskyn koherenssin tunne - käsitteen laajuutta ja suhdetta terveyteen. Systemaattinen katsaus sisälsi 458 tieteellistä julkaisua ja 13 väitöskirjaa. Tulosten mukaan SOC liittyy vahvasti terveydentilaan, eri-

tyisesti mielenterveyteen. Vahva SOC voidaan yhdistää hyvään terveydentilaan ja se ennustaa terveyttä, muttei yksin selitä yleistä terveyttä. Koherenssin tunne, SOC eli optimistinen suhtautuminen elämään, näyttää olevan terveyttä edistävä voimavara, joka vahvistaa sietokykyä ja edistää myönteisiä kokemuksia terveydentilasta. Yksilöt, joilla on voimakas koherenssin tunne, pystyvät pitämään tunteen yllä läpi koko elämän, kun taas yksilöllä, jolla koherenssin tunne on heikko, on vaikeuksia tunteen vahvistamisessa elämänsä aikana. Koherenssin tunne vaikuttaa myönteisesti myös ikääntymiseen.

(Lindström & Eriksson 2010, 41–43.)

Kirjassa *Terveyden edistäminen* Lindström ja Eriksson kirjoittavat, että tutkimus 60-vuotiaiden saksalaisten keskuudessa osoitti, että vahva koherenssin tunne vaikutti myönteisesti sekä koettuihin ikään liittyviin muutoksiin kuin hyvinvointiin. Tunteella oli erittäin suuri selitysarvo hyvinvoinnin muutoksilla. Voimakas koherenssin tunne terveysvoimavarana liittyy hyvään elämänlaatuun. Salutogeneesi eli ihmisten voimavarojen esille nostaminen on enemmän kuin pelkkää koherenssin tunteen mittaamista. Salutogeneesi sateenvarjokäsitteeseen kuuluu muun muassa käsitteet voimaantuminen (empowerment), elämänlaatu, yhteenkuuluvuus (connectedness) ja omaksutut voimavarat (learned resourcefulness). (Lindström & Eriksson 2010, 43–47.)

Sosiaaligerontologisessa tutkimuksessa on ollut tavoitteena löytää jokaiselle vanhukselle yksilöllinen aktiivisuuden taso ja muoto, joka takaa hyvän vanhuuden. Gerontologisessa tutkimuksessa puhutaan tavallisesti fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta aktiivisuudesta. Tavoitteena on osoittaa, kuinka aktiivisuus edistää terveyttä ja elämäntyytyväisyyttä, mikä puolestaan parantaa elämän laatua. (Lipponen 2004, 24.)

Allardt (1976) mukaan hyvinvoinnin asteet määräytyvät tarpeentyydytyksen asteesta, joita ovat elintaso (having), yhteisyystarpeet (loving) ja itsensä toteuttamisen muodot (being). Hyvinvointi on tila, jossa ihmisellä on mahdollisuus saada keskeiset tarpeet tyydytetyksi. Sosiaalisen ja itsensä toteuttamisen tarpeiden tyydytys määrittyy inhimillisten suhteiden laadun perusteella. (Allardt 1976, 32–33.) Elämänlaadun sisältö on kuitenkin jokaiselle yksilölle erilainen, koska yksilön oma käsitys elämänlaadusta voi vaihdella ajallisesti ja elämäntilanteiden mukaan. Siinä vaiheessa, kun vanhus joutuu toisten auttajien ja turvaverkkojen varaan, hänen elämänlaatunsa on hyvin riippuvainen

auttajien ja turvaverkkojen ammattitaidoista, arvoista ja asenteista. (Paasonen 2004, 46–47.)

Räsänen (2011) tutkimuksen mukaan vanhuksen hyvän elämänlaadun takana pitkäaikaishoidossa on hyvä ja sujuva arki, johon kuuluvat mielekkäät ihmissuhteet, niin omien läheisten kuin muiden asukkaiden ja hoitajien kanssa. Hoitajien läsnäolo ja vuorovaikutustaidot sekä hoitajien antaman ajan riittävyys vaikuttavat vanhuksen koettuun elämänlaatuun. Vanhuksen aiemman elämäntyylin huomioiminen ja se, että hän saa edelleen tehdä itselleen merkityksellisiä asioita edistävät hänen hyvinvointiaan. (Harmer & Orrell 2008, 548–558; Räsänen 2011, 125–126.)

Saarelainen (2002) tutki palvelukeskuksen tehostetun palveluasumisen yksikön (18 henkilöä) ja vanhainkodin (3henkilöä) asukkaiden elämänlaatua ja sen eri alueiden toteutumista ja tärkeyttä vanhuksen näkökulmasta Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-haastattelumenetelmää käyttäen. Hyvä hoito elämänlaadun alueena hoitotyössä tarkoitti tässä tutkimuksessa vanhuksien arvostamista, yksilöllisyyden huomioimista ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Hyvän hoidon alueella korostui hoitajien ammatillinen osaaminen, hyvä huolenpito ja turvallinen hoitoympäristö. Yleisimmäksi elämänlaadun alueeksi vanhukset mainitsivat ajanviettomahdollisuudet ja harrastukset ja seuraavana alueena sosiaalisen ympäristön, jossa tärkeää oli yhteydenpito omaisten ja läheisten kanssa. Terveys on tämän tutkimuksen mukaan neljänneksi tärkeintä elämänlaadussa ja se yhdistettiin toimintakykyyn, liikuntakykyyn ja sairauden puuttumiseen. Yksityisyys merkitsi vanhuksille itsenäisyyttä, omaa rauhaa ja vapautta. (Saarelainen 2002, 44–46.)

Pitkäaikaishoidossa olevat vanhukset ovat Saarelaisen (2002) mukaan yleensä melko huonokuntoisia ja lähes täysin riippuvaisia saamastaan hoidosta ja palveluista. Tutkimustulosten mukaan läheisten merkitys pitkäaikaishoidossa oleville vanhuksille on suuri (Mustajoki ym. 2001, 93; Saarelainen 2002, 53–56). Hoitohenkilökunta voi toimivalla vuorovaikutussuhteella vanhuksen läheisiin edesauttaa vanhusten hyvän elämänlaadun tavoitteen toteutumista. Läheiset tulisi nähdä yhteistyökumppaneina ja huomioida heidän halukkuutensa ja resurssinsa vanhusten hoidossa. Hyvät ihmissuhteet luovat tunnetta välittämisestä ja estävät vanhusta kokemasta yksinäisyyttä ja turvattomuutta. (Saarelainen 2002, 53–56.)

Elämänlaatuun vaikuttaa ikääntyvän asukkaan tyytymättömyys terveydentilan muutoksiin, hoidon vaikutuksiin, kuntoutukseen sekä mielekkääseen ajanvietteeseen. Läheisten puolelta tyytymättömyyttä koettiin kontakteissa henkilökuntaan, hoidon vaikutuksiin, henkilökunnan antamaan kuntoutukseen, ja henkilökunnan järjestämän mielekkään ajanvietteen antamiseen heidän iäkkäille sukulaisilleen. (Berglund 2007, 46–51.)

Muistihäiriöisten vanhusten hoidon laadun arvioinnin menetelmissä psykososiaalinen hyvinvointi on ollut tärkeä hoidon laadun mittari. Mitä pidemmälle muistisairaus on edennyt ja mitä riippuvaisempi vanhus on muiden antamasta hoidosta, hoivasta, avusta ja tuesta, sitä lähempänä hoidon laatu ja vanhuksen elämänlaatu ovat käytännössä toisiinsa. Muistisairaana vanhuksen elämänlaatua arvioitaessa on välttämätöntä hankkia tietoa hänen toimintakyvystään, päivittäisistä toiminnoista suoriutumisesta, poikkeavasta käyttäytymisestä sekä koottava tietoa positiivisista elämänlaatutekijöistä. Muistisairaana sosiaalisesta vuorovaikutuksesta, tunnetiloista ja toiminnasta voidaan saada käsitys havainnoimalla hänen käyttäytymistään hänelle tyypillisessä ympäristössä. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 23–24.)

3.3.2 Elämänhistorian muistelu

Muistelu kuuluu oleellisesti ihmisyyteen ja muistot vahvistavat mielikuvaa siitä, kuka on kehen, liittyy ja minkälainen merkitys elämällä on ollut. Ikääntyneille oman vanhenemisen tunnot ja ehkä aiempaa kirkkaammin selkiintyvät mietteet elämän rajallisuudesta ja kuoleman läheisyydestä suuntaavat yhä useammin ajatukset menneisiin elämänvaiheisiin, joiden arviointi on väistämättä edessä. Arviointia sävyttävät oma elämänasenne, elämänsä juonteet sekä muisteluhetken mielentila. (Korkiakangas 2003, 192.)

Dementoitunut vanhus tarvitsee apua muistojensa työstämiseen ja läpielämiseen, koska hänen kykynsä käsitellä muistoja on kognitiivisten taitojen rapautumisen vuoksi alentunut. Muistelulla on monenlaisia rooleja ja tehtäviä, positiivisimmillaan se on elämänjärjestystä ylläpitävä voimavara, toiminnallinen elämänhallinnan strategia, mutta myös joskus ajatuksiin kutsumatta tunkeutuva mielentilan tyyneyden häiritsijä. Oman men-

neisyyden tunnistaminen ja sen vähemmän miellyttävienkin muistojen hyväksyminen voi auttaa ikääntymisen tunteiden hallinnassa. Muistelu on kuitenkin myös todellisuuden aktiivista hallintaa, jossa kohtaavat mennyt ja nykyisyys. Voimavarana muistelu on eräänlaista menneen ja nykyisyyden välistä jatkuvaa keskustelua, joka elämänhallinnan mielessä vaatii ajoittain myös menneiden asioiden ymmärtämistä ja yksityiskohtaisempaan selvittelyä. (Korkiakangas 2003, 202–203.)

Terve itsetunto on monen vanhuksen voimavara. Vanhus tarvitsee riittävän hyviä vuorovaikutussuhteita ja kanssakäymistä yhteiskuntaan. Vanhukselle on tärkeää elämänarvojen jakaminen toisten ihmisten kanssa ja että hänellä on ympärillään ihmisiä, joihin hän voi samaistua. Esineet ja valokuvat ovat tärkeitä vanhuudessa, ne tuovat esille elämänhistoriaa, joista vanhus poimii mieluisia, virkistäviä muistoja. Riittävän ymmärtämisen ja tuen turvin vanhus voi voimistaa yhä heikkenevää reaktiokykyään, kestää ajan tuomia muutoksia ja rajoituksia. Vanhus muistelee mielellään aikaa kun hän oli työikäinen ja aktiivinen. Muistelua tukee myös vuorovaikutus lasten ja omaisten kanssa. (Lipponen 2004, 25; Harmer & Orrell 2008, 548–558.)

Dementoituminen kuuluu osana joidenkin ihmisten elämäntarinaa. Tärkeä seikka elämäntarina-ajattelussa dementoituvien parissa työskenneltäessä on huomioida eri demen-tian vaiheissa olevien henkilöiden suhde aikaan ja todellisuuteen. (Mäkisalo-Ropponen 2007, 125.) Dementoitunut henkilö voi elää fiktiivisessä maailmassa, todellisessa maailmassa sekä näiden rajatilassa. Dementoitumisen edetessä fiktiivisen maailman osuus kasvaa. Hoitohenkilöstön tulisikin päästä mukaan dementoituneen fiktiiviseen maailmaan. (Häkämies 2009.)

Lievästi dementoitunut todennäköisesti hyötyy takaisin todelliseen maailmaan tuomisesta, mutta pidemmälle dementoitunutta orientoiminen voi vain ahdistaa. Kun hoitosuhteen pohjana on rehellisyys, voidaan keskustelemalla ja lähellä olemalla tavoittaa henkilön perimmäinen huoli. Esimerkiksi äidin kaipuu voi olla turvan ja läheisyyden etsintää. Turvallisessa ilmapiirissä dementoituneen käyttäytyminen rauhoittuu ja hän pystyy paremmin keskittymään päivittäisten toimintojen suorittamiseen. (Mäkisalo-Ropponen 2007, 127.)

Mäkisalo- Ropponen (2011) kertoo Anita Näslindhin tekemästä elämäntarinatutkimuksesta, jossa tutkimuskohteena olivat pitkäaikaisosaston vanhusten olemassaolokokeemukset. Jokaisella heistä oli oma elämäntarinansa ennen laitokseen tuloa ja elämä osastolla oli jatkumoa lapsuudesta, nuoruudesta sekä aikuisuudesta. Vanhuksen persoonallisuus eikä elämäntarkoitus katoa pitkäaikaishoitopaikassa. Tutkimuksessa haastatellut halusivat elää päivän kerrallaan liikaa pohtimatta tulevaisuuttaan tai menneisyyttään. Osastolla vanhuksen elämäntarinan kuunteluun ei välttämättä ollut kenelläkään aikaa eikä oman elämäntilanteen muistelu yksinään tuntunut mielekkäältä. Vanhukset kaipaivat sekä yksityisyyttä että muiden ihmisten läsnäoloa kokeakseen olevansa osa hoitoyhteisöä ja kuuluvansa laajempaan kokonaisuuteen.(Mäkisalo- Ropponen 2011, 200.)

Elämäntarinaan kuuluu myös tarinan loppuminen. Muistisairaana vanhuksen tarinaan sisältyy vähittäinen luopuminen ja luovuttaminen, joka voi tarkoittaa vuodepotilaaksi joutumista. Hoitotyöntekijän hyväksyessä tämän osaksi elämäntarinaa, on hänen mahdollista tuoda vanhuksen vointiin hyvää oloa kivuttomuuden, kosketuksen, läheisyyden, kunnioituksen ja arvostuksen avulla. Kuoleman hyväksyminen jokaisen elämään kuuluvaksi tekee vanhuksen ja hänen läheistensä elämästä inhimillisemmän. Vaikka kuolema päättää elämän, se ei päättää elämäntarinaa, joka jatkuu muiden ihmisten ja kulttuurin kautta. (Mäkisalo- Ropponen 2011, 201–202.)

Harmeran ja Orrellin tutkimuksessa (2008) nousi tärkeiksi teemoiksi muistelu, perhe ja seuraelämä, musikaalisuus, yksilöllisyys. Asukkaat kokivat laadukkaampana ja enemmän tärkeänä toiminnan, joka lähti heidän psyykkisistä ja sosiaalisista tarpeista, kuin jokin erityinen, yksittäinen fyysinen toiminta. Tutkimuksen vanhainkodeissa koettiin, ettei vanhuksille ollut riittävästi järjestetty mielekästä toimintaa. Mielekäs toiminta oli yksilöllistä riippuen vanhuksen omista kiinnostuksen kohteista, tavoista, entisistä harrastuksista ja tottumuksista. Sitä vastoin henkilökunta ja omaishoitajat pitivät tärkeänä toimintaa, joka ylläpitää ja edesauttaa asukkaan fyysistä toimintakykyä. Asukkaat ja henkilökunta pitivät hyödyllisenä ja asukkaalle virkistävänä muistelua ja keskustelua asukkaan kanssa. Omaiset eivät kokeneet muistelua tärkeänä, vaan olivat huolestuneita, että muistelu vie vanhukset elämään menneisyyteen eikä ole orientoitunut nykyisyyteen. Päätelmänä tutkimuksessa oli, että asukkaat, henkilökunta ja omaiset pitivät eri asioita tärkeänä mikä olisi mielekästä toimintaa dementoituneelle vanhukselle. (Harmer & Orrell 2008, 548–558.)

Organisatoriset rajoitukset, hoitajien ajanpuute ja yhteiskunnalliset vakaumukset rajoittavat mielekkään toiminnan järjestämistä dementoituneelle väestölle. Omaisten vierailut ja yhteydenpito olivat tärkeää asukkaille ja henkilökunnalle. Vaikka asukkaat eivät enää tunnistanee omaisiaan piti henkilökunta omaisten yhteydenpitoa asukkaaseen tärkeänä. (Harmer & Orrell 2008, 548–558.)

Musiikin kuuntelu, laulaminen ja tanssiminen voimaannuttivat henkisesti asukkaita ja paransi keskittymiskykyä sekä rauhoitti. Kaikki asukkaat tutkimuksessa pitivät musiikkia mielekkäänä ja innosti asukkaita myös laulamaan yhdessä. Omaisten mielestä henkilökunnan puute sekä työn organisointi olivat esteitä monipuolisen toiminnan etenkin ulkoilun järjestämiselle. Henkilökunnan mielestä osa asukkaista ei nauttinut tai hämmentyi ulkoillessa vieraassa ympäristössä, eikä sen vuoksi pitänyt siitä tai se lisäsi asukkaan levottomuutta ja ahdistusta. Tutkimuksen mukaan dementiahoidon humanistiset arvot tulisi juurruttaa ja tehdä enemmän näkyväksi ja arvostetuksi kaikilla tasoilla yhteiskunnassa sekä hoito-organisaatioissa. Tutkimus osoitti että dementoitunut vanhus voi kommunikoida ja tuoda toiveensa ja mieltymyksensä esiin ja henkilökunnan ja omaisten tulisi huomioida ne hänen hoidossaan hoitokodissa. (Harmer & Orrell 2008, 548–558.)

3.3.3 Elämänpuu muistelumenetelmänä

Elämänpuun avulla voidaan tarkastella perhettä ja sen ainutlaatuisuutta sekä sisäisiä mekanismeja, jotka voivat kulkea sukupolvelta toiselle. Kun piirretään elämänpuu, tuntemus omasta taustasta kasvaa ja voimavarat sekä lahjakkuudet nousevat tietoisuuteen. Elämänpuun piirtämisellä voidaan edesauttaa ikääntyneen henkilön elämäntilanteen kartoittamista. Elämänpuuta voidaan käyttää työvälineenä, kun selvitetään ikääntyneen perhe- ja ystävyys-suhteita. (Lipponen 2009.)

Sukupuuta tehtäessä siihen piirretään mielellään neljä sukupolvea. Sukupolvi piirretään samalle tasolle niin, että perheen lapset ovat rinnakkain ja ikäjärjestyksessä vasemmalta oikealle. Aviopuolisot ovat rinnakkain, mies vasemmalla ja vaimo oikealla. Sukupuuhun kirjataan mielellään henkilön koko nimi ja ammatti. Myös tärkeät vuosiluvut kirjoi-

tetaan. Tunnesiteitä on hyvä käydä läpi ainakin suullisesti. Oman kokemuksensa voi piirtää sukupuuhun ja muistaa, että se on juuri minun kokemukseni tästä asiasta. Perhe-roolit (sovittelija, syntipukki...) ovat myös tärkeitä kysymyksiä mietittäväksi sukupuuta tehdessä. (Ijäs 2003, 27–28.)

Tunteet ovat osa jokapäiväistä elämää. Niiden avulla voimme oppia omasta itsestämme ja historiastamme. Tunteiden ilmaisemiseen vaikuttaa oma persoonallisuus, eli miten tasainen tai räiskyvä on temperamentiltaan. Tunteet löytävät aina keinon saada äänensä kuuluville. Jos viestintä ei tapahdu sanallisesti, se ilmenee sanattomasti esimerkiksi ilmein, elein ja kehon asentoina. (Ijäs 2003, 120–122.)

Tunteiden kieltäminen tai torjuminen voi johtaa huonoihin seurauksiin, jopa fyysisen terveyden heikkenemiseen. Perheen tapa ilmaista tunteita vaikuttaa lapseen ja hänen tunteisiinsa. Kielteiset tunneketjut olisi syytä katkaista. Esimerkiksi kateus on voinut olla suvussa jo usean sukupolven rasiitteena, ja sen syystä ei ole haluttu puhua. Suvun vaiheet näyttävät kuitenkin mallin seuraukset niin, että niitä ei tahdota enää jatkaa. (Ijäs 2003, 126–127.)

Dementoituneiden parissa työskenneltäessä voidaan elämäntarinaa liittyviä tietoja hyödyntää eri tavoin. Tietojen avulla voidaan ymmärtää henkilön nykyistä käyttäytymistä ja reagoimista tiettyihin tilanteisiin. Hoitohenkilöstö voi löytää elämäntarinatiedoista mielenkiintoisia keskustelunaiheita. Jos hoidettava henkilö ei itse kykene puhumaan, voidaan kuitenkin hänelle puhua tutuista ja tärkeistä asioista. Elämäntarinan tuntemisen avulla voidaan vahvistaa olemassa olevia vahvuuksia sekä löytää mielihyvää tuottavaa tekemistä. (Mäkisalo–Ropponen 2007, 136–138; Harmer & Orrell 2008, 548–558.)

Elämänpuun merkitys korostuu, kun ikäihmisen lähisukulaiset eivät ole elossa tai suhteet perheenjäseniin eivät ole kunnossa. Elämänpuun piirtäminen auttaa myös hoiva-työntekijää tulemaan tietoisiksi omasta osuudestaan. Työntekijän omasta lapsuudenperheestä on peräisin hänen käsityksensä omasta itsestään. Oman perheen vuorovaikutus ja suhteet vaikuttavat asiakkaiden ja heidän perheidensä kanssa työskenneltäessä. On tärkeää tiedostaa auttamistyössä mm. oman persoonan ja taustan vaikutus sekä omat kipupisteet. (Lipponen 2009.)

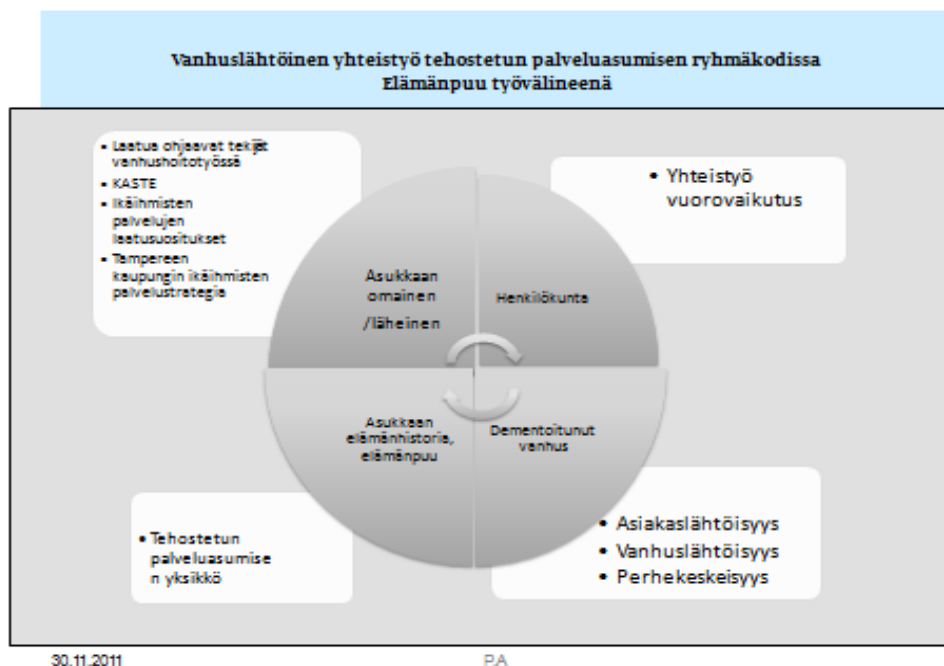
Hoitotyössä yksittäisen ihmisen elämäkulkujen ja kokemusten kautta voidaan saada ymmärrystä ihmisen terveyteen ja sen hoitamiseen liittyvistä uskomuksista sekä arvostuksista ja käytännöistä eri aikoina. Elämäkertatiedon avulla vanhus tai sairas voidaan nähdä hoitotyössä enemmän persoonana omien ainutkertaisten kokemustensa kautta. Samalla myös vanhuksen senhetkiset tarpeet ja aikaisemmin mahdollinen selitystä vaille jäänyt käyttäytyminen saattavat avautua ulkopuolisille. (Mäkisalo–Ropponen 2007,41.)

4. OPINNÄYTETYÖN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyön aihe valittiin aikaisemmin ylemmän ammattikorkeakouluopiskeluiden yhteydessä tehdyn työelämäprojektin innoittamina. Työelämäprojekti tehtiin tähän saamaan tehostetun palveluasumisen yksikköön, ja työn kehittämis ehdotukseen liittyen hoitotyön kehittämistä jatkettiin opinnäytetyön avulla. Henkilökunnan ja asukkaan läheisten haastattelujen avulla vastataan työn kahteen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: Miten Koskikodin hoitohenkilökunta kuvaa vanhuslähtöisen yhteistyön toteutumista tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa? Miten Koskikodin asukkaan läheiset kuvaavat vanhuslähtöisen yhteistyön toteutumista tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa?

Opinnäytetyön kehittämisosassa vastataan kolmanteen tutkimuskysymykseen: Miten perhekeskeisessä hoitotyössä kehitetty elämänpuu soveltuu hoitohenkilökunnan, asukkaan ja asukkaan läheisen yhteistyön kehittämisen menetelmäksi? Kuviossa 1 (s. 40) on havainnollistettu opinnäytetyömme prosessia kuviona.



KUVIO 1 Opinnäytetyön prosessinkuvaus (Asunta 2010)

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin Pirkanmaalla sijaitsevan tehostetun palveluasumisen ryhmäkodin neljältä henkilökunnan jäseneltä ja neljältä asukkaan läheiseltä, joille lähetettiin postitse haastattelulomakkeet. Lisäksi kaksi asukasta, kaksi läheistä ja kaksi omahoitajaa, joiden kanssa teimme elämänpuun. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jossa käytettiin lomakehaastattelua tiedonkeruumenetelmänä. Kehittämissosassa käytettiin toiminnallista menetelmää.

Kirjallisuudessa laadullisen tutkimuksen määritelmät eroavat toisistaan riippuen määrittelijästä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 17). Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on suuntaus, joka poikkeaa kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen lähestymistavasta. Niitä on kuitenkin käytännössä vaikea erottaa toisistaan tarkasti, joten on hedelmällisempää tarkastella niitä toisiaan täydentävinä lähestymistapoina tutkimuksen tekemiseen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tarkastelemaan tutkimuskohdetta kokonaisvaltaisesti. Aineiston tarkastelu on yksityiskohtaista. Tavoitteena on löytää odottamattomia tosiasioita, ei niinkään todentaa väittämiä. Laadullisen tutkimuksen tiedon hankinnassa suositetaan yleisesti haastattelua. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 131–133, 156,160.)

Tutkimuksen kohde valitaan tarkoituksenmukaisesti. Tapaukset ovat ainutlaatuisia ja aineistoa tulee tulkita sen mukaan. Aineistona tässä suuntauksessa voi olla jopa yksi tapaus tai esimerkiksi yhden henkilön haastattelu. Tavoitteena on ymmärtää kohdetta. Aineistosta ei tehdä päätelmiä yleistettävyyteen pyrkien. Alun perin ajatuksena on silti ollut, että yksityisessä toistuu yleinen. Kun yksittäistä tapausta tutkitaan tarkasti, saadaan esiin merkittävät seikat ja huomataan, että mitkä asiat toistuvat usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla. (Hirsjärvi ym. 2008, 157, 176–177.)

Laadulliselle tutkimukselle ominaista on tutkimuksen prosessimaisuus, koska tulkinta jakautuu jokaiseen tutkimuksen osa alueeseen. Näin ollen aineistonkeruu, analyysi, tulkinta ja raportointi kietoutuvat yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Tutkimusta on hankala pitää kronologisesti etenevänä ja siten tutkimusta on vaikea pilkkoa toisiaan seuraaviksi vaiheiksi. Aineistolähtöisen analyysin nähdään olevan myös laadullisen tutkimuksen erityispiirre. Karkeasti ajatellen aineistolähtöinen analyysi tarkoittaa sitä, että teoria rakennetaan tutkimuksessa empiirisen aineiston perusteella. Empiirisuus näkyy laadullisessa tutkimuksessa analyysissa ja argumentoinnissa. (Eskola & Suoranta 2000, 15–16, 18; Tuomi & Sarajärvi 2009, 22.)

Opinnäytetyössä kysyttiin aluksi lomakehaastattelulla henkilökunnan ja asukkaan läheisten käsitystä dementoituneen asukkaan hoitotyöstä ja vuorovaikutuksen toteutumisesta henkilökunnan ja läheisten välillä. Lomakehaastattelun analyysin tukena käytettiin Mustajoen ym. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa - tutkimuksesta valitsemiamme teemoja, vanhuslähtöinen hoitotyö, asukkaan läheisen ja hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö ja hyvä hoito (Mustajoki ym. 2001). Kyselyiden vastausten analyysissä haettiin käsitteille samankaltaisuuksia ja erilaisia ilmaisuja ja niistä muodostettiin ala- ja pääkategoriat.

Opinnäytetyön kehittämisprosessi käsittelee elämänpuutyöskentelyä yhdessä kahden asukkaan, heidän läheistensä ja omahoitajien kanssa. Kehittämisprosessin lopuksi pyydettiin ryhmäkodin henkilökuntaa arvioimaan, miten elämänpuu heidän mielestään soveltuu dementoituneen asukkaan hoitotyön välineeksi.

4.2 Tutkimusaineiston keruu ja analysointi

Opinnäytetyön aiheeseen perehtyminen aloitettiin marraskuussa 2009. Opinnäytetyön ideaseminaari oli 13.1.2010. Suunnittelupalaveri oli ryhmäkodilla 18.2.2010, jossa tapasimme ryhmäkodin johtajan ja palveluesimiehen. 18.3.2010 kävimme tutustumisvierailulla ryhmäkodissa. Tutkimussuunnitelman tekeminen ja aineiston keruu aloitettiin tammikuussa 2010. Tutkimussuunnitelma esitettiin 6.5.2010 koululla. Anoinimme tutkimuslupaa kesäkuussa 2010 ja samalla aineiston keruu jatkui elokuuhun 2010 asti. Laadimme omaisten ja henkilökunnan kyselylomakkeet toukokuussa 2010 ja toimitimme ne kesäkuun alussa ryhmäkodin palveluesimiehelle. Tutkimuslupa saatiin kesällä 2010.

Tarkoituksenamme oli saada kyselylomakkeet takaisin elokuussa, mutta henkilökunnan vastaaminen viipyi kesälomien vuoksi ja saimme loput henkilökunnalta kerätyt lomakevastaukset syyskuun alussa. Esittelimme ryhmäkodin johtajalle tutkimussuunnitelmaamme 16.9.2010. Kävimme opinnäytetyön ohjauksessa 5.11.2010, 13.1.2011 ja 7.4.2011. Otimme yhteyttä kahden asukkaan läheisiin ja pyysimme heiltä suostumusta elämänpuutyöskentelyyn. Sovimme heidän ja omahoitajien kanssa päivän, jolloin tulimme aloittamaan elämänpuutyöskentelyn. Lähetimme myös näille läheisille opinnäytetyömme tutkimussuunnitelman. Olimme ryhmäkodissa 8. ja 9.11.2010 tekemässä kahdelle asukkaalle elämänpuun, jossa mukana oli myös asukkaan läheinen ja omahoitaja. Seuraava seminaariesitys oli 2.12.2010. Kirjoitimme raporttia joulukuusta 2010 joulukuuhun 2011 asti. Esitimme opinnäytetyön TAMK tutkii ja kehittää seminaarissa 28.4.2011.

4.2.1 Laadullinen lomakehaastattelu

Laadullinen lomakehaastattelu on tapa kerätä aineistoa. Lomakehaastattelussa kaikilta siihen osallistuvilta kysytään samat asiat, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla, tätä sanotaan vakioinniksi. Lomakehaastattelu on toimiva tapa kerätä tutkimusaineistoa silloin, kun tutkimusongelma ei ole kovin laaja ja tavoitteena on mielipiteiden, käsitysten ja näkemysten esille saaminen tietystä asiasta. Lomakehaastattelu sopii sellaisen tutkimusaineiston hankkimiseen, jossa asia voidaan esittää muutamalla empiirisellä tutki-

muskysymyksellä haastattelulomakkeessa. Lomakehaastattelu voidaan toteuttaa joko postitse tai internetissä. (Vilka 2005, 101; Vilka 2007, 28.)

Lomakehaastattelussa ei voida kysyä mitä tahansa sellaista, mitä olisi mukavaa tai hyödyllistä tietää, vaan siinä kysytään tutkimuksen tarkoituksen ja ongelman asetteluun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. Jokaiselle kysymykselle pitää löytyä perustelu tutkimuksen viitekehystä ja aiemmin tiedetystä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Opinnäytetyön kyselylomakkeet jaettiin viiden asukkaan läheiselle ja viidelle henkilökunnan jäsenelle, yhteensä kymmenen kappaletta (N = 10). Kyselylomakkeen teemat nousivat aikaisemmin samaan yksikköön tehdyn työelämäprojektin tulosten kehittämisehdotusten pohjalta, jossa käytimme tukena Mustajoen ym. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa-tutkimuksesta valitsemiamme teemoja. (Mustajoki ym. 2001.) Hyvän hoidon mallin kysymyksiä oli käytetty jo aiemmassa ylemmän korkeakoulun opiskelijoiden tekemässä työelämälähtöisessä projektissa, joka tehtiin samaan tehostetun palveluasumisen yksikköön noin vuotta aikaisemmin. Teemoina olivat vanhuslähtöinen hoitotyö, hyvä hoito sekä asukkaan läheisen ja hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö. Valitsimme kyselylomakkeet siksi, että kysely on siten käytännössä helpompi toteuttaa ja mahdollistaa anonyymina vastaamisen. Kyselylomakkeeseen liitettiin saatekirje, jossa esittelimme itsemme, yhteystietomme ja opinnäytetyön tarkoituksen (Liite1.). Mainitsimme myös, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja käsittelemme aineistoa luottamuksellisesti ja vastauksia anonyymisti.

Hoitohenkilökunta valitsi sellaiset asukkaan läheiset, joiden he uskoivat vastaavan kyselyymme. Palveluohjaaja lähetti heille postitse kyselylomakkeet kesäkuussa 2010. Henkilökunta sai valita keskuudestaan kyselyyn osallistujat. Tarkoituksena oli saada kyselylomakkeet takaisin elokuun 2010 alkupuolella, mutta henkilökunnan vastaaminen viipyi kesälomien vuoksi. Henkilökunnan kyselylomake on liitteenä 2. ja asukkaan läheisten kyselylomake liitteenä 3. Kyselylomakkeita palautui asukkaiden läheisiltä neljä (4) kappaletta ja henkilökunnalta neljä (4) kappaletta, yhteensä kahdeksan kappaletta (N = 8). Osallistumisprosentti oli kahdeksankymmentä prosenttia.

4.2.2 Sisällönanalyysi

Valitsimme lomakehaastatteluiden analyysimenetelmäksi sisällönanalyysin, koska sillä saadaan tuotettua kyselylomakkeista erilaisia merkityksiä ja kokemuksia. Näistä merkityksistä saadaan kerättyä yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia analysoitavista kyselylomakkeista. Tällä tavalla kerätystä tiedosta nostetaan tutkimuskysymysten näkökulmasta esiin olennainen asia aineistosta. Analyysin tarkoituksena on selkeyttää saatua aineistoa ja tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Sisällönanalyysin avulla voidaan tutkimusaineistoa järjestellä ja kuvata systemaattisesti. Sisällönanalyysin tavoitteena on tiedon tuottaminen tutkittavasta ilmiöstä tutkimusaineistoa hyväksi käyttämällä. Menetelmä soveltuu tekstimuodossa olevan tutkimusaineiston sisällön ja rakenteen kuvaukseen. Sisällönanalyysi voi olla teorialähtöistä, jolloin aineiston luokittelu pohjautuu olemassa oleviin teoreettisiin lähtökohtiin tai aineistolähtöistä, jolloin aineiston luokittelu lähtee aineistosta nousevista havainnoista. Aineistolähtöinen laadullinen sisällönanalyysi perustuu ennen kaikkea induktiiviseen päättelyyn, jota ohjaa tutkimuksen tarkoitus ja kysymystenasettelu. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä on mahdollista avata uusia näkökulmia jo paljonkin tutkittuihin ilmiöihin ja sillä tuotetaan merkittävää tietoa hoitotyön kehittämiseksi. (Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Juvakka & Isola 2008, 23–28.)

Alasuutarin (2001) mukaan laadullisen tutkimuksen analyysi pyrkii tarkastelemaan tutkimusaineistoa kokonaisuutena. Kaikki luotettavina pidetyt ja selvitettävään asiaan kuuluvat seikat tulee kyetä selvittämään niin, että ne eivät ole ristiriidassa esitetyn tulkinnan kanssa. Analyysi koostuu havaintojen pelkistämisestä, yhdistämisestä ja merkitystulkinnan tekemisestä tutkittavasta ilmiöstä. Havaintojen merkityksen ymmärrettäväksi tekevänä kehyksenä toimii taustalla oleva teoreettinen viitekehys. (Alasuutari 2001, 48–54.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa, erityisesti kenttätutkimuksessa, joissa aineistoa kerätään monissa eri vaiheissa ja usein rinnakkaisesti eri menetelmin, analyysia ei tehdä vain yhdessä tutkimusprosessin vaiheessa vaan pitkin matkaa. Aineiston käsittely ja

analysointi aloitetaan mahdollisimman pian keruuvaiheen jälkeen. (Hirsjärvi ym. 2008, 218.)

Aloitimme kyselyiden analyysin lukemalla henkilökunnan ja asukkaan läheisten lomakehaastattelulomakkeet useampaan kertaan. Teimme ensin molemmat omat analyysit henkilökunnan ja asukkaan läheisten kyselylomakkeista. Merkitsimme kummastakin aineistosta merkitykselliset kohdat eli koodasimme avainsanat kyselylomakkeiden sivuun lyijykynällä. Lomakkeiden uudelleen lukemisen jälkeen merkitsimme tärkeinä pidettävät, merkitykselliset asiat yliviivauskynällä. Keräsimme merkityt asiat yhteen muusta aineistosta. Molemmat tutkijat tekivät aluksi oman ryhmittelyn, joka myöhemmin yhdistettiin.

Samansisältöiset alkuperäisilmaukset ryhmiteltiin teemoittain tutkimustehtävät mielessä pitäen. Alkuperäiset ilmaukset jaottelimme pelkistettyihin ilmaisuihin. Erottelimme aineistosta tutkimusongelman kannalta oleelliset asiat, jotka vastasivat opinnäytetyön kahteen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen: 1. Miten Koskikodin hoitohenkilökunta kuvaa vanhuslähtöisen yhteistyön toteutumista tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa? 2. Miten Koskikodin asukkaan läheiset kuvaavat vanhuslähtöisen yhteistyön toteutumista tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa? Analysoimme asukkaan läheisten ja henkilökunnan kyselyt ensin omana ryhmänä.

Luokittelimme pelkistetyt ilmaukset alaluokkiin. Jonka jälkeen yhdistimme samansisältöisiä ilmauksia sisältävät alaluokat yläluokkiin. Samansisältöisistä yläluokista yhdistimme pääluokkia. Sen jälkeen haimme pääluokille yhdistävän tekijän. Yläluokkien nimet muodostuivat tutkimuksen kyselylomakkeiden teema-alueiden mukaisesti. Yhdistimme molempien tekemät analyysit hakemalla samankaltaisia ja erilaisia teemoja eli teimme analyysin synteessin, joka lisää analyysin luotettavuutta. Lomakehaastatteluiden analyysi liitteenä 4. (LIITE 4)

Lomakehaastatteluaineiston analyysin aikana huomasimme, että samansisältöiset merkitykset alkoivat toistua eri lomakkeiden analyyseissä. Henkilökunnan ja omaisten kyselyissä tuli esille samoja asioita ja merkityksiä. Tällaista ilmiötä aineiston analyysissä kutsutaan aineiston saturaatioksi eli aineiston kylläntymiseksi. Saturaatiolla tarkoitetaan tilannetta, jossa aineisto alkaa toistaa itseään, tiedonantajat eivät tuota tutkimuson-

gelman kannalta enää mitään uutta tietoa. Ajatuksena on, että tietty määrä aineistoa riittää tuomaan esiin sen teoreettisen asian, jonka tutkimuskohteesta on mahdollisuus saada. Saturaaation käsite voidaan yhdistää tulosten yleistettävyyteen, kun aineisto alkaa toistaa itseään, jo pienestäkin aineistosta voidaan tehdä yleistyksiä. Jos jo ennen analyysiä on määritellyt tietyt luokat, esimerkiksi tyypit tai teemat, joille aineistosta hakee näyttöä, on perusteltua puhua saturaatiosta luokkien tullessa havaituksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87–89.)

Teimme henkilökunnan ja asukkaan läheisten kyselyiden analyyseista synteessin ja käsittelemme viimeisessä kappaleessa henkilökunnan ja asukkaan läheisten analyysien tuloksia, joista nousi sekä samansisältöisiä että erilaisia merkityksiä. Lomakehaastatteluvastaukset koodattiin ja numeroitiin koodein ALK1-ALK4, ALK = asukkaan läheinen kysely ja HK1-HK4, HK= henkilökunnan kysely. Lyhenteitä käytämme alkuperäisilmausten lainauksissa. Aineiston koko luokittelu ja kategorisointi alkuperäisilmaukseen on kuvattu liitteessä 4. (LIITE 4.)

5 VANHUSLÄHTÖISEN YHTEISTYÖN TOTEUTUMISEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT TEHOSTETUN PALVELUASUMISEN RYHMÄKODISSA

5.1 Asukkaan läheisten haastattelun tulokset

Tässä luvussa ensimmäisessä kappaleessa kerromme asukkaan läheisten lomakehaastattelun analyysin tuloksia ja toisessa kappaleessa ryhmäkodin henkilökunnan lomakehaastattelun analyysin tuloksia. Viimeisessä kappaleessa vertaamme tuloksia toisiinsa. Asukkaan läheisten kyselyistä nousi viisi pääluokkaa, jotka vaikuttivat asukkaan läheisten kokemuksiin yhteistyön toteutumisessa ryhmäkodin henkilökunnan kanssa. Pääluokiksi muodostuivat elämänhistoria, tiedottamisen toteuttaminen, läheisten kokemus hoitajan ammattitaidosta, läheisten halu toimia yhteistyössä sekä organisaation luomat edellytykset ja arvot. Henkilökunnan kyselyiden analyysistä nousi kolme pääluokkaa, jotka kuvasivat henkilökunnan kokemana yhteistyön toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä: työilmapiiri, vuorovaikutustaidot ja yhteistyö.

5.1.1 Asukkaan elämän historia

Asukkaan läheisten vastauksissa yhdeksi merkittäväksi tekijäksi muodostui elämänhistoria, josta muodostettiin ensimmäinen pääluokka. Asukkaan läheisille oli tärkeää, että asukas otetaan hoidossa yksilöllisesti huomioon ja että asukkaan yksilölliset tarpeet ja mielipiteet huomioidaan hoidossa sekä hänen omaa halua ja tahtoa kunnioitetaan. Näistä vastauksista alaluokiksi kategorioitiin yksilöllisyys ja elämänhistorian tunteminen. (Liite 4).

”Vanhusta hoidetaan hänen tarpeidensa mukaisesti ja hänen mielipiteitään ja haluja kunnioitetaan.” ALK1.

”Jokaisen kohdalla otetaan huomioon menneet, nykyiset ja tulevat asiat.”ALK1.

Asukkaan menneisyys otetaan huomioon hoidon toteutuksessa. Elämänselämään liittyy vanhuksen tunteminen eli se, millainen perhe ja millaisista perhetaustoista vanhus tulee ryhmäkodin asukkaaksi.

5.1.2 Tiedottamisen toteuttaminen

Toiseksi pääluokaksi omaisten kyselyissä muodostui tiedottamisen toteuttaminen. Tiedottamisen toteuttaminen pääluokka muodostui asioista, joita asukkaan läheiset toivat esille muutosehdotuksina tiedonkulun parantamiseksi ja millaisia valmiuksia heillä itsellään oli osallistua tiedonkulkuun ja tiedon saantiin. Yläluokka jakautui kolmeen alaluokkaan: läheisten halu toimia yhteistyössä, läheisten tiedontarve, läheisten tiedonpuute. Lomakekyselyissä tuli esiin monessa vastauksessa omaisten valmiudet yhteistyöhön ja omaisten muutosehdotukset tiedottamisen toteuttamiseksi. Omaisten valmiuteen tiedonkulun toteuttamisessa vaikutti miten omaiset olivat tai halusivat olla tekemisissä henkilökunnan kanssa.

Läheisten haluun toimia yhteistyössä liittyi, miten henkilökunta raportoi omaisille asukkaan voinnista ja muutoksista. Asukkaan läheiset toivoivat, että heitä tulisi informoida tehokkaammin etukäteen, jos asukkaalle on järjestetty retki tai muuta koko päivän kestävää ohjelmaa. Muutosehdotuksina asukkaan läheiset toivoivat, että heille informoitaisiin asukkaan voinnista säännöllisesti esimerkiksi jonkinlaisen rekisterin tai päiväkirjan avulla esimerkiksi ulkoilusta ja kuntosalilla käynneistä. Asukkaan läheisten toive oli saada tietoa sähköisessä muodossa asukkaan tapahtumista ja hoidon muutoksista ja tarpeista. Lääkitysten muutoksista omaiset halusivat enemmän myös tiedottamista henkilökunnalta.

”Tulevaisuudessa tiettyjä asioita voisi standardisoida/informoida e-maileilla/ muulla ohjelmistolla(salasanalla) lähiomaisille, koska lähiomaiset eivät välttämättä pääse viikolla käymään.”ALK2

”Henkilökunta raportoi hyvin asiakkaistaan, jos tulee muutoksia hoitoon/ vointiin siitä on ilmoitettu.”ALK1

Tuloksista kävi ilmi, että osa asukkaan läheisistä oli tyytyväisiä tämänhetkiseen henkilökunnan tiedottamiseen ja osa kaipasi parannusta monella eri tapaa.

Läheisten tiedontarve oli sitä, että asukkaan läheiset toivoivat saavansa informaatiota lääkityksen muutoksista. Asukkaan läheisille oli myös tärkeää saada hoitohenkilökunnalta mielipide läheisensä hoidosta.

”Kun lääkäri on käynyt, haluaisin että minulle kerrotaan, kun uusia lääkkeitä määrätään tai vanhoja poistetaan.”ALK4

”Muutenkin olisi hyvä tietää hoitajien mielipide mieheni voinnista.”ALK4

Asukkaan läheisten vastauksissa voidaan jaotella tiedon tarve kahteen osaan, oli omaisia jotka halusivat kuulla kaikista asukkaan hoitoon, lääkitykseen, päivän kulkuun ja asukkaalle järjestettävään virkistystoimintaan liittyviin muutoksiin ja osa läheisistä piti tärkeämpänä saada tietoa asukkaan voinnin ja lääkitysten muutoksista.

Tiedon puutetta käsittelevät ilmaukset muodostivat kolmannen alaluokan, joka nousi esiin käsiteltäessä omaisten valmiuksia ja muutosehdotuksia tiedonkulun toteuttamisessa. Asukkaan läheiset kaipasivat henkilökunnalta enemmän tietoa asukkaan hoidosta. Useimmissa omaisten vastauksissa oli epätietoisuutta omaisen eli asukkaan päivän rutiineista ja hoidon toteutuksesta.

”Seurapeleistä ja leikeistä(riippunee hoitajan aktiivisuudesta) minulla ei ole tarkempaa tietoa, paitsi että kokoontuvat usein pöydän ääreen.”ALK2

”Sairauden hoito, tarkastukset ja lääkitys, enemmän tietoa(kirjallisesti) kuinka usein säännölliset lääkärin tarkastukset tapahtuvat ja lääkityksen muutoksista.”
ALK2

Kyselyssä tuli ilmi, että asukkaan läheisillä ei ollut tarkempaa tietoa asukkaan aktiviteeteista, eikä tietoa lääkärintarkastusten aikatauluista ja asukkaan lääkemuutoksista.

5.1.3 Läheisen kokemus hoitajan ammattitaidosta

Asukkaan läheisten kyselyissä kolmanneksi pääluokaksi muodostui läheisen kokemus hoitajan ammattitaidosta. Läheisen kokemus hoitajan ammattitaidosta muodostuu kahdesta yläluokasta henkilökunnan asenne ja toiminta sekä läheisen kuuleminen.

Henkilökunnan asenne ja toiminta nousi esiin asukkaan läheisten kuvaamana siten, kuinka usein ja millä tavoin henkilökunta oli yhteydessä läheisiin ja kuinka aktiivinen läheinen oli yhteydenpidossa. Henkilökunnasta oli positiivista ja yhteistyötä helpottavaa se, että läheiset olivat usein yhteydessä. Asukkaan läheiset pitivät henkilökunnan positiivista suhtautumista keskustelussa tärkeänä. Asukkaan läheisten kyselyissä tuli ilmi, että he kokivat luottamusta hoitajiin ja läheisensä hoitoon, kun heihin oltiin aktiivisesti yhteydessä.

”Asun eri paikkakunnalla Koskikodista eli en pääse usein käymään, mutta puhelimitse olen usein yhteydessä ja kuulen miten isoäitini voi minäkin päivänä.” ALK1

”Sairaanhoitaja oli yhteydessä sairaaloihin useasti ja minuun oltiin myös yhteydessä.” ALK3

Henkilökunnan asenne ja toiminta asukkaan läheisten mielestä vaikutti myös heidän tyytyväisyyteen siitä, miten ja millaista tietoa henkilökunta antoi ja miten asukkaan asioita hoidettiin. Asukkaan läheisistä tärkeää oli henkilökunnan positiivinen suhtautuminen heihin, niin yhteydenpidossa puhelimitse kuin vierailuilla asukkaan luona. Asukkaan läheisille oli myös tärkeää saada henkilökunnalta tukea omaisen voinnin huonontuessa. Vain yksi omaisista kyselyissä mainitsi saaneensa henkilökunnalta henkistä tukea. Läheisten kokemuksiin hoitajan ammattitaidosta nousi toisena yläluokkana esiin läheisen kuuleminen.

”Aina sai kysymyksiin vastauksia, ja sai esittää toivomuksia” ALK3

Asukkaan läheisille oli tärkeää, että heidän toiveitaan kuultiin ja että he voivat esittää henkilökunnalle toiveitaan. Toiveiden kuuleminen tuotti asukkaan läheisille tyytyväisyyden kokemuksia läheisen hoidosta.

5.1.4 Läheisen halu toimia yhteistyössä

Asukkaan läheisten lomakehaastatteluihin neljännen pääluokan muodostivat asiat, jotka kuvasivat läheisten halua toimia yhteistyössä. Läheisen halu toimia yhteistyössä nousi merkitykselliseksi myös tiedottamisen toteuttamisen yhteydessä. Merkityksellisyys tiedottamisen suhteen koettiin eri kontekstissa. Tapa miten asukkaan läheiset suhtautuvat ja osallistuvat yhteistyöhön nousi tässä merkitykselliseksi. Tiedottamisen toteutumisen kohdalla läheisen halua toimia yhteistyössä tarkasteltiin enemmän tiedon saannin kontekstissa eli miten läheiset kokivat saavansa tietoa asukkaasta. Yhteistyöhaluun vaikutti asukkaan läheisten asenne hoitoa kohtaan, josta muodostui yläluokka.

Läheisten asenteeseen hoitoa kohtaan vaikutti, kuinka aktiivisesti he olivat yhteydessä henkilökuntaan ja tiedustelivat läheisensä asioita. Lomakehaastattelussa kävi esille, että läheisillä oli erilaisia tapoja olla yhteydessä henkilökuntaan ja toisilla yhteydenpito oli aktiivisempaa.

”Yleensä olen ollut tärkeimmissä asioissa puhelimitse yhteydessä viikolla ja käynnit hoidettavan luo tapahtuvat viikonloppuisin.”ALK2

”Päivittäinen huolehtiminen a) ruokailu b)hygieniä (pesu, hampaat) c) vaatteet (puhtaat, valinta kesä/talvi/kaapin järjestys : käytettävät vaatteet päällimmäisenä. B&c muistutusten (omaiset->hoitaja)jälkeen parantuneet, tärkeitä mm. hiusten ja hampaiden pesusta huolehtiminen.”ALK2

Osa läheisistä oli enemmän kiinnostunut asukkaan hoidosta ja oli yhteydessä usein puhelimitse ja kävivät viikonloppuisin. Asukkaan läheisten asenteeseen hoitoa kohtaan vaikutti kuinka paljon he joutuivat puuttumaan läheisen saamaan hoitoon ja muistuttamaan henkilökuntaa siinä esiin tulleissa epäkohdissa.

5.1.5 Organisaation luomat edellytykset ja arvot

Asukkaan läheisten lomakehaastattelun viidennen pääluokan muodosti organisaation luomat edellytykset ja arvot. Ryhmäkodin ilmapiiri koostui Koskikodin arvoista, yhteisöllisyydestä ja kodinomaisuudesta.

”Hoitajat ovat ystävällisiä ja Koskikodissa on lämmin, rauhallinen ilmapiiri.”ALK4

” Olen tyytyväinen siihen, että henkilökuntaa oli aina paikalla.”ALK3

Asukkaan läheiset kokivat ryhmäkodin ilmapiirin myönteiseksi ja asukkaan kannalta turvalliseksi. Hoitajien ystävällisyys ja jutteleminen asukkaan ja henkilökunnan kanssa tekivät asukkaan läheiset tyytyväisiksi.

Läheiset kokivat että asukkaat saivat turvallista hoitoa, kun henkilökuntaa oli aina paikalla.

5.2 Hoitohenkilökunnan haastattelun tulokset

Hoitohenkilökunnan lomakehaastattelun vastausten analyysin mukaan vanhuslähtöisen yhteistyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät muodostuivat analyysin pääluokista: työilmapiiri, vuorovaikutustaidot ja yhteistyö. Henkilökunnan mielestä työilmapiiri vaikutti yhteistyön toteutumiseen asukkaan läheisten kanssa. Yhteistyön toteutumiseen asukkaiden läheisten kanssa vaikuttivat hoitajien vuorovaikutustaidot. Hoitajat toivat esille, että asukkaan läheisten yhteydenotot ovat heidän mielestään tärkeitä ja että he arvostavat sitä.

5.2.1 Työilmapiiri

Työilmapiiri sisältää yläluokat henkilökunnan riittämättömyyden tunne ja asenteet. Alaluokiksi muodostui ajanpuutteen tiedostaminen epämieluisana ja henkilökunnan asennoituminen.

Henkilökunnan mielestä työilmapiiri vaikutti yhteistyön toteutumiseen asukkaan läheisten kanssa. Työilmapiiriin vaikutti henkilökunnan kokema riittämättömyyden tunne, joka johtui ajanpuutteesta. Tämä asia koettiin epämieluisana. Henkilökunta koki, että

kiire vähensi aikaa, jota pitäisi viettää asukkaiden kanssa. Hoitohenkilökunta toivoi, että olisi enemmän aikaa yhdessäoloon asukkaiden ja läheisten kanssa ja viriketuokioiden pitämiseen. Nämä kaksi asiaa olivat ristiriidassa ja vaikuttivat työilmapiiriin. Ajanpuute ja työilmapiiri vaikuttivat osaltaan henkilökunnan asennoitumiseen asukkaan läheisiin.

”Huono puoli on se, että aina ei ole aikaa olla tarpeeksi asukkaiden kanssa,”(HK1)

”Ei jää paljon aikaa omaisille muilta kiireiltä” (HK3)

Työilmapiiriin vaikutti myös hoitohenkilökunnan asenteet asukkaan läheisiä kohtaan. Haastattelulomakkeiden vastauksissa tuli esiin eri sävyjä henkilökunnan asennoitumisessa asukkaan läheisiin. Osa koki ilmapiirin huonoksi koska ei ollut aikaa jutella omaisten kanssa. Osalle kiire oli keino välttää läheisten kohtaamista.

”Moikkaillaan ja vaihdetaan muutama sana kun nähdään”(HK3)

Hoitajien kokemalla kiireellä oli vaikutusta työilmapiiriin lisäksi myös ryhmäkodin ilmapiiriin ja asukkaiden käyttäytymiseen. Ilmapiiriin koettiin heijastuvan myös vuorovaikutukseen asukkaan ja asukkaan läheisen kanssa. Läheisten pikainen tervehtiminen käytävällä kertoi hoitajan kohteliaan käytöksen ja asukkaan läheisestä välittämisen. Toisaalta pikainen tervehtiminen voi kertoa myös hoitajan asenteesta hänen priorisoidessaan tiedostamattaan tai tietoisesti muita asioita kuin asukkaan läheiselle ajan antamista.

5.2.2 Vuorovaikutustaidot

Vuorovaikutustaidot muodostuvat yläluokasta vuorovaikutustaitojen kehittäminen, joka koostui henkilökunnan tiedostamasta tarpeesta kehittää vuorovaikutustaitoja.

Yhteistyön toteutumiseen asukkaiden läheisten kanssa vaikuttivat hoitajien vuorovaikutustaidot. Hoitajat tiedostivat vuorovaikutuksen tärkeyden yhteistyösuhteen luomisessa asukkaan läheisiin ja omien vuorovaikutustaitojensa merkityksen sekä vuorovaikutustaitojen kehittämistarpeen. Hoitajat kokivat pääsääntöisesti vuorovaikutuksen asukkaan

läheisten kanssa hyväksi. Hyvään vuorovaikutukseen liittyi henkilökunnan kokema positiivinen tunne. Henkilökunta toivoi, että vuorovaikutus olisi asukkaan läheisten kanssa luontevaa ja helppoa. Henkilökunta koki epävarmuutta vuorovaikutuksessa, kun ei tuntenut asukkaan läheisiä riittävän hyvin. Jokaisessa vuorovaikutussuhteessa yksilöiden, niin henkilökunnan kuin läheistenkin persoonallisuus vaikutti siihen, millaisena vuorovaikutus koettiin.

Vuorovaikutuksen sujumiseen asukkaiden läheisten kanssa vaikutti myös läheisten erilaisuus. Henkilökunnan lomakehaastattelusta voi tulkita että asukkaan läheisen vierailujen määrällä oli merkitystä häneen tutustumisessaan. Harvakseltaan asukasta katsomassa käyviä läheisiä oli vaikeampi oppia tuntemaan.

”Olisi kiva jos vuorovaikutus olisi helppoa ja luontevaa puolin ja toisin”(HK1)

”Toisten kanssa toimii, toisten ei, se on yksilöllistä”(HK2)

”Toisten omaisten kanssa on ja toimii toisten omaisia ei juuri paljo näy.”HK2

Hoitohenkilökunnan suhtautumistapa asukkaaseen ja hänen läheiseensä oli syvempi silloin, kun hoitaja tunsu asukkaan ja hänen perheensä pitkän hoitosuhteen kautta.

5.2.3 Yhteistyö

Hoitohenkilökunnan lomakehaastattelun kolmanneksi pääluokaksi muodostui yhteistyö. Yhteistyöhön liittyi yhteinen tekeminen, joka oli yläluokka. Yhteinen tekeminen sisältää alaluokat asukkaan läheisen rohkaisemisen osallistumiseen ja yhdessä tekemisen lisääminen.

Henkilökunta toivoi, että asukkaiden läheiset kävisivät useammin katsomassa asukasta ja olisivat enemmän yhteydessä henkilökuntaan, esimerkiksi puhelimitse. Henkilökunta koki, että asukkaan läheiset tarvitsevat enemmän rohkaisua hoitoon osallistumiseen ja yhteiseen tekemiseen. Yhteinen tekeminen hoitohenkilökunnan mielestä parantaa yhteistyön sujumista asukkaan läheisen kanssa. Hoitajat toivoivat asukkaan läheisten osallistuvan enemmän ryhmäkodissa järjestettäviin yhteisiin iltoihin. Hoitajat toivat esille, että asukkaan läheisten yhteydenotot ovat heidän mielestään tärkeitä ja että he arvosta-

vat sitä. Hoitajien mielestä viriketoimintaa, yhdessäoloa, retkiä ja juttelua yhdessä asukkaan ja hänen läheisensä kanssa tulisi lisätä.

”Olisi hyvä, että omaiset osallistuisi yhteisiin iltoihin ja voisi kysellä esim. asukkaan vointia vaikka ei olisi muuta asiaa”(HK2)

Niiden asukkaiden päivien sisältö oli tapahtumarikkaampaa ja virikkeellisempää, joiden läheiset kävivät useammin. Mielestämme nämä asukkaat olivat aktiivisempia, hyväntuulisempia ja puheliaampia sekä keskustelivat enemmän läheisistään itse.

5.3 Yhteenveto

Läheisille oli tärkeää, että asukas otetaan hoidossa yksilöllisesti huomioon ja että hänen yksilölliset tarpeensa ja mielipiteensä huomioidaan hoidossa sekä hänen omaa halua ja tahtoa kunnioitetaan. Asukkaan menneisyys otetaan huomioon hoidon toteutuksessa. Läheisille oli tärkeää, että hoitohenkilökunta tuntee asukkaan elämänhistorian. Elämänhistoriaan liittyy vanhuksen tunteminen, millainen perhe ja millaisista perhetaustoista vanhus tulee ryhmäkodin asukkaaksi. Henkilökunta ei tuonut vastauksissaan asukkaan tuntemista yhtä tärkeäksi. Ryhmäkodin henkilökunta kuitenkin käytti vuorovaikutuksessa hyväksi tietoja asukkaan elämästä. Hoitohenkilökunnan suhtautumistapa asukkaaseen ja hänen läheiseensä oli syvempi silloin, kun hän tunsikin pitkän hoitosuhteen kautta asukkaan ja hänen elämänhistoriansa.

Läheisten halun toimia yhteistyössä liittyi, miten usein henkilökunta raportoi omaisille asukkaan voinnista ja muutoksista. Tiedottamiseen vaikutti se, miten henkilökunta suhtautui asukkaan läheisiin. Asukkaan läheiset toivoivat, että heitä tulisi informoida tehokkaammin etukäteen, jos asukkaalle on järjestetty retki tai muuta koko päivän kestävä ohjelmaa. Asukkaan läheiset toivat esiin muutosehdotuksia tiedottamisen toteuttamisen parantamiseksi. Läheiset toivoivat tietoa sähköisessä muodossa. Useimmissa omaisten vastauksissa oli epätietoisuutta omaisen eli asukkaan päivän rutiineista ja hoidon toteutuksesta. Lomakehaastattelussa tuli ilmi, että asukkaan läheisillä ei ollut tar-

kempaa tietoa asukkaan aktiviteeteista, eikä tietoa lääkärintarkastusten aikatauluista ja asukkaan lääkemuutoksista.

Asukkaan läheisten lomakehaastatteluissa tuli ilmi, että he kokivat luottamusta hoitajiin ja läheisensä hoitoon, kun heihin oltiin aktiivisesti yhteydessä. Asukkaan läheisille oli myös tärkeää saada henkilökunnalta tukea omaisen voinnin huonontuessa. Vain yksi omaisista kyselyissä mainitsi saaneensa henkilökunnalta henkistä tukea. Asukkaan läheisille oli tärkeää, että heidän toiveitaan kuultiin ja, että he voivat esittää henkilökunnalle toiveitaan. Toiveiden kuuleminen tuotti asukkaan läheisille tyytyväisyyden kokemuksia läheisen hoidosta.

Yhteistyöhaluun vaikutti asukkaan läheisten asenne hoitoa kohtaan. Läheisillä oli erilaisia tapoja olla yhteydessä henkilökuntaan ja toisilla yhteydenpito oli aktiivisempaa. Osa läheisistä oli enemmän kiinnostunut asukkaan hoidosta ja oli yhteydessä usein puhelimitse ja kävivät viikonloppuisin. Asukkaan läheisten asenteeseen hoitoa kohtaan vaikutti kuinka paljon he joutuivat puuttumaan läheisen saamaan hoitoon ja muistuttamaan henkilökuntaa siinä esiin tulleissa epäkohdissa. Läheisten haluun toimia yhteistyössä vaikutti heidän asenteensa hoitoon ja hoitohenkilökuntaa. Myös henkilökunnan tiedottamistavalla oli merkitystä miten asukkaan läheiset olivat halukkaita toimimaan yhteistyössä.

Asukkaan läheiset kokivat ryhmäkodin ilmapiirin myönteiseksi ja asukkaan kannalta turvalliseksi. Hoitajien ystävällisyys ja jutteleminen asukkaan ja henkilökunnan kanssa tekivät asukkaan läheiset tyytyväisiksi. Jokaisessa henkilökunnan vastauksessa tuli esiin ajanpuute ja kiire. Nämä vaikuttavat työilmapiiriin ja sitä kautta yhteistyön sujumiseen asukkaan läheisten kanssa. Työilmapiiriin vaikutti myös henkilökunnan asenteet asukkaan läheisiä kohtaan. Osalle henkilökunnasta kiire oli keino välttää läheisten kohtaamista. Näissä tuloksissa kiire ja ajanpuute olivat ristiriidassa hoitohenkilökunnan haluun tehdä laadukasta hoitotyötä. Toisaalta kiirettä käytettiin keinona välttää vuorovaikutusta asukkaan läheisen kanssa.

Hoitajat tiedostivat vuorovaikutuksen tärkeyden yhteistyösuhteen luomisessa asukkaan läheisiin ja omien vuorovaikutustaitojensa merkityksen sekä vuorovaikutustaitojen kehittämistarpeen. Henkilökunta koki epävarmuutta vuorovaikutuksessa, kun ei tuntenut

asukkaan läheisiä riittävän hyvin. Jokaisessa vuorovaikutussuhteessa yksilöiden, niin henkilökunnan kuin läheistenkin persoonallisuus vaikutti siihen, millaisena vuorovaikutus koettiin. Vuorovaikutuksen sujumiseen asukkaiden läheisten kanssa vaikutti myös läheisten erilaisuus.

Henkilökunta toivoi, että asukkaiden läheiset kävisivät useammin katsomassa asukasta ja olisivat enemmän yhteydessä henkilökuntaan, esimerkiksi puhelimitse. Henkilökunta koki, että asukkaan läheiset tarvitsevat enemmän rohkaisua hoitoon osallistumiseen ja yhteiseen tekemiseen. Yhteinen tekeminen hoitohenkilökunnan mielestä parantaa yhteistyön sujumista asukkaan läheisen kanssa.

Yhteenvedona analyysien tuloksista nousee asukkaan kehittämis ehdotuksen aiheeksi asiat joka edistävät asukkaan läheisten ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutusta ja tutustumista toisiinsa. Toisena kehittämis ehdotuksena analyysin tuloksista tulee esiin asukkaan elämänhistorian tunteminen, jota asukkaan läheiset ja henkilökunta pitivät tärkeänä.

6. ELÄMÄNPUUTYÖSKENTELY

6.1 Kehittämisprosessi

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten tehostetun palveluasumisen ryhmäkodin hoitohenkilökunnan, asukkaan ja asukkaan läheisten vanhuslähtöinen yhteistyö toteutuu. Kehittämisosassa vastaamme opinnäytetyön kolmanteen tutkimuskysymykseen Miten perhekeskeisessä hoitotyössä kehitetty elämänpuu soveltuu hoitohenkilökunnan, asukkaan ja asukkaan läheisen yhteistyön kehittämisen keinoksi.

Tarkoituksenamme on elämänpuutyöskentelyä toteuttaen intervention kautta kehittää uutta työmuotoa ryhmäkotiin. Tavoitteena on tuottaa tietoa ja ymmärrystä siitä, miten perhekeskeisessä hoitotyössä kehitetty elämänpuu soveltuu tehostetun palveluasumisen ryhmäkodin hoitohenkilökunnan, asukkaan ja asukkaan läheisen yhteistyön kehittämisen ja vuorovaikutuksen parantamisen keinoksi. Jatkossa henkilökunta eli omahoitaja yhdessä asukkaan läheisen kanssa voivat tehdä elämänpuun jokaiselle ryhmäkodin asukkaalle.

Henkilökunnan ja asukkaiden läheisten vastauksista nousi esiin seuraavat merkityskokonaisuudet: elämänhistoria, tiedottamisen toteuttaminen, läheisten kokemus hoitajien ammattitaidosta, läheisten halu toimia yhteistyössä, organisaation luomat edellytykset ja arvot, työilmapiiri, vuorovaikutustaidot ja yhteistyö. Tuloksista huomaamme, että asukkaan elämänhistorian tunteminen vaikuttaa koko hoitotyöhön ja vuorovaikutukseen asukkaan, asukkaan läheisten ja henkilökunnan kanssa. Kehittämisosassa teimme elämänpuun kahden asukkaan, hänen läheisensä ja omahoitajan kanssa marraskuussa 2010.

Kehittäminen edellyttää perusteluja, joilla otetaan kantaa siihen, mitä ja miksi kehitetään. Kehittäminen vaatii toiminnan organisointia, jolloin selvitetään kuka tekee mitäkin ja millä resursseilla sekä miten toimintaan ja arvioidaan. Kehittämisellä pyritään uuden toimintatavan tai käytännön tuottamiseen. Kehittämistoiminnan lähtökohtana on usein nykytilanteen ongelma tai visio eli tulevaisuuden ihannekuva. Kehittämistoiminnan toteutuksen kannalta on eduksi, jos tavoite voidaan perustella mahdollisimman konk-

reettisesti. Perusteluissa pyritään ottamaan kantaa siihen, miksi monien asioiden ja kysymysten joukosta juuri tämä tai tuo seikka vaatii erityisiä kehittämistoimenpiteitä. Kehittämistoiminnan tavoite voi olla se, että työntekijät kokevat työnsä mielekkäämmäksi kuin aikaisemmin tai asiakkaat saavat parempaa palvelua kuin aikaisemmin. Lähtökohdiana voidaan pitää sitä, että toimintaan osallistuvat kaikki, joita kehittäminen tavalla tai toisella koskettaa. (Toikko & Rantanen 2009,56–57.)

Kehittämistoiminnan toteutus muodostuu ideoinnista, priorisoinnista, kokeilusta ja mallintamisesta. Työyhteisön kehittäminen voi tarkoittaa esimerkiksi oman työ jäsentämistä, uusien työtapojen kokeilua, yhteistyön kehittämistä, organisaatorakenteen uudistamista tai asiakasosallisuuden edistämistä. Toteutus pyritään rajaamaan ja kohdentamaan mahdollisimman tarkasti. Kehittämistoiminta on ennen kaikkea konkreettista tekemistä, mutta siihen liittyy myös pohtiva ja analysoiva taso. Kehittämistoimintaan sisältyy kokeiluvaihe, jonka yhteydessä kokoajan kerätään palautetta. Kokeilevan toiminnan avulla tähdätään kehitystulosten kuvaamiseen. Esimerkiksi uuden työtavan mallinnus on kehitystulos, joka on tiivistetty selkeäksi kokonaisuudeksi. (Toikko ym. 2009 59–60.)

Jokaisen työorganisaation kehittämisprosessi on ainutkertainen ja kehittämistoiminnan tulokset ja tuotokset ovat tässä mielessä kontekstisidonnaisia. Tutkijan tehtävä on tuoda esille tutkimuksen toteutus ja konteksti niin läpinäkyvästi, että muut voivat arvioida tulosten käyttökelpoisuutta omassa yhteisössään. Usein kehittämistoimintaa raportoitaessa on olennaista analysoida myös epävarmuustekijöitä tai ristiriitoja. (Toikko ym. 2009, 126–128.)

Toimintaympäristön kuvaus voidaan toteuttaa fakthanäkökulmasta tai tulkinnallisesta näkökulmasta. Fakthanäkökulma tarkoittaa esimerkiksi organisaatioiden ja yhteisöiden julkilausuttujen periaatteiden ja toimintatapojen kuvaamista lähtemällä organisaatiokaaviosta, virallisista asiakirjoista, asiakasmääristä, henkilöstörakennetta kuvaavista tilastoista sekä taloudellisista tunnusluvuista. Toimintaympäristön faktuaalisessa eli tosiasiallisessa jäsentämisessä voidaan keskittyä myös toimijoihin, jolloin keskeistä on hahmottaa millaisista toimijoista toimintaympäristö muodostuu. (Toikko ym. 2009, 135.)

6.2 Elämänpuutyöskentelyn raportit

Tässä alaluvussa kerromme miten toteutimme opinnäytetyön interventio-osan ryhmäkodissa. Interventiossa teimme elämänpuun kahdelle asukkaalle, joista kirjoitimme raportit. Ensimmäisessä interventiossa eli elämänpuun tekokerralla teimme tapahtumasta kirjallisia muistiinpanoja ja olimme varanneet ison piirustuslehtiön, johon voitiin suoraan hahmotella asukkaan elämänpuuta. Toisessa tapaamisessa käytimme nauhuria. Muistiinpanoista ja ääninauhoista kertyneet aineistot kirjoitettiin kahdeksi raportiksi, jotka myöhemmin koottiin elämänpuu tauluiksi. (kuva 1; kuva 2). Sovimme elämänpuutyöskentelyn ajan etukäteen kahden asukkaan omahoitajan ja asukkaan läheisen kanssa. Molempien asukkaiden läheiset olivat heidän tyttäriään. Elämänpuutaulu sijoitettiin asukkaan omaan huoneeseen asukkaan läheisen luvalla.

Ensimmäisen elämänpuun (kuva 1) tekemiseen osallistuivat asukas, asukkaan läheinen, omahoitajan sijainen, me kaksi opiskelijaa ja opinnäytetyötämme ohjaava opettaja. Opettaja oli mukana ensimmäisellä kerralla kuuntelemassa ja tarvittaessa ohjaamassa elämänpuun tekemisessä. Läsä oli myös kaksi muuta asukasta, mikä sopi myös asukkaalle ja hänen läheiselleen. Haastattelu tehtiin iltapäiväkahvin aikaan yhteisen tilan ison pöydän ääressä. Pöydän ääreen kokoonnuttiin yleensä myös asukkaiden omien vieraiden ja läheisten kanssa kahville ja seurustelemaan.

Olimme varanneet ison piirustuslehtiön, johon voitiin suoraan hahmotella asukkaan elämänpuu. Keskustelun aikana oli tarkoitus jo hahmotella henkilöt puun malliin ja myöhemmin tehdä lopullinen versio asukkaan huoneen seinälle. Ensimmäisen keskustelun aikana omahoitaja oli poissa työvuorosta, mutta hänen sijaisenaan toimi toinen iltavuoroon tullut hoitaja. Pöydällä oli tyttären äidille tekemiä valokuvakansioita, joiden avulla ryhdyimme keskustelemaan. Keskustelimme kaikki yhdessä ja myös kaksi muuta asukasta osallistui keskusteluun. Aloitimme synnyin- ja lapsuuskodin muistoista ja asukas kertoi omista vanhemmistaan ja sisaruksistaan. Muistelussa edettiin asukkaan koulu- ja nuoruusaikaan, jonka jälkeen siirryttiin omaan ammattiuraan, avioliittoon, puolisoon ja perheeseen. Yhteisestä elämästä aviopuolison ja perheen kanssa tuli mieleen monta mukavaa muistoa. Omien lasten nykyvaiheita sekä lastenlasten elämää ja nimiä oli asukkaan vaikea muistaa. Asukas muisti paremmin ajan omasta lapsuudestaan ja nuoruudestaan. Nykyhetkeä asukkaan oli vaikea hahmottaa muistisairautensa vuoksi.

Keskustelu piristi asukasta ja asukkaan läheinen johdatteli keskustelua, koska hän tunsi asukkaan elämänhistorian. Asukkaan läheisen tehtävä elämänpuun tekemisessä onkin johdattaa prosessia, sillä omahoitajalla ei vielä ole välttämättä tarvittavia tietoja entuudestaan. Missään vaiheessa keskustelua ei tullut tunnetta, että asukkaalle aiheutuisi muistelusta ahdistusta tai mielenliikutusta. Keskustelutilanteessa tunnelma oli avoin ja asukas nautti saamastaan huomiosta, ja siitä, että sai kertoa omasta elämästään muille läheisensä avustuksella.

Toiseen elämänpuun (kuva 2) tekemiseen osallistuivat asukas, asukkaan läheinen, omahoitaja ja me kaksi opiskelijaa. Tapaamisaika oli iltapäivällä, kun ryhmäkodissa oli rauhallista. Teimme elämänpuuta asukkaan omassa huoneessa läheisen toiveesta. Keskustelu nauhoitettiin, johon saimme läheisen luvan. Läheinen alkoi oma-aloitteisesti kertoa asukkaan sairastumiseen johtavista asioista, muistisairauden alkuajoista ja miten lopulta oli eri hoitopaikkakokeilujen päädytty nykyiseen hoitopaikkaan. Asukkaan kanssa yhdessä he kävivät läpi asukkaan lapsuutta, nuoruutta ja avioliiton solmimisaikaa sekä elämää siitä eteenpäin. Asukkaan läheinen näytti samalla valokuva-albumista kuvia eri elämänvaiheilta. Omahoitaja kuunteli ja kertoi välillä tapahtumia nykyhetkestä. Omahoitaja oli keskustellut ja muistellut asukkaan kanssa jo aiemminkin hänen elämän vaiheitaan, ja omahoitajalle elämänhistoria oli jo osittain tuttua.

Asukas oli innoissaan ja tuntui muistavan hyvin eri tapahtumien henkilöt ja tunnelmat. Muutaman kerran asukas epäröi ja kysyi läheiseltä muistanko nyt oikein ja he keskustelivat ja selvittivät muiston yhdessä. Asukas ei muistanut ollenkaan, että oma puoliso oli kuollut. Hän kielsi sen täysin ja läheinen johdatteli puheen taitavasti toiseen aiheeseen. Omahoitaja ja asukkaan läheinen keskustelivat asukkaan elämänhistoriasta yhdessä ensimmäistä kertaa pidempään.

Tilanne oli hyvin lämminsävyinen tunnelmaltaan ja tuntui, että se virkisti myös asukasta. Keskustelun aikana tilanne ryhmäkodissa muuttui ja omahoitajalle tulleet puhelut keskeyttivät välillä elämänpuun tekemishetkeä. Keskeytysten vuoksi jouduimme palaamaan keskustelussa takaisin jo aikaisempaan aiheeseen ja tämä häiritsi asukkaan keskittymistä ja sekavoitti hänen ajatuksiaan. Kaikki läsnä olleet kokivat elämänpuun tekemisen tuokion onnistuneeksi ja hyödylliseksi.

6.3 Tulokset ja yhteenveto elämänpuun tekemisestä

Elämänpuun tekemisen aikana kumpikin asukkaista koki elämänhistoriasta keskustelemisen mielekkäänä ja muistelu herätti paljon lämpimiä muistoja, joista syntyi värikästä keskustelua. Molemmat asukkaat muistivat paremmin omaan lapsuuteensa liittyviä asioita kuten oma äiti ja isä, sisarukset sekä lapsuuden koti. He muistivat paremmin myös muita lapsuudessa tärkeitä henkilöitä, kuten omat isovanhemmat, tädit, sedät ja enot sekä serkut. Yhteistä oli myös, että nykyhetken ja läheisten ihmissuhteiden hahmottaminen oli vaikeaa. Toiselle asukkaalle tuotti enemmän ahdistusta tieto oman aviopuolison kuolemasta, mutta kummallekin oli outoa ymmärtää, että omat vanhemmat ovat jo kuolleet.

Ensimmäinen elämänpuunkeskustelu tehtiin yhteisen tilan pöydän ääressä, jolloin asukkaiden yhdessä muistelu oli asukkaille rikastuttava kokemus ja lisäsi yhteisöllisyyden tunnetta, kaikki olivat innokkaita kertomaan, keskustelemaan ja muistelemaan. Omassa huoneessa tehty elämänpuun tekemisen tilanne oli yksityisempi eikä yhteistä kokemusta muiden asukkaiden kanssa tullut. Huomasimme, että omasta elämästä kertominen ja puhuminen innosti asukasta ja paransi aktiivisuutta sekä kohotti itsetuntoa.

Toisten asukkaiden osallistuminen ja läsnäolo elävöitti tilannetta. Yhdessä muistelu olisi kaikille rikastuttava kokemus ja lisäisi yhteisöllisyyden tunnetta, myös henkilökunnan ja asukkaiden välillä. Elämänpuun tekemisen ja keskustelun myötä omahoitajan, asukkaan ja asukkaan läheisen suhde läheni ja sitä kautta saatiin yhteisiä keskusteluaiheita lisää.

Usein lapsuuden hetkiin ja elämän tärkeisiin hetkiin liittyy jollain tavalla myös ruoka, esimerkiksi asukas muistelee lapsuuden ajan joulua ja kodin tuoksuja ja sen ajan joulu-ruokia tai jotakin oman perheen juhlia ja ruokatapoja. Elämänpuun tekeminen voisi olla esimerkiksi osa yhteistä kahvihetkeä, joka jatkuisi muistelemisella. Elämänpuuta voidaan tehdä joko yhdessä useamman asukkaan ollessa läsnä tai vain asukkaan, läheisen ja omahoitajan kanssa.

Elämänpuun tekemisen jälkeen henkilökunnalle laadittiin elämänpuun käyttöä koskien lyhyt palautekysely, jossa heitä pyydettiin arvioimaan ja esittämään mielipiteitään elä-

mänpuun käyttömahdollisuuksista ja soveltuvuudesta hoitotyöhön. Kyselyn tuloksena hoitohenkilökunta piti elämänpuun tekemistä hyvänä työmuotona tutustuttaessa asukkaaseen. Henkilökunnan mielestä elämänpuu tulisi tehdä heti, kun asukas tulee ryhmäkotiin. Henkilökunta toivoi lisäkoulutusta aiheesta. Vastausten mukaan elämänpuun käyttäminen antaa tietoa asukkaan perheenjäsenistä ja läheisistä ihmisistä, asukkaan elämänhistoriasta ja siitä, millainen asukas on ollut nuorempana. Elämänpuu auttaa henkilökuntaa ymmärtämään asukkaan nykyistä käyttäytymistä ja tuntemaan asukkaan omia tottumuksia, mikä lisää turvallisuuden tunnetta. Elämänpuun tekeminen tutustuttaa asukkaan ja omahoitajan sekä omahoitajan ja asukkaan läheiset toisiinsa. Elämänpuun tekeminen heti asukkaan tullessa ryhmäkotiin nopeuttaa asukkaaseen tutustumista ja on hyvä väline asukkaan tuntemaan oppimisessa. Hoitajien ehdotuksena tuli, että elämänpuusta voisi tehdä valmiin pohjan asukkaan hoitosuunnitelman osaksi, jonka voisi asukkaan läheisen kanssa täyttää, kun vanhus tulee ryhmäkotiin asukkaaksi.

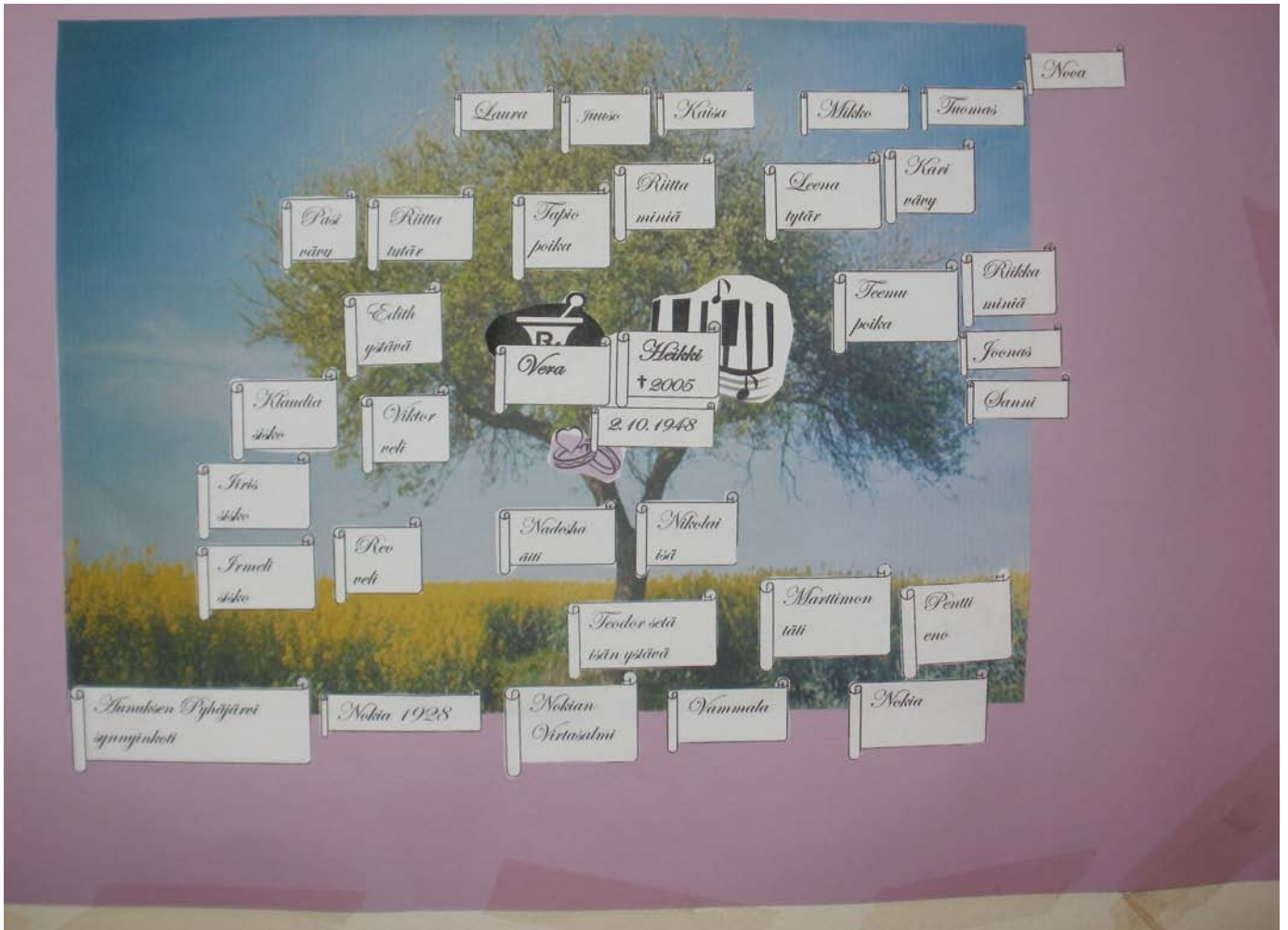
Elämänpuun tekemisen jälkeen huomasimme muutamia seikkoja, jotka olisi hyvä ottaa huomioon elämänpuutyöskentelyä suunniteltaessa. Muistelutilanteeseen ja elämänpuun tekemiseen tulee varata riittävästi aikaa. Keskustelun tulee tapahtua kiireettömässä ja rauhallisessa ympäristössä. Elämänpuun tekemisessä on otettava huomioon asukkaan ja asukkaan läheisen toiveet, siitä ketkä osallistuvat elämänpuun tekemiseen. Jokaiselle asukkaalle ja hänen läheiselleen elämänpuun tekeminen tulisi olla vapaaehtoista. Elämänpuun tekemisen tilannetta ja keskustelun aiheita ohjaavat asukas ja hänen läheisensä. Hoitohenkilökunnan rooli on enemmän kuunteleva ja uutta tietoa vastaanottava.

Kaikilla asukkailla ei ole läheisiä, joten elämänpuun voi tehdä asukkaan ja omahoitajan kesken. Henkilökunnan olisi tärkeää kertoa läheisille, että elämänpuun tekemisessä voi mahdollisesti tulla esiin erilaisia tunnetiloja ja kokemuksia ja että dementiaa sairastava voi elää omassa maailmassaan ja olla erkaantunut nykyhetkestä. Henkilökunnan tulisi huomioida ja osata käyttää omaa herkkyyttään sekä tilannetajua, ettei muisteluhetkestä tule läheiselle ahdistava. Henkilökunnan tulisi kiinnittää keskustelun sävyyn ja tunneilmapiiiriin huomio, jotta keskustelun aikana tunnelma säilyisi positiivisena.

Koskikodin ryhmäkodissa pidettiin marraskuussa 2011 henkilökunnan osastotunnilla koulutustilaisuus elämänpuutyöskentelystä. Osastotuntiin osallistui kuusi henkilökunnan jäsentä ja kaksi YAMK opiskelijaa. Henkilökunnalle kerrottiin elämänpuutyösken-

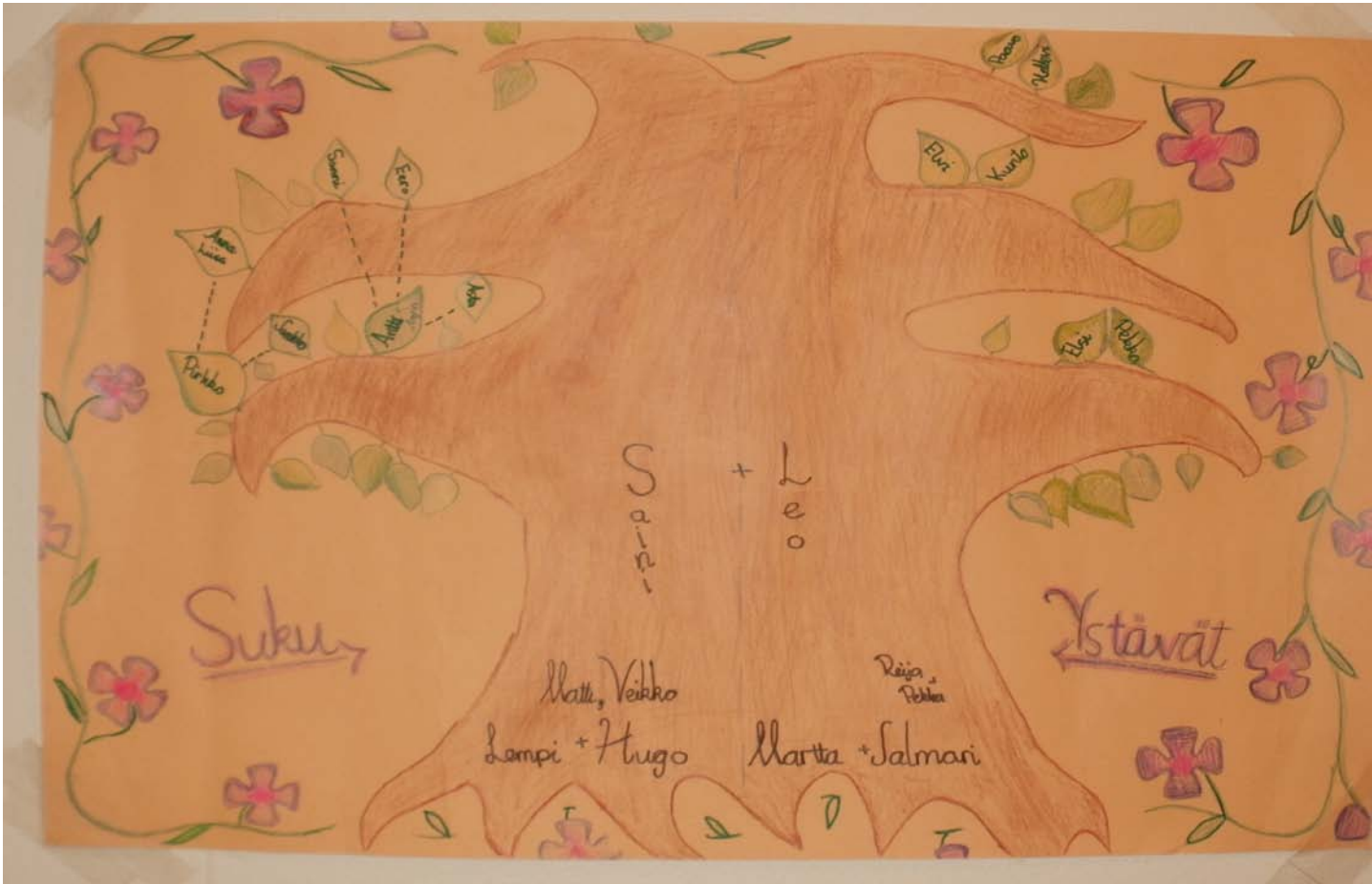
telyn aikana tehdyistä havainnoista ja miten elämänpuu voidaan toteuttaa ryhmäkodin asukkaille. Koulutustilaisuuteen tehtiin powerpoint esitys koulutuksen havainnollistamiseksi. Esityksen jälkeen koulutukseen osallistuneelle henkilökunnalle jaettiin palautelomake, jolla he antoivat kirjallisen palautteen elämänpuun toteutuksesta, sen käyttömahdollisuuksista sekä mahdollisista kehittämisideoista. Palautteita saatiin kaikilta osallistujilta, kuusi (6) kappaletta.

Henkilökunnan jäsenistä osa oli sitä mieltä, että henkilökunnalla on liian vähän aikaa elämänpuun toteuttamiseen ja he suuntaisivat työn tekemisen virikeohjaajille. Kaikki pitivät elämänpuutyöskentelyä hyvänä muistisairaalle vanhukselle, varsinkin uudelle asukkaalle. Useassa vastauksessa elämänpuu nähtiin hyvänä välineenä hoitajalle oppia tuntemaan asukas. Eräässä vastauksessa kiinnostus heräsi tehdä omille asukkaille elämänpuu. Elämänpuu antaa tukea hoitotyölle ja antaa mallia sekä idean omiin toteutuksiin. Erään vastaajan mielestä elämänpuu palvelee muistisairaahan asukkaan ja hoitajan välistä hoitosuhdetta ja vahvistaa asukkaan sosiaalista toimintakykyä, asukkaan elämänlaatu ja hyvinvointi kohenee.



KUVA 1. Elämänpuu kuva 1 (Kuva: Paula Asunta 2011)

Kuvassa 1 elämänpuun päähenkilö ja hänen puolisonsa on asetettu puun keskelle. Henkilön omat vanhemmat ja muut läheiset sukulaiset asettuvat alapuolelle, ikään kuin puun juuriksi. Omat sisarukset ja ystävät on sijoitettu kuvassa puun vasemmalle laidalle ja omat lapset ja lapsenlapset sijoittuvat puun yläosille. Elämän erivaiheiden asuinpaikat ovat aikajanalla kuvan alareunassa vasemmalta oikealle.



KUVA 2. Elämänpuu kuva 2 (Kuva: Paula Asunta 2011)

Kuvassa kaksi koko suku on sijoitettu puun vasemmalle ja ystävät oikealle puolen. Oksat kuvaavat lapsia ja heidän puolisoitaan sekä lastenlapsia.

7. POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tarkastellaan tutkimuksella tuotetun tiedon totuudenmukaisuutta. Luotettavuuden arvioinnissa painotetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista. Uskottavuus kuvaa sitä, miten tutkimuksen aineisto ja sen pohjalta tehty analyysi kuvaavat tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. Uskottavuutta lisää esimerkiksi se, että tutkija on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa sekä tutkijan pitämä tutkimuspäiväkirja, jossa hän tuo esille kokemuksiaan ja pohdintojaan valinnoistaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 128; Kylmä ym. 2008, 24–28.) Uskottavuudella tarkoitetaan Eskolan ja Suorannan (2000, 212) mukaan sitä, vastaavatko tutkijan käsitteellistykset ja tulkinnat tutkittavien käsityksiä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata miten tehostetun palveluasumisen ryhmäkodin hoitohenkilökunnan, asukkaan ja läheisten vanhuslähtöinen yhteistyö toteutuu. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa ja ymmärrystä siitä, miten perhekeskeisessä hoitotyössä kehitetty elämänpuutyöskentely soveltuu tehostetun palveluasumisen ryhmäkodin hoitohenkilökunnan, asukkaan ja asukkaan läheisen yhteistyön kehittämisen ja vuorovaikutuksen parantamisen menetelmäksi. Tässä alaluvussa käsitellään opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä sekä tarkastellaan tuloksia ja verrataan niitä aikaisempien tutkimusten tuloksiin.

Opinnäytetyön aihe valittiin aikaisemmin samaan organisaatioon tehdyn työelämäraportin jatkotutkimusehdotusten perusteella. Työn lähdemateriaali valittiin kirjallisuudesta ja aikaisemmista tutkimuksista sen perusteella oliko niissä aiheesta uusinta ja relevanttia tietoa. **Opinnäytetyön tutkimusaineiston muodostivat Pirkanmaalla sijaitsevan tehostetun palveluasumisen ryhmäkodin neljä henkilökunnan jäsentä ja neljä asukkaan läheistä, joille lähetettiin postitse haastattelulomakkeet. Haastattelulomakkeita lähetettiin viidelle asukkaan läheiselle, joista palautui neljä ja henkilökunnan haastattelulomakkeita palautui tekemämme palautusmuistutuksen jälkeen neljä kappaletta.** Elämänpuutyöskentely toteutettiin kahden asukkaan, läheisen ja omahoita-

jan kanssa. Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus, jossa käytettiin lomakehaastattelua aineiston keruumenetelmänä. Kehittämisosassa toteutettiin toiminnallisia menetelmiä. Opinnäytetyön aikana noudatettiin laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereitä vastaamalla tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön tutkimusprosessia kuvattiin mahdollisimman tarkasti ja totuudenmukaisesti.

Aluksi tehtiin lomakehaastattelu, jossa kysyttiin henkilökunnan ja asukkaan läheisten käsitystä dementoituneen asukkaan hoitotyöstä ja vuorovaikutuksen toteutumisesta henkilökunnan ja läheisten välillä. Kyselylomakkeet lähetettiin viidelle asukkaan läheiselle postitse palautuskuoren kanssa. Ryhmäkodin palveluohjaajan toimesta jaettiin kyselylomakkeet viidelle henkilökunnan jäsenelle työpaikalla. Henkilökunta palautti lomakkeet suljetussa kuoressa palveluohjaajalle. Vastauksien palautumiseen eli otoksen edustavuuteen ja vastauksien eli aineiston kadon vähentämiseksi laadittiin motivoiva saatekirje, jossa tutkijat esittelivät itsensä, opinnäytetyön aiheen ja tarkoituksen. Asukkaan läheisten kyselyyn liitettiin postimerkillä varustettu palautuskuori palauttamisen helpottamiseksi. Henkilökunnan kyselyiden palauttamisesta tehtiin yksi palautusmuistutus. Palautusten viivästymisen syyn osaltaan saattaa selittää kesä ajankohtana, jolloin vastaamattomuuteen oli osasyynä henkilökunnan vuosiloma-aika ja siitä syystä henkilökunnan tavoittamattomuus. Lomakkeita palautui yhteensä kahdeksan, neljä asukkaan läheisen ja neljä henkilökunnan lomaketta, jolloin palautusprosentti oli 80 % (N=8).

Henkilökunnan ja asukkaan läheisten lomakehaastatteluiden aineisto analysoitiin sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysin tekemisen yhteydessä on pyritty tarkkuuteen ja johdonmukaisuuteen. Jaottelimme alkuperäisilmaukset pelkistettyihin ilmauksiin ja luokitelimme aineiston kategorioihin. Teimme ensin kummatkin oman analyysimme ja yhdistimme molempien tekemät analyysit hakemalla samanlaisia ja erilaisia teemoja. Analyyseista teimme yhteisen synteesin, joka lisäsi analyysin luotettavuutta. Sitaattien käyttäminen lomakehaastattelujen tulosten kuvaamisessa vahvistaa opinnäytetyön luotettavuutta.

Lomakehaastattelun tukena käytimme Mustajoen ym. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa-tutkimuksesta valittuja teemoja, vanhuslähtöinen hoitotyö, asukkaan läheisen ja hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö sekä hyvä hoito. Lomakehaastattelun analyysin perusteella päädyimme kehittämisosan teemaan elämänpuutyöskentelystä, jota tuki

myös asukkaiden läheisten ja henkilökunnan kokemukset vuorovaikutuksen ja yhteistyön parantamisen tarpeesta. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että tutkimustehävät voivat muuttua aineistonkeruun ja analyysin aikana (Kylmä & Juvakka 2007, 117).

Elämänpuutyöskentelyä varten henkilökunnalta kysyttiin ehdotusta elämänpuun tekemiseen soveltuvista läheisistä. Henkilökunta valitsi sopivat läheiset, joilta kysyttiin lupa vielä puhelimitse. Henkilökunnasta osallistujaksi valittiin asukkaan omahoitaja. Elämänpuun tekeminen tapahtui ryhmäkodissa sovittuna aikana. Ensimmäinen tapahtuma kirjoitettiin tekemisen yhteydessä ylös muistiinpanoiksi ja litteroitiin ja toinen tapahtuma nauhoitettiin ja litteroitiin sanasta sanaan. Elämänpuutyöskentely kirjoitettiin raportin muotoon ja sen jälkeen tehtiin elämänpuu-taulu. Elämänpuutyöskentelyn jälkeen toteutettiin kirjallinen kysely henkilökunnalle, jolla kartoitettiin henkilökunnan mielipidettä elämänpuun soveltuvuudesta hoitotyöhön. Vastauslomakkeet luettiin ja referoitiin raporttiin. Opinnäytetyön raportissa kuvataan opinnäytetyön aikataulu ja tapaamisista pidettiin päiväkirjaa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan myös tulosten siirrettävyydellä muihin vastaaviin ympäristöihin ja tilanteisiin (Eskola & Suoranta 2000, 212). Opinnäytetyön raportissa pyrittiin kuvailemaan tutkimusympäristöä ja tutkittavien elämäntilannetta tulosten siirrettävyyden mahdollistamiseksi toisiin vastaaviin tilanteisiin. Elämänpuutyöskentelyn siirrettävyyttä arvioitaessa huomionarvoista on että, elämänpuu sinällään voidaan toteuttaa tiettyä kaavaa noudattaen, mutta jokainen elämänpuun tekotilanne on prosessina ainutlaatuinen ja yksilöllinen. Työskentelyyn vaikuttavat asukkaan fyysinen kunto, muistihäiriön vaihe sekä suhteet läheisiin. Elämänpuutyöskentelyssä tulee huomioida ennustamattomasti vaikuttavat tekijät kuten asukkaan käyttäytyminen, tunnetila, äkillinen haastattelutilanteen keskeytyminen, puhelu henkilökunnalle tai jokin muu häiriötekijä.

Opinnäytetyön yleistettävyyttä ja tulosten siirrettävyyttä ei voida asian tapauskohtaisuuden vuoksi pitää kovin hyvinä. Toisin sanoen aineistosta saatuja tuloksia ei sinällään voida yleistää koskemaan laajempaa joukkoa. Toisaalta aineiston analyysissä esiin nousseet tulokset ovat samansuuntaisia kuin aikaisemmista tutkimuksista saadut tulok-

set. Jatkotutkimusten kautta saatu lisätieto toisi hyvää vertailuaineistoa käsillä olevien tulosten rinnalle.

Vahvistuvuus laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerinä tarkoittaa sitä saavatko tutkimuksessa tehdyt tulkinnat tukea toisista vastaavaa ilmiötä tarkastelleista tutkimuksista (Eskola & Suoranta 2000, 213). Tässä opinnäytetyössä henkilökunnan ja asukkaan läheisten lomakehaastatteluiden tulokset olivat mielestämme hyvin samankaltaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa viitatu tulokset. Tämä ei ollut meille uutta vaan ennakkokäsityksemme tuki tätä tulosta. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että elämänpuutyökentelyn järjestäminen ja yhteinen aika asukkaan läheisen ja henkilökunnan kanssa lisäävät vuorovaikutusta ja luottamusta asukkaiden läheisten ja henkilökunnan välillä.

Opinnäytetyöstä saatua tietoa ja tutkittavaa ilmiöitä on kuvattu siinä hetkessä ja kontekstissa, missä tutkimushaastattelut ovat toteutettu. Opinnäytetyössä tuli esille merkityksiä ja tapahtumia, jotka ymmärrettiin aineistonkeruutilanteissa. Tulokset voisivat olla erilaisia, jos haastateltavat henkilöt olisivat olleet toiset. Myös eri haastattelija olisi voinut saada toisenlaisia tuloksia.

Varmuus laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerinä tarkoittaa sitä, että tutkijan tulee ottaa huomioon mahdollisuuksien mukaan tutkimukseen ennustamattomasti vaikuttavat tekijät. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen varmuus ja vahvistuvuus, samoin kuin uskottavuus ja siirrettävyys palautuvat lopulta kaikki tutkimusmenettelyn huolelliseen raportointiin, jonka kautta lukijan on mahdollista seurata tutkimuksen kulkua ja arvioida sen luotettavuutta. (Eskola & Suoranta 2000, 244.)

7.2 Eettiset näkökohdat

Laadullisen tutkimuksen eettisiin kysymyksiin yleisesti kuuluvat osallistujiin, menetelmän tarkoituksenmukaisuuteen ja raportointiin liittyvät asiat. Opinnäytetyön aiheen valinnan lähtökohtana oli aiheen ajankohtaisuus ja tutkijoiden subjektiivinen mielenkiinto aiheeseen. Osallistujiin kohdistuvat eettiset näkökohdat otettiin tässä opinnäytetyössä huomioon siten, että osallistujat pysyivät nimettöminä, eikä heidän tunnistamis-

taan helpottavia yksityiskohtaisia tietoja esitetä topinnäytetyön raportissa. Opinnäytetyöhön osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujilta oli kysytty lupa tutkimukseen. Opinnäytetyössä käytettäviin haastattelulomakkeisiin vastattiin anonyymisti. Opinnäytetyössä on noudatettu hyvään tieteelliseen käytäntöön liittyviä tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja. (Tutkimuseettisen neuvottelukunta (2002) julkaisusta Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen: Kuula 2006, 34–35.)

Opinnäytetyön aikana säilytettiin lomakehaastatteluun osallistuneiden henkilöiden anonyymiys. Vastaukset koodattiin niin, että niiden yksittäistä vastaajaa ei pystynyt enää tunnistamaan. Vastauksista poistettiin vastaajan henkilöllisyyttä ilmentävät asiat. Opinnäytetyön tekijät ovat sitoutuneet aineiston hävittämiseen kirjallisen opinnäytetyön valmistuttua. Tämän opinnäytetyön eettisyyttä ylläpidimme analyysiaiheen tutkimusmateriaalin rehellisellä käsittelyllä sekä asianmukaisella analysoinnilla. (Kuula 2006, 106–107.)

Opinnäytetyön tekijät ovat noudattaneet rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta sekä tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja toteuttavat tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksensa tuloksia julkaistessaan. Opinnäytetyön raportointi on tehty mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja avoimesti sekä tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Tutkimuseettisen neuvottelukunta (2002) julkaisusta Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen; Kuula 2006, 34–35.)

Opinnäytetyölle saatiin lupa kohdeorganisaatiosta ja tutkimusaihe esiteltiin henkilökunnalle ryhmäkodissa useampaan kertaan. Opinnäytetyön aineisto kerättiin ryhmäkodin henkilökunnalle ja asukkaiden läheisille suunnatulla lomakehaastattelulla. Lomakehaastatteluiden liitteeksi laadittiin saatekirje, jossa tuotiin esille, että tutkijoita sitoo vaitiolovelvollisuus ja että aineisto käsitellään anonyymisti ja säilytetään luottamuksellisesti. Kehittämisosan elämänpuutyöskentelyn ensimmäinen keskustelu kirjoitettiin muistiinpanoiksi ja toinen keskustelu nauhoitettiin sekä sen jälkeen kummatkin litteroitiin sanasta sanaan. Elämänpuutyöskentelyn tuloksina piirrettiin elämänpuutaulet, joiden julkaisemiseen opinnäytetyössä pyydettiin asukkaan läheisen suostumus.

7.3 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan Koskikodin ryhmäkodin asukkaiden läheisten mielestä on tärkeää, että hoitohenkilökunta tuntee asukkaan elämänhistorian ja tietää millainen perhe hänellä on sekä millaisista perhetaustoista hän tulee muuttaessaan ryhmäkotiin. Läheiset korostivat asukkaan oman tahdon ja halun kunnioittamisen tärkeyttä sekä asukkaan mielipiteiden ja yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamista hoidon toteutuksessa. Vastaavia tuloksia on saatu aikaisemmista tutkimuksista. Koivula & Heimonen (2006) painottavat, että laadukkaassa hoitotyössä tieto dementiaan sairastuneen persoonasta ja elämänkulusta ovat tärkeitä. Ulla Eloniemi - Sulkavan (2002) mukaan jokaisella ihmisellä on oma yksilöllinen elämänhistoriansa ja eletyn elämän aikana ikääntyneelle on muodostunut näkemys niistä tekijöistä, jotka edistävät hänen hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan. Vanhuksen fyysisestä, psyykkisestä, kognitiivisesta ja sosiaalisesta toimintakyvystä kerätään tietoa, ja hoito rakennetaan jäljellä olevien voimavarojen varaan ja toteutetaan yksilöllisesti vanhuksen elämänlaatua ja toimintakykyä tukien. (Voutilainen ym. 2002; Koivula ym. 2006; Eloniemi- Sulkava 2002; Harmer & Orrell 2008, 548–558; Juva ym. 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä kuntaliiton laatiman Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008) mukaan palvelurakenteen kehittämisessä on dementiaoireisten ihmisten tarpeet otettava erityisesti huomioon. Tavoitteena ovat ikäihmisten toiveiden mukaiset kodinomaiset yksiköt ja, että kaikkiin palveluihin on sisällytettävä mahdollisuus toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään hoitoon. (STM 2008.)

Asukkaan läheisten haluun toimia yhteistyössä henkilökunnan kanssa liittyi se, miten henkilökunta raportoi heille asukkaan voinnista ja muutoksista. Asukkaan läheiset toivoivat, että heitä tulisi informoida tehokkaammin etukäteen, jos asukkaalle on järjestetty retki tai muuta koko päivän kestävä ohjelmaa ja että heille informoitaisiin asukkaan voinnista säännöllisesti esimerkiksi jonkinlaisen rekisterin tai päiväkirjan avulla ulkoilusta ja kuntosalilla käynneistä. Asukkaan läheisten toive oli saada tietoa sähköisessä muodossa asukkaan tapahtumista ja hoidon muutoksista sekä asukkaan tarpeista. Asukkaan läheiset kaipasivat henkilökunnalta enemmän tietoa asukkaan hoidosta, lääkitysten muutoksista ja lääkärinkäynneistä. Asukkaan läheisillä oli epätietoisuutta asukkaan päi-

vän rutiineista ja hoidon toteutuksesta. Aikaisemmissa tutkimuksissa on Mustajoki ym.(2001) tuonut esiin, että hyvään hoitoon sisältyy hyvä tiedonkulku ja siihen tarvitaan hoitohenkilökunnalta saumatonta yhteistyötä, sekä pitää olla sovittuna miten tiedotetaan ja kuka vastaa tiedottamisesta. Jokaisella omaisella on erilainen tiedon tarve ja se tulee huomioida hoitotyössä. Nuutisen ja Raatikaisen (2005, 131–143,) mukaan asukkaan läheinen tuki vanhusta sitä enemmän sosiaalisesti ja henkisesti, mitä enemmän hän oli saanut hoidosta tietoa henkilökunnalta. Lehtosen (2005, 63–64) mukaan omaiset toivoivat enemmän tietoa asukkaan terveyden tilasta ja arjen sujumisesta, hoitokäytännöistä sekä hoitolinjojen perusteluista sekä henkilökunnan taholta aloitteellisempaa, aktiivisempaa, henkilökunnasta lähtöisin olevaa kommunikointia. Henkilökunnan haluttiin ottavan yhteyttä erityisesti silloin, kun asukkaan voinnissa ilmenee muutoksia.

Opinnäytetyön lomakehaastattelun vastauksissa tuli esille, että asukkaan läheiset kokivat luottamusta hoitajiin ja läheisensä hoitoon, kun heihin oltiin aktiivisesti yhteydessä. Asukkaan läheiset pitivät henkilökunnan positiivista suhtautumista keskustelussa tärkeänä. Asukkaan läheisille oli tärkeää henkilökunnan positiivinen suhtautuminen heihin, niin yhteydenpidossa puhelimitse kuin vierailuilla asukkaan luona. Vanhuksen läheisten oppiessa luottamaan hoitotyöntekijöihin, hän rohkaistuu esimerkiksi läheisensä elämäntarinan kertomiseen ja auttaa siten hoitotyöntekijöitä laadukkaan hoitotyön toteutuksessa. (Friedemann ym.1997, 532; Mäkisalo-Ropponen 2008, 16–18).

Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan asukkaan läheisen yhteistyöhaluun vaikutti hänen asenteensa hoitoa kohtaan. Osa läheisistä oli enemmän kiinnostunut asukkaan hoidosta ja oli yhteydessä usein puhelimitse ja kävivät viikonloppuisin. Asukkaan läheisten asenteeseen hoitoa kohtaan vaikutti se, kuinka paljon he joutuivat puuttumaan läheisen saamaan hoitoon ja muistuttamaan henkilökuntaa siinä esiin tulleissa epäkohdissa. Läheisillä oli erilaisia tapoja olla yhteydessä henkilökuntaan ja toisilla yhteydenpito oli aktiivisempaa. Asukkaan läheisten puolelta tyytymättömyyttä koettiin kontakteissa henkilökuntaan, hoidon vaikutuksiin, henkilökunnan antamaan kuntoutukseen, ja henkilökunnan järjestämän mielekkään ajanvietteen antamiseen heidän iäkkäille sukulaisilleen. (Berglund 2007, 46–51; Harmer & Orrell 2008, 548–558).

Ryhmäkodin arvoihin kuuluivat hyvän hoidon ja huolenpidon lisäksi lämpimän, turvallisen ja avoimen ilmapiirin luominen. Kristillinen ihmiskäsitys, omien valintojen kunni-

oittaminen, tasa-arvoisuus, yhteisöllisyys ja kodinomaisuus ohjasivat toimintaa. Ryhmäkodin arvoihin kuului myös se, että ammattitaitoinen henkilökunta oli tavoitettavissa kaikkina vuorokauden aikoina. Tässä opinnäytetyössä asukkaan läheiset kokivat ryhmäkodin ilmapiirin myönteiseksi ja asukkaan kannalta turvalliseksi. Hoitajien ystävällisyys ja jutteleminen asukkaan ja henkilökunnan kanssa tekivät asukkaan läheiset tyytyväisiksi. Läheiset kokivat että asukkaat saivat turvallista hoitoa, kun henkilökuntaa oli aina paikalla. Muiden asukkaiden seura ja yhdessäolo toivat vanhuksille yhteenkuuluvuutta ja iloa jokapäiväiseen elämään. Vanhuksille oli tärkeää, että hoitohenkilökunta on vierellä ja seurustelee heidän kanssaan. (Mustajoki ym. 2001,93).

Henkilökunnan osalta yhteistyön toteutumista asukkaiden läheisten kanssa heikensi ajanpuutteesta johtuva riittämättömydentunne, joka koettiin epämieluisana. Henkilökunnan mielestä kiire vähensi aikaa, jota pitäisi viettää asukkaiden kanssa. Hoitohenkilökunta toivoi, että olisi enemmän aikaa yhdessäoloon asukkaiden ja läheisten kanssa ja viriketuokioiden pitämiseen. Nämä kaksi asiaa olivat ristiriidassa ja vaikuttivat työilmapiiriin. Samansuuntaisia tuloksia on tullut esiin aikaisemmissa tutkimuksissa. Vanhainkotiin toivottiin enemmän henkilökuntaresursseja, jotta hoidon laatu paranisi. Hoitajien vaihtuvuuden minimointiin omaiset esittivät toiveita sekä siihen, että hoitajilla olisi enemmän aikaa asukkaille. Myös kuntoutusta ja asukkaan aktivoimista toivottiin enemmän. Läheiset toivoivat, että henkilökunnalta jäisi myös heille enemmän aikaa. (Lehtonen 2005, 6–9; Majerovitz ym. 2009,12–20.)

Ajanpuute ja työilmapiiri vaikuttivat osaltaan henkilökunnan asennoitumiseen asukkaan läheisiin. Henkilökunnan vastauksissa tuli esiin eri sävyjä asennoitumisessa asukkaan läheisiin. Osa koki ilmapiirin huonoksi koska ei ollut aikaa jutella omaisten kanssa. Osalle kiire oli keino välttää läheisten kohtaamista. Aikaisemmissa tutkimustuloksissa tuli myös esiin, että hoitajat saattavat jopa vältellä erityisen kriittisesti vanhuksen hoitoon suhtautuvia läheisiä tai siirtää heidän kohtaamisen lääkärille tai muulle asiantuntijalle (Herzberg ym. 2003,435–437).

Yhteistyön toteutumiseen asukkaiden läheisten kanssa vaikuttivat hoitajien mukaan myös hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot. Pääsääntöisesti vuorovaikutus asukkaan läheisten kanssa koettiin hyväksi. Vuorovaikutussuhteissa yksilöiden, niin henkilökunnan kuin läheistenkin persoonallisuus vaikutti siihen, millaisena vuorovaikutus koettiin.

Vuorovaikutusta oli erilaista riippuen siitä, tapahtuiko se asukkaan, asukkaan läheisen tai henkilökunnan välillä. Vuorovaikutuksen sujumiseen asukkaiden läheisten kanssa vaikutti myös läheisten erilaisuus. Henkilökunta toivoi, että vuorovaikutus olisi asukkaan läheisten kanssa luontevaa ja helppoa. Vuorovaikutuksen monipuolisuus näkyy myös henkilökunnan tukena säilyttää yhteys asukkaan läheisiin. (Perälä & Räikkönen 2000, 89–100).

Henkilökunta toivoi, että asukkaiden läheiset kävisivät useammin katsomassa asukasta ja olisivat enemmän yhteydessä henkilökuntaan, esimerkiksi puhelimitse. Yhteistyön sujumisessa henkilökunta koki, että asukkaan läheiset tarvitsevat enemmän rohkaisua hoitoon osallistumiseen ja yhteiseen tekemiseen. Henkilökunta toivoi asukkaan läheisten osallistuvan enemmän ryhmäkodissa järjestettäviin yhteisiin iltoihin. Henkilökunnan mielestä yhteinen tekeminen parantaa yhteistyötä asukkaan läheisen kanssa. Yhteistyö muodostuu Potinkaran (2004, 26–27) mukaan henkilökunnan taidoista vastata vanhuksen ja hänen läheistensä tarpeisiin ja yhteistyö on yhteistä toimintaa ja konkreettista yhdessä tekemistä. Hoitotyöntekijöiden pitäisi huomioida läheisten yksilöllisyys ja heidän elämäntilanteensa, jotta yhteistyö onnistuisi (Kivelä & Vaapio 2011, 152–153). Hoitohenkilökunnan tulisi havahtua pohtimaan, miten vanhusperheen toiveet ja odotukset ovat hoidossa lähtökohtina ja miten yhteistyö perheenjäsenten kanssa toteutuu. (Salin & Åstedt-Kurki 2008, 174–176; Bauer 2006, 51.)

Työn kehittämisosassa tarkasteltiin miten ryhmäkodin asukkaan elämänpuumenetelmä soveltuu hoitohenkilökunnan, asukkaan, ja asukkaan läheisen yhteistyön kehittämisen keinoksi. Elämänpuutyöskentely oli kummallekin ryhmälle mielekästä. Sekä asukas ja asukkaan läheinen kokivat, että elämänpuutyöskentely tuo uutta ja virikkeellistä lisäarvoa dementoituneen vanhuksen elämään. Elämänhistorian kertominen myös voimaannuttaa vanhusta ja lisää hyvinvointia sekä parantaa elämänlaatua. Asukkaan läheiset kokivat yhteisen juttelutuokion parantavan yhteistyötä henkilökunnan kanssa ja tutustuttavan heidät paremmin omahoitajaan. Henkilökunnan mielestä elämänpuun tekeminen lähensi heitä asukkaan läheisiin ja toi uutta tietoa asukkaan elämänhistoriasta ja asukkaan taustoista mielekkäällä tavalla. Henkilökunnan palautteissa elämänpuutyöskentelyn toteuttaminen rauhassa koettiin haasteellisena. Useissa palautteissa mainittiin ajanpuute. Miten henkilökunta voisi järjestää laadukasta ajanviettoa ja yhteisiä keskusteluhetkiä työn lomassa, kun henkilökuntaa on vähän tai minimimäärä.

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (STM 2008) ja uudessa vanhuspalvelu laki ehdotuksessa sanotaan, että henkilöstön mitoittamisessa on asiakkaiden fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ja hoitoisuuden oltava suunnittelun keskiössä. Ympäri vuorokautisen hoidon kehittämisen tavoitteena on turvata hyvä hoito, jonka laatua ja vaikuttavuutta arvioidaan. Valtakunnallinen suositus ympärivuorokautisen hoidon henkilöstön vähimmäismääräksi on 0,5–0,6 hoitotyöntekijää asiakasta kohden vuorokaudessa. Korkeampi vaihtoehto vähimmäismitoitukseksi (0,6) on suositeltava silloin, kun asiakkailla on vaikeita somaattisia tai käytösoireita tai kun hoitoympäristön koko ja/tai rakenteelliset puitteet aiheuttavat henkilökunnan lisätarpeita. Hyvä henkilöstön mitoitus ympärivuorokautisessa hoidossa on 0,7–0,8. On kuitenkin muistettava, että mitoituksen lähtökohtana ovat aina asiakkaat tarpeineen riippumatta siitä, minkä nimisessä yksikössä he ovat.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tässä opinnäytetyössä työssä pyrittiin saamaan vastaus miten ryhmäkodin asukkaan läheisen ja hoitohenkilökunnan yhteistyötä voidaan kehittää ja soveltuuko elämänpuutyöskentely yhteistyön menetelmäksi. Lomakehaastattelun avulla saatiin uutta tietoa henkilökunnan ja asukkaan läheisten käsityksestä yhteistyön toteuttamisen kehittämiseksi. Osa tuloksista oli samoja, joita on tullut esille aikaisemmissa tutkimuksissa. Opinnäytetyön tuloksena havaittiin, että elämänpuun tekeminen on jokaisen kohdalla erilainen, yksilöllinen tapahtuma ja sinällään, tutkimuksellisesti se ei ole toistettavissa uudelleen toisen asukkaan ja hänen läheisensä kanssa. Elämänpuun tekemiseen vaikuttaa myös olosuhteet ja ympäristö, sekä tekemiseen varattu aika. Elämänpuutyöskentely lisäsi asukkaan hyvinvointia ja elämänlaatua. Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että elämänpuutyöskentelyn järjestäminen ja yhteinen aika asukkaan läheisen ja henkilökunnan kanssa lisäävät vuorovaikutusta ja luottamusta asukkaiden läheisten ja henkilökunnan välillä. Asukkaat kokivat elämänhistoriasta keskustelun mielekkäänä ja muisteluhetki koettiin virikkeellisenä. Omasta elämästä kertominen innosti ja paransi asukkaan aktiivisuutta ja näytti kohottavan itsetuntoa. Yhdessä muistelu lisäsi myös yhteisöllisyyden tunnetta.

Elämänpuuta voidaan käyttää yhteistyön kehittämisen välineenä ryhmäkodin asukkaan läheisen ja hoitohenkilökunnan välillä. Menetelmänä elämänpuu auttaa omahoitajaa tutustumaan paremmin asukkaan läheisiin ja läheisiä omahoitajaan. Elämänpuutyöskentelyyn ei tarvita mitään erityisiä välineitä, vain aikaa keskusteluun mukavassa, rauhallisessa ympäristössä. Elämänpuu voidaan hyvin ottaa käyttöön muissakin ryhmäkodeissa ja vanhainkodeissa mikä osoittaa, että tämän tutkimuksen tutkimustulokset ovat siirrettävissä ja yleistettävissä toisissa ryhmäkodeissa

Elämänpuutyöskentelyä voidaan hyödyntää tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa yhteistyön kehittämisen välineenä ja keinona tutustua asukkaaseen sekä asukkaan läheiseen silloin kun asukas tulee ryhmäkotiin. Myös asukkaat, jotka ovat jo kauemmin asuneet ryhmäkodissa, heidän läheisensä ja henkilökunta, omahoitaja, hyötyvät elämänpuun tekemisestä. Ryhmäkodin henkilökuntamitoitus tulisi olla sellainen, että henkilökunnalla olisi riittävästi aikaa perushoidon rinnalla myös virikkeelliseen toimintaan. Virikkeellinen toiminta tulisi myös olla hyvin järjestettyä ja ennalta suunniteltua ja sellaista, joka tukee asukkaan hyvinvointia ja itsetuntoa. Suurimpana haasteena elämänpuutyöskentelyn toteuttamiselle oli riittävän ajan ja henkilökuntaresurssien järjestäminen.

Jatkotutkimusaiheena esitämme, että ikäihmisten toimintakykyä ja elämänlaatua voitaisiin lähteä kehittämään muiden alojen, kuten luovan työn ammattilaisten avulla esimerkiksi muusikin tai kuvallisen ilmaisun perustutkinnon suorittaneet. Näiden ammattiryhmien osaaminen ja työpanos toisivat ikäihmisille mielekkään tekemisen, itsensä toteuttamisen kokemuksia. Samalla mahdollistettaisiin muulle henkilökunnalle mahdollisuuksia oppia erilaisia ilmaisullisia työtapoja. Sosiokulttuuriseen työhön ikääntyneiden parissa kuuluvat kaikki luovat menetelmät, kuten musiikki, draama, kuvallinen ilmaisu, kirjallisuus ja kirjoittaminen. Tällaisen työn kehittämiseksi voisi myös tehdä yhteistyötä kulttuuritoimen ja eri järjestöjen kautta. Samanlaista suunnitelmaa on esitetty myös sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön laatimassa ikäihmisten laatu- ja palvelusuosituksessa.

LÄHTEET

Alinen, P. & Åstedt-Kurki, P. 2001. Perheenjäsenen mukana olo ja tuen tarve kuolevien vanhusten hoidossa. *Gerontologia* 15(3), 198.

Alasuutari, P. 2001. Laadullinen tutkimus. Jyväskylä: Gummerus.

Andersson, S. Kahdestaan kotona: tutkimus vanhoista pariskunnista. 2007. Tutkimuksia / Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Helsinki : Stakes.

Bauer, M. 2006. Collaboration and control: nurses' constructions of the role of family in nursing home care. *Journal of Advanced Nursing* 54(1), 45–52.

Berglund, A-L. RNT PhD. 2007. Satisfaction with caring and living conditions in nursing homes: Views of elderly persons, next of kin and staff members. *International Journal of Nursing Practice* 2007; 13: 46–51

Dementiamailma. 2006. 4. painos. Suomen dementiahoitoyhdistys: Kuopion Liikekirjapaino OY.

Eloniemi, U.2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H.(toim.) Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49, 38–41.

Erkinjuntti, T. 2010. Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim, 87.

Eskola, J. & Suoranta, J.2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Friedemann, M-L., Montgomery, R., Maibegger, B. & Smith, A. 1997. Family Involvement in the Nursing Home: Family-Oriented Practices and Staff-Family Relationships. *Research in Nursing & Health* 1997, 20, 527–537.

Harmer, B.J. Orrell, M. 2008. What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health* 2008; Vol. 12, No. 5, 548–558.

Heimonen, S. 2005. Työkäisenä Alzheimerin tautiin sairastuneiden ja heidän puolisoitensa kuvaukset sairauden alkuvaiheessa. Jyväskylän Yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Herzberg, A, Ekman, S-L. & Axelsson, K. 2003. "Relatives are a resource, but...": Registered Nurses' views and experiences of relatives of residents in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 12, 435–437.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 11. painos. Helsinki: Tammi.

Holma, T. 1999. Asiakkuus vanhustyössä ja lastensuojelussa. Teoksessa Asiakaslähtöiset palveluprosessit. Perusta laadulle vanhusten kotihoidossa ja asumispalveluissa sekä lastensuojelutyössä. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 30–31.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2002. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Luettu 26.11.11.

http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html

Häkämies, A. 2009. Koulutusosio. Demke-asiantuntijaryhmän kokous. Koukkuniemen vanhainkoti. 9.3.2009. Tampere.

Ijäs, K. 2003. Sukupuu. Avain oman elämän ja perheen ymmärtämiseen. 3. painos. Helsinki: Kirjapaja Oy.

Ikäihmisten palvelujen strategia. IKILA 21.9. 2009. Luettu 1.2.2011.

http://www.tampere.fi/material/attachments/i/5o7kFNhN0/ikaihmissen_palvelujen_strategia.pdf.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3

Juva, K., Voutilainen, P., Huusko, T. & Eloniemi-Sulkava, U. 2010. Pitkäaikaishoitoon joutumisen vaaratekijät ja hyvä ympärivuorokautinen hoito. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim, 524.

Kilpeläinen, K., Leppänen, S. & Virtanen, M. Oma koti kullaa kallis. Mielenterveysmessuvieraiden ajatuksia hyvästä vanhuudesta vuosina 2001 ja 2002. Teoksessa Noppaari, E., Tanttinen, M-T. (toim.) Arvokas vanhuus ja vanhustyön arvostus. Diakoniammattikorkeakoulun julkaisuja B Raportteja 23. Helsinki: Multiprint. 65.

Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Suomen Senioriliike ry. Tallinna.

Koivula, R. & Heimonen, S. 2006. Dementoituvan omaisena laitoksessa. Ikäinstituutti. Oraita 4/2006.

Korkiakangas, P. 2003. Muistelusta voimavaroja vanhuuteen. Teoksessa Heikkinen, E., Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi. 192.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prime Oy.

Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Tutkiva Hoitotyö 6(2), 23–28.

Käypä hoito-suositus. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. 2010, 13. Luettu 1.2.2011. <http://www.kaypahoito.fi>

Lakialoite 51/2006vp. Martti Korhonen /vas ym.2011.Eduskunta.Luettu 20.6.2011 http://www.eduskunta.fi/faktatmp/utatmp/akxtmp/la_51_2006_p.shtml

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 1.luku 3§,4§,6§.Luettu 2.1.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812 2.luku 4§,8§,9§. Luettu 2.1.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Lappalainen, K., Lindberg, L., Perämäki, M., Siidorov, U. & von Bagh, M. 2010. Kohti vanhuslähtoisempää työotetta. Työelämäprojekti. Tamk. Terveyden edistämisen koulutusohjelma, Ikääntyvien ja pitkäaikaishoidotilaiden hoito.

Lehtonen, T. 2005. Yhteistyö vanhainkodin henkilökunnan ja asukkaan omaisten välillä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu-tutkielma.

Lehtoranta, H., Luoma, M-L. & Muurinen, S. 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Loppuraportti. Stakesin raportteja 19/2007. Helsinki: Valopaino Oy.

Lindström, B. & Eriksson, M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen- teoria terveyden resursseista. Teoksessa Pietilä A-M. (toim.) Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY Pro Oy. 41–47.

Lipponen, M. 2004. Asenteet vanhuksiin ja vanhuuteen. Vanhuus- koko eletyn elämän heijastuma. Teoksessa Noppari, E. & Tanttinen, M-T. (toim.) Arvokas vanhuus ja vanhustyön arvostus. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B Raportteja 23. Helsinki: Multiprint Oy, 24–25.

Lipponen, V. TtT, FM, yliopettaja. 9.10.2009. Luento. Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampere.

Majerovitz, D., Mollott, J. & Rudder, C. 2009. We're on the Same Side: Improving Communication Between Nursing Home and Family. Health Communication, 24:12–20.

Mustajoki, S., Routasalo, P., Salanterä, S. & Autio, A. 2001. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa. Tutkimuksia ja raportteja. Turun yliopisto.

Mäkisalo- Ropponen, M. 2007. Tarinat työn tukena. Helsinki: Tammi.

Mäkisalo- Ropponen, M. 2008. Omaiset pitkäaikaishoidossa. Sairaanhoitaja 81(11), 16–18.

Mäkisalo- Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveystalalla. Hämeenlinna: Tammi.

Nuutinen, H-L. & Raatikainen, R. 2005. Omaisen osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaishoidossa. Hoitotiede 17(3), 131–143.

Paasonen, I. 2004. Haluan elämänlaatua vanhuuteen. Kansalaisten näkemyksiä vanhus-
ten kuntoutuksesta. Teoksessa Noppari, E. & Tanttinen, M-T. (toim.) Arvokas vanhuus
ja vanhustyön arvostus. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B Raportteja 23.
Helsinki: Multiprint Oy, 46–47.

Paavola, Piia. 2009. Ikääntyneiden potilaiden oikeuksien toteutuminen laitoshoidossa-
omaisten/läheisten näkökulma. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro-gradu-
tutkielma.

Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen, K.(toim.) 1999. Perhe hoitotyössä, teoria, tut-
kimus ja käytäntö. Porvoo. WSOY, 14–18.

Perälä, M-L. & Räikkönen, O. 2000. Hoidon laatu omaisten silmin - avun saamiseen ja
yhteistyöhön yhteydessä olevat tekijät pitkäaikaislaitoshoidossa. Gerontologia. 14(2),
89–100.

Piironen, T., Lyytinen, H. & Routasalo, P. 2005. Asukkaiden kokemuksia palvelutalon
arjesta. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A: 46/2005, 62–72.
Turun Yliopisto.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Te-
oksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: Kus-
tannus Oy Duodecim, 126–128.

Potinkara, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan
potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Tampereen yliopisto. Hoi-
totieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Räsänen, R. 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoi-
vassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Acta Universitatis Lapponiensis
210. Lapin yliopisto.

Saarelainen, S. 2002. Vanhusten kuvauksia elämänlaadusta pitkäaikaishoidossa. Kuopi-
on yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede/hoitotyön johtamisen koulutus. Opinnäyte-
tutkielma.

Salin, S. & Åstedt- Kurki, P. 2008. Perhehoitotyö gerontologisessa hoitotyössä. Teok-
sessa: Voutilainen, P. & Tiilikainen, P. (toim.) 2008. Gerontologinen hoitotyö. Wsoy,
173, 174–176.

Sixsmith, A., Hammond, M. & Gibson, G. 2008. Quality of life and dementia.
Teoksessa Vaarama, M. Pieper, R. & Sixsmith, A. Care-related Quality on Life in old
Age. Concepts, Models and Empirical Findings. New York. Springer, 217–233.

STM Tiedote 148/2011) 13.09.2011. Luettu 29.9.2011.
<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1566754#fi>

Soininen, H. & Hänninen, T. 2008. Dementoivat sairaudet: teoksessa Kliininen Kogni-
tiivinen neurotiede, aivot ja ajattelu. Saarijärvi: Recallmed Oy.

Sormunen, S. & Topo, P. (toim.)2008. Laadukkaat dementia palvelut – opas kunnille. Stakes, Oppaita 72, Helsinki, 126–130.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.

Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- terveyspolitiikan strategia. 2010 Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:1. Helsinki

http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089

Teeri, S., Välimäki, M. & Katajisto, J. 1998. Dementoituneiden potilaiden oikeuksien toteutuminen laitoshoidossa – omaisten näkökulma. Hoitotiede 10(4), 216–226.

Tienari, P., Polvikoski, T. & Tanila, H. 2010. Alzheimerin taudin patogeneesi. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: Kustannus Oy Duodecim, 112, 122.

Toikko, T., Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta : näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistumiseen ja tiedontuotantoon. 2.painos. Tampere: University Press.

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Stakes tutkimuksia 162: Gummerus.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. uudistettu painos. Latvia: Tammi.

Vaarin eväät. Vanhustenhuollon arvioinnin ja kehittämistyön tueksi perustetun työryhmän mietintö.2008.Tampereen kaupunki. Luettu 1.2.2011.

http://www.tampere.fi/tiedostot/5CDvElAsh/vaarinevaat_tyoryhmamietinto.pdf

Vilkka, H. 2005. Tutki ja mittaa. Helsinki. Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2006. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen K., Rinne J., Soininen H.(toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 23–25.

Voutilainen, P., Vaarama, M. & Peiponen, A. 2002. Asiakaslähtöisyys. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H.(toim.) Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49, 38–41.

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

Whitaker, A. 2009. Family involvement in the institutional eldercare context. Towards a new understanding. Journal of aging Studies 23, 158–165.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje ryhmäkodin henkilökunnalle

TAMK Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi AMK-tutkinto Terveyden edistäminen ja ikään-
tyvien ja pitkäaikaissairaiden hoito/Paula Asunta ja Tiina Koskela/16.9.2010

Hyvä Koskikodin ryhmäkodin henkilökunta

Olemme Tampereen ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden ylempien ammatti-
korkeakoulututkinnon opiskelijoita. Teemme opinnäytetyötämme, jonka tarkoituksena
on kuvata ryhmäkodin henkilökunnan ja asukkaiden läheisten tämänhetkistä käsitystä
vanhuslähtöisestä hoitotyöstä. Tarkoituksena on kuvata myös miten hoitohenkilökun-
nan, asukkaan ja läheisten yhteistyö toteutuu käytännössä ja miten asukkaan elämänhis-
toriaa hyödynnetään hoitotyössä.

Opinnäytetyöllä tuotetaan uutta tietoa ja ymmärrystä vanhuslähtöisestä hoitotyöstä.
Työmme kehittämisosan tueksi suoritamme tämän kyselyn ryhmäkodin asukkaan lähei-
sille ja henkilökunnalle.

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan oheisen kyselylomakkeen kysymyksiin ja
palauttamaan sen ryhmäkodissa olevaan kuoreen 29.9.10 mennessä.

Liite 2. Kysely asukkaan läheiselle

KYSELY ASUKKAAN LÄHEISELLE

1. Mitä on vanhuslähtöinen hoitotyö ja miten se toteutuu mielestänne Koskikodissa?
2. Minkälainen kuva Teillä on omaisenne saamasta hoidosta tällä hetkellä?
3. Mihin asioihin olette tyytyväinen ja mihin ette?
4. Millaista vuorovaikutus on hoitohenkilökunnan kanssa ja miten se toteutuu? Minkälaisia odotuksia Teillä on vuorovaikutuksesta?

Liite 3. Kysely henkilökunnalle

KYSELY HENKILÖKUNNALLE

1. Mitä on vanhuslähtöinen hoitotyö ja miten se toteutuu mielestänne Koskikodissa?
2. Minkälainen kuva Teillä on asukkaan saamasta hoidosta tällä hetkellä?
3. Mihin asioihin olette tyytyväinen ja mihin ette?

Millaista vuorovaikutus on asukkaan läheisten kanssa ja miten se toteutuu? Minkälaisia odotuksia Teillä on vuorovaikutuksesta?

Liite 4. Lomakehaastattelun analyysi

1(8)

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ
"Vanukset otetaan yksilöllisesti huomioon."ALK1	yksilöllinen huomiointi	yksilöllisyys	vanhuksen tunteminen	elämän historia	vanhuslähtöisen yhteistyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa
"Vanhasta hoidetaan hänen tarpeidensa mukaisesti ja hänen mielipiteitään ja haluja kunnioitetaan."ALK1	asukkaan tarpeiden, mielipiteiden ja halujen kunnioittaminen				
"Jokaisen kohdalla otetaan huomioon menneet, nykyiset ja tulevat asiat."ALK1	huomioidaan menneet nykyiset ja tulevat asiat	elämähistorian tunteminen			

(jatkuu)

2(8)

ALKUPERÄINEN	PELKISTETTY	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ
<p>”Henkilö kunta raportoi hyvin asiakkaistaan, jos tulee muutoksia hoitoon/ vointiin siitä on ilmoitettu.”ALK1</p> <p>”Parannettavaa: Jos järjestetään potilaille päivän aktiviteetti ulkopuolella, tulisi tästä informoida etukäteen(s-posti) lähiomaisia pitemmistä poissaoloista, ettei käy niin kuin kerran olin tulossa katsomaan isääni (2x200 km), mutta hänelle oli järjestetty kesäpäiväreissu, joka sinänsä on positiivinen asia.”ALK2</p> <p>”Parannettavaa: säännöllinen info lähiomaisille kunnosta/lääkityksen muutoksista.”ALK2</p> <p>”Tulevaisuudessa tiettyjä asioita voisi standardisoida/informoida e-maileilla/ muulla ohjelmistolla(salasana) lähiomaisille, koska lähiomaiset eivät välttämättä pääse viikolla käymään.”ALK2</p> <p>”Kun lääkäri on käynyt, haluaisin että minulle kerrotaan, kun uusia lääkkeitä määrätään tai vanhoja poistetaan.”ALK4</p> <p>”Muutenkin olisi hyvä tietää hoitajien mielipide mieheni voinnista.”ALK4</p>	<p>raportointi voinnista ja muutoksista</p> <p>Asukkaan läheisiä tulisi informoida etukäteen pidemmistä poissaoloista ja retkistä</p> <p>säännöllinen informointi lähiomaisille kunnosta ja lääkityksen muutoksista rekisteri tai päiväkirja ulkoiluista ja kuntosalikäynneistä</p> <p>toive saada tietoa sähköisessä muodossa asukkaan tapahtumista ja hoidon muutoksista sekä tarpeista</p> <p>toive että informoitaisiin lääkityksen muutoksista</p> <p>olisi hyvä tietää hoitajien mielipide mieheni voinnista</p>	<p>läheisten halu toimia yhteistyössä</p> <p>läheisten tiedon tarve</p>	<p>omaisten valmiudet ja muutosehdotukset tiedonkulun toteuttamiseen</p> <p>omaisten valmiudet ja muutosehdotukset tiedonkulun toteuttamiseen</p>	<p>tiedottamisen toteuttaminen</p> <p>tiedottamisen toteuttaminen</p>	<p>vanhuslähtöisen yhteistyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa</p>

3(8)

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ
<p>”Seurapeleistä ja leikeistä(riippunee hoitajan aktiivisuudesta) minulla ei ole tarkempaa tietoa, paitsi että kokoontuvat usein pöydän ääreen.”ALK2</p> <p>”Sairauden hoito, tarkastukset ja lääkitys, enemmän tietoa(kirjallisesti) kuinka usein säännölliset lääkärin tarkastukset tapahtuvat ja lääkityksen muutoksista.” ALK2</p>	<p>asukkaan läheisellä ei tarkempaa tietoa aktiviteeteista</p> <p>läheisellä ei tietoa lääkärin tarkastusten aikatauluista ja lääkemuutoksista</p>	<p>läheisten tiedonpuute</p>	<p>omaisten valmiudet ja muutosehdotukset tiedonkulun toteuttamiseen</p>	<p>tiedottamisen toteuttaminen</p>	<p>vanhuslähtöisen yhteistyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa</p>

(jatkuu)

4(8)

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	
<p>”Asun eri paikkakunnalla Koskikodista eli en pääse usein käymään, mutta puhelimitse olen usein yhteydessä ja kuulen miten isoäitini voi minäkin päivänä.” ALK1</p> <p>”Sairaanhoitaja oli yhteydessä sairaaloihin useasti ja minuun oltiin myös yhteydessä.” ALK3</p>	<p>läheinen usein yhteydessä puhelimitse</p> <p>hoitajan useat yhteydenpidot</p>	<p>aktiivinen yhteydenpito</p> <p>läheisten kokema luottamus hoitoon</p>	<p>henkilökunnan asenne ja toiminta</p>	<p>läheisen kokemus hoitajan ammattitaidosta</p>	<p>vanhuslähtöisen yhteistyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa</p>
<p>”Tiedon kulku ja yhteistyö hyvää” ALK1</p> <p>”Olen ollut yhteydessä myös palveluohjaajan kanssa, hän on hoitanut asiat kiitettävästi.” ALK1</p>	<p>tyytyväisyys tiedonkulkuun</p> <p>tyytyväisyys yhteydenpitoon palveluohjaajaan</p>	<p>tyytyväisyys asukkaan asioiden hoitamiseen</p>			

(jatkuu)

5(8)

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ
<p>”Olen keskustellut aina myös henkilökunnan kanssa ja heillä on ollut aina aikaa keskusteluun isoäitini asioista.”ALK1</p> <p>”Henkilökunta vastaa ja keskustelee positiivisesti aktuelleista asioista, sekä puhelimitse, että paikanpäällä, ok”ALK2</p>	<p>henkilökunnalla aina aikaa keskustella</p> <p>Henkilökunnan positiivinen suhtautuminen keskustelussa</p>	<p>henkilökunnan positiivinen suhtautuminen</p>	<p>henkilökunnan asenne ja toiminta</p>	<p>läheisen kokemus hoitajan ammattitaidosta</p>	<p>vanhuslähtöisen yhteistyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa</p>
<p>”Kannustettiin ja hoidettiin loppuun asti.”ALK3</p>	<p>läheisen kannustamisen</p>	<p>henkinen tuki</p>			
<p>”Aina sai kysymyksiin vastauksia, ja sai esittää toivomuksia”ALK3</p>	<p>tyytyväisyys toiveiden esittämiseen</p>	<p>toiveiden esittäminen</p>	<p>läheisen kuuleminen</p>		

(jatkuu)

6(8)

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ
<p>”Yleensä olen ollut tärkeimmissä asioissa puhelimitse yhteydessä viikolla ja käynnit hoidettavan luo tapahtuvat viikonloppuisin.”ALK2</p> <p>”Päivittäinen huolehtiminen a) ruokailu b)hygieniä (pesu, hampaat) c) vaatteet (puhtaat, valinta kesä/talvi/kaapin järjestys : käytettävät vaatteet päällimmäisenä. B&c muistutusten (omaiset->hoitaja)jälkeen parantuneet, tärkeitä mm. hiusten ja hampaiden pesusta huolehtiminen.”ALK2</p>	<p>läheisen yhteydenpito puhelimitse tärkeimmissä asioissa vierailut viikonloppuisin</p> <p>muistuttamista henkilökunnalle hoidon toteutuksesta</p>	<p>läheisen aktiivinen yhteydenpito</p> <p>henkilökunnan muistuttaminen</p>	<p>läheisen asenne hoitoa kohtaan</p>	<p>läheisen halu toimia yhteistyössä</p>	<p>vanhuslähtöisen yhteistyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät tehostetun palveluasumisen ryhmäkodissa</p>

(jatkuu)

7(8)

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ
<p>”Hoitajat ovat ystävällisiä ja Koskikodissa on lämmin, rauhallinen ilmapiiri.”ALK4</p> <p>”Sai istua asukkaiden kanssa kahvipöydässä ja jutella sekä asukkaiden että henkilökunnan kanssa”ALK3</p> <p>” Olen tyytyväinen siihen, että henkilökuntaa oli aina paikalla.”ALK3</p>	<p>hoitajien ystävällisyys</p> <p> jutteleminen asukkaan ja henkilökunnan kanssa</p> <p> tyytyväisyys henkilökunnan paikalla oloon</p>	<p>myönteinen tunne yhdessäolosta</p>	<p>ilmapiiri</p>	<p>organisaation luomat edellytykset ja arvot</p>	

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ
<p>”Huono puoli on se, että aina ei ole aikaa olla tarpeeksi asukkaiden kanssa esim. katsella TV:tä juttuhetkiä ym.”HK1</p> <p>”Ei jää paljon aikaa omaisille muilta kiireiltä.”HK3</p> <p>”Enemmän aikaa asukkaille esim. ulkoiluun ja tuokioiden pitämiseen.”HK4</p>	<p>huono tunne ajanpuutteesta</p> <p> ajanpuute kiireen vuoksi</p> <p> enemmän aikaa asukkaille</p>	<p> ajanpuutteen tiedostaminen epämieluisana</p>	<p>henkilökunnan riittämättömyyden tunne</p>	<p>työilmapiiri</p>	
<p>”Moikkaillaan ja vaihdetaan muutama sana kun nähdään.”HK3</p>	<p>henkilökunnan pikainen tervehtiminen</p>	<p>henkilökunnan asennoituminen</p>	<p>asenteet</p>		

(jatkuu)

8(8)

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ
<p>” Olisi hyvä, että omaiset osallistuisi yhteisiin iltoihin ja voisi muutenkin kysellä esim. asukkaan vointia vaikka ei aina olisi muuta asiaa.” HK2</p> <p>”Enemmän virikkeitä, kuntoutusta, yhdessäoloa, retkiä, juttelua yms.”HK3</p>	<p>henkilökunnan toive omaisten osallistumisesta</p> <p>henkilökunnan toive viriketoiminnan lisäämisestä</p>	<p>läheisten rohkaisu osallistumiseen</p> <p>yhdessä tekemisen lisääminen</p>	<p>yhteinen tekeminen</p>	<p>yhteistyö</p>	

ALKUPERÄINEN ILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ
<p>”Vuorovaikutus on hyvää.”HK1</p> <p>”Vuorovaikutus asukkaan läheisten kanssa on hyvä.”HK4</p> <p>” Olisi kiva jos vuorovaikutus olisi helppoa ja luontevaa puolin ja toisin.”HK1</p> <p>”Moikkaillaan ja vaihdetaan muutama sana kun nähdään.”HK3</p> <p>”Toisten omaisten kanssa on ja toimii toisten omaisia ei juuri paljo näy.”HK2</p> <p>”Toisten kanssa toimii, toisten ei, se on yksilöllistä.”HK1</p>	<p>positiivinen tunne vuorovaikutuksesta hyvä vuorovaikutus</p> <p>toive hyvästä vuorovaikutuksesta</p> <p>epävarmuus vuorovaikutussuhteessa</p> <p>omaisten tunteminen</p> <p>omaisten erilaisuus</p>	<p>henkilökunnan tiedostama tarve kehittää vuorovaikutustaitoja</p>	<p>vuorovaikutustaitojen kehittäminen</p>	<p>vuorovaikutustaidot</p>	