



IHMINEN ENSIN

**VANHAINKOTIASUKKAAN TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄN
TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN**

Sanna Alanaatu

Opinnäytetyö
Marraskuu 2009
Terveysten edistäminen
Ikääntyvien ja pitkäaikaissairaiden hoito
(ylempi amk)
Pirkanmaan ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Pirkanmaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden ylempi ammattikorkeakoulututkinto
Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma
Ikääntyvien ja pitkäaikaisten hoito

ALANAATU SANNA: Ihminen ensin. Vanhainkotiasukkaan toimintakykyä edistävän toimintamallin kehittäminen.

Opinnäytetyö 96 s., liitteet 1 s.
Marraskuu 2009

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli selvittää miten Pirkankoivun vanhainkodin hoitohenkilökunta toteuttaa toimintakykyä edistävää hoitotyötä toimintakyvyltään erilaisten asukasryhmien kanssa ja miten sitä tulee kehittää. Tavoitteena oli kehittää vanhusten toimintakykyä edistävästä hoitotyöstä Vanhustyön keskus Pirkankoivun koko hoitohenkilökuntaa ohjaavaa ja systemaattista toimintaa. Tavoitetta lähestyttiin kehittämällä työyhteisön kanssa asukkaan toimintakykyä edistävä toimintamalli, joka huomioi toimintakyvyltään erilaisten asukkaiden tarpeet.

Kehittämishanke toteutettiin laadullisena toimintatutkimuksena. Tutkimusaineisto kerättiin sähköpostikyselyllä ja asiantuntijaryhmän teemahaastatteluilla. Aineistot analysoitiin sisällön analyysillä. Kehittämisosassa hyödynnettiin työyhteisöltä saatua suullista ja kirjallista palautetta.

Hoitohenkilökunta osallistettiin kehittämishankkeeseen muodostamalla asiantuntijaryhmä, jonka tehtävänä oli pohtia toimintakykyä edistävää hoitotyötä kolmen toimintakyvyltään erilaisen asukasryhmän näkökulmasta. Kehittämishankkeen toteuttaja kokosi pohdinnoista ja työyhteisön palautteen pohjalta vanhainkotiasukkaan toimintakykyä edistäväksi toimintamalliksi asukkaiden toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit itsenäiselle, tuettavalle ja autettavalle asukkaalle. Vähimmäiskriteerit pilotoitiin ja niiden toimivuutta testattiin käytännön hoitotyössä asiantuntijaryhmän jäsenten avulla.

Vähimmäiskriteerit määrittivät Vanhustyön Keskus Pirkankoivussa annettua hoidon vähimmäislaatua. Pilotoinnin tuloksena kaikilla vähimmäiskriteereillä oli mahdollisuus toteutua asukkaiden hoidossa, jos hoitaja osasi ottaa niiden tarjoamat näkökulmat kokonaisvaltaisesti huomioon asukkaan tarpeiden määrittelyssä, hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Niissä korostui omahoitajan rooli oman asukkaansa hoidon koordinaattorina. Vähimmäiskriteerit toteutuivat asukkailla yksilöllisesti asukkaan ominaisuuksiin ja hoidon tarpeeseen suhteutettuina. Niitä voitiin hyödyntää asukkaan koko hoitoprosessissa ja kirjaamisessa.

Tulevaisuuden haasteena on asukkaan toimintakykyä edistävien vähimmäiskriteerien ja toimintamallin käyttöön ottaminen osaksi asukkaan tarpeiden määrittelyä, hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Ne selkeyttivät eri ammattiryhmien roolia ja vastuita asukkaan toimintakykyä edistävissä hoitoprosessissa.

Asiasanat: Toimintakykyä edistävä hoitotyö, vanhuksen hoitoprosessi, RAI-arviointijärjestelmä, laatu vanhusten hoitotyössä, toimintamalli, vähimmäiskriteerit.

ABSTRACT

Pirkanmaa University of Applied Sciences
Higher AMK Degree in Social and Health Care
Degree Programme in Health Promotion
The Care of Ageing and Long-term Patients

ALANAATU SANNA: Focusing on the person. Developing a model of action to enhance the functional capacity of residents in retirement homes.

Thesis 96 pages, appendix 1 page
November 2009

The aim of this development project was to demonstrate how the nursing staff of *Pirkankoivu* retirement home implement nursing practices which enhance the functional capacity of residents with different abilities, and how such practices should be further developed. The goal in *Pirkankoivu* Centre For Work With The Aged, was to develop the governing principles and practice of all the nursing staff by developing an action plan which enhances the functional capacity of the elderly. The model was developed in cooperation with a team whose approach was to consider the different abilities of the residents.

The development project was realized using a qualitative research methodology. The data was collected through e-mail questionnaires and themed interviews with a panel of experts. Their verbal and written feedback was used in the development stage of the action model and the resulting data was evaluated using content analysis. The nursing staff were involved with the project by forming the panel of experts. They evaluated how effectively the nursing practices enhanced the functional capacity of three groups of residents with different abilities. The originator of the project devised a model of action for enhancing the residents' functional capacity based on the research material. The minimum criteria were defined according to the degree of help and support needed by the residents, some of whom were independent. These minimum criteria were piloted and their effectiveness was evaluated in action by the panel of experts.

The minimum quality of the nursing care provided in *Pirkankoivu* was determined by the minimum criteria. The pilot project showed that all the minimum criteria for the treatment of the residents could be met if the carer could integrate the various inputs offered when deciding upon the resident's needs and planning, implementing and evaluating his or her treatment. This approach emphasized the role of a personal carer to coordinate the resident's treatment. The minimum criteria were met on a case by case basis according to each individual resident's abilities and needs. These criteria were applied to every aspect of the resident's treatment and records.

The challenge in the future will be to introduce these minimum criteria for the enhancement of retirement home residents' functional capacity when assessing their needs and planning, implementing and evaluating their treatment. Such minimum criteria will clarify the roles and responsibilities of the various professionals when implementing a treatment plan which enhances each resident's functional capacity.

Keywords: Treatment enhancing the functional capacity, treatment of the elderly, RAI-assessment system, quality in the care of the elderly, model of action, minimum criteria.

SISÄLLYS

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | KEHITTÄMISHANKKEEN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT..... | 7 |
| 3 | TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄ VANHUSTEN HOITOTYÖ..... | 8 |
| 3.1 | Toimintakyky | 8 |
| 3.1.1 | Fyysinen toimintakyky | 10 |
| 3.1.2 | Psykykinen toimintakyky | 10 |
| 3.1.3 | Sosiaalinen toimintakyky | 11 |
| 3.1.4 | Kognitiivinen toimintakyky | 11 |
| 3.1.5 | Ympäristötekijät | 12 |
| 3.2 | Toimintakykyä edistävä vanhusten hoitotyö..... | 13 |
| 3.3 | Vanhuksen hoitoprosessi | 15 |
| 3.4 | RAI-arviointi osana vanhuksen toimintakykyä edistävää hoitoprosessia | 17 |
| 3.4.1 | ADL-mittari..... | 18 |
| 3.4.2 | ADL-luokkiin perustuva asukkaiden ryhmittely..... | 19 |
| 3.5 | Laatu vanhusten hoitotyössä | 20 |
| 4 | KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAMINEN | 24 |
| 4.1 | Toimintatutkimus | 24 |
| 4.2 | Aineiston keruu | 26 |
| 4.3 | Aineiston analysointi..... | 28 |
| 4.4 | Kehittämishankkeen toteuttaminen sykleinä..... | 30 |
| 4.5 | Asiantuntijaryhmätyöskentely..... | 33 |
| 5 | NYKYTILAN KARTOITUS..... | 36 |
| 5.1 | Toimintakykyä edistävä hoitotyö | 36 |
| 5.2 | Geriatrinen asiantuntijuus..... | 41 |
| 5.3 | Yksilön elämänhallinta..... | 43 |
| 6 | TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄN TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN | 46 |
| 6.1 | Asukkaan toimintakykyä edistävän hoidon vähimmäiskriteerit | 49 |
| 6.1.1 | Toimintakykyä edistävän hoitotyön vähimmäiskriteerit..... | 51 |
| 6.1.2 | Geriatrinen asiantuntijuuden vähimmäiskriteerit | 56 |
| 6.1.3 | Yksilön elämänhallintaa edistävät vähimmäiskriteerit..... | 60 |
| 6.2 | Toimintamallin pilotointi Vanhustyön keskus Pirkankoivussa..... | 62 |
| 6.2.1 | Pilotoinnin tulokset | 63 |
| 6.2.2 | Tutkimusprosessista nousseet kehittämistarpeet | 67 |
| 7 | POHDINTA..... | 70 |
| 7.1 | Tulosten tarkastelu | 70 |
| 7.2 | Kehittämishankkeen luotettavuus | 79 |
| 7.3 | Kehittämishankkeen eettisyys | 84 |
| 7.4 | Jatkotutkimusaiheet..... | 87 |
| | LÄHTEET..... | 90 |
| | LIITTEET | 96 |

1. JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa KASTE- ohjelman valtakunnallisessa toimeenpanosuunnitelmassa (2009, 12) yhtenä valtakunnallisena tavoitteena on vanhusten ikävakioidun toimintakyvyn parantaminen. Stakesin Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishankkeessa todetaan, että laitoshoidon tavoitteena on tukea kaikkien ikääntyneiden elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja omatoimisuutta riippumatta heidän suoriutumiskyvystään (Luoma 2007, 7). Etelä-Suomen lääninhallituksen selvityksessä (2/2009) osoitetaan selvästi, miten tarpeellista valvonta ja laatuajattelu ovat esimerkiksi vanhustenhuollossa.

Aamulehti uutisoi 9.9.2009 Sosiaali- ja terveysministeriön valtiosihteeri Ilkka Oksalan ehdotuksesta, jonka mukaan yhteiskunnan tulee ryhtyä kehittämään vanhusten hoidon laatua kuvaavia arviointikriteereitä ja -listoja, joissa julkisesti rankataan valtakunnallisesti kaikki vanhusten hoitolaitokset sen mukaisesti, miten ne pystyvät vastaamaan valtakunnallisiin laadukkaan hoidon kriteereihin. Dementiaoireisen ihmisen hoito- ja palvelujärjestelmän kehittäminen on merkittävä sosiaali- ja terveystaloudellinen haaste inhimillisen hoidon ja palvelujen yhteiskunnalle tuottamien kustannusten näkökulmista (Voutilainen, Kauppinen & Huhtamäki- Kuoppala, 2008, 22).

Pirkkalan kunnan kunta- ja perusturvan strategiaan on kirjattu päämääräksi mm. kuntalaisten omatoiminen selviytyminen ja kuntalaisten tarpeista lähtevät palvelut, jotka tukevat kuntalaisten terveyttä ja itsenäistä elämää. Strategisiksi tavoitteiksi on asetettu mm. palvelujen- ja toiminnan laatu sekä vaikuttavuuden systemaattinen arvioiminen. (Palvelujen Pirkkala 2005, 1-7; Pirkkalan perusturvan strategia 2006- 2016, 2007, 4). Pirkkalassa on myös juuri valmistunut Pirkkalan kunnan ikäohjelma vuosille 2009-2025. Siinä asetetaan ihmisarvoisen ikääntymisen eettisiksi periaatteiksi itsemääräämisoikeus, voimavaroalähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys, valinnanvapaus ja turvallisuus. Ikäpolitiikka ja ikäohjelmaa ohjaaviksi arvoiksi oli nostettu terveyden, hyvinvoinnin, osallisuuden, aktiivisuuden ja omatoimisuuden ylläpitäminen. (Pitkää ikää Pirkkalassa 2009, 2-12.)

Valtakunnallisten tavoitteiden suuntaisesti myös Vanhustyön keskus Pirkankoivussa halutaan kehittää toimintakykyä edistävää hoitotyötä laadukkaammaksi ja asukkaan

tarpeista lähteväksi. Syksyllä 2008 käynnistyi Vanhustyön keskus Pirkankoivun asukkaiden hyvinvointia tukeva ja toimintakykyä edistävä Mielekäs elämä- projekti, jossa tarkoituksena oli organisoida vanhuksille soveltuvaa viriketoimintaa, geriatria kuntoutusta sekä sosiaalista aktivointia mm. rakentamalla Vanhustyön keskus Pirkankoivun pihapiiriin ikäihmisille soveltuva ulkoilureitti, Väinönpolku (Mielekäs Elämä projekti 2009).

Pirkankoivun vanhainkodissa otettiin käyttöön huhtikuussa 2008 RAI-arviointijärjestelmä asukkaiden toimintakykyisyyden arvioinnissa. Tässä kehittämishankkeessa toimintakykyä edistävän hoidon kehittämisen lähtökohtana oli RAI- arviointijärjestelmän ADL- mittari, joka kuvasi asukkaan fyysistä toimintakykyä. Sen avulla asukkaat jaoteltiin kolmeen toimintakyvyltään erilaiseen ryhmään, joihin nojaten lähdettiin kehittämään asukkaan toimintakykyä edistävää toimintamallia.

Tämän toimintatutkimuksena toteutettavan kehittämishankkeen tarkoituksena oli selvittää, miten Pirkankoivun vanhainkodin hoitohenkilökunta toteuttaa toimintakykyä edistävää hoitotyötä eri toimintakyvyn omaavien asukkaiden kanssa ja miten sitä tulee kehittää. Tavoitteena oli kehittää vanhusten toimintakykyä edistävästä hoitotyöstä koko hoitohenkilökunnan toimintaa ohjaavaa ja systemaattista toimintaa. Tavoitetta lähestyttiin kehittämällä työyhteisön kanssa Vanhustyön keskus Pirkankoivuun asukkaan toimintakykyä edistävä toimintamalli, joka huomioi toimintakyvyltään erilaisten asukkaiden tarpeet. Kehittämishanke nivoutuu hyvin jo olemassa oleviin valtakunnallisiin ja paikallisiin pyrkimyksiin kehittää vanhusten toimintakykyä edistävää hoitotyötä ja ympäristöä.

Tämä kehittämishanke toteutettiin Pirkkalan kunnan vanhainkoti Pirkankoivussa sekä Vanhustyön keskus Pirkankoivussa. Kehittämishankkeen aikana tapahtui organisaatiouudistus, jossa samassa rakennuksessa toimineet tehostettu palveluasuminen ja hoivaosasto liitettiin asukkaineen ja hoitohenkilökuntineen osaksi vanhainkotiä. Näin syntyi Vanhustyön keskus Pirkankoivu. Käsitteellä vanhainkoti Pirkankoivu tarkoitetaan pelkästään vanhainkotiä asukkaineen ja hoitohenkilökuntineen ja käsite Vanhustyön keskus Pirkankoivu kattaa koko uuden organisaatio asukkaineen ja henkilökuntineen.

2. KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena on selvittää miten hoitohenkilökunta toteuttaa toimintakykyä edistävää hoitotyötä eri toimintakyvyn omaavien asukkaiden kanssa ja miten sitä tulee kehittää vanhainkoti Pirkankoivussa.

Tutkimustehtävät:

1. Miten henkilökunta kuvaa toimintakykyä edistävää hoitotyötä vanhainkoti Pirkankoivussa?
2. Miten hoitohenkilökunta kuvaa RAI- arvioinnin ADL- mittarin avulla muodostettujen asukasryhmien toimintakykyä edistävää hoitoprosessia?
3. Millainen vanhusten toimintakykyä edistävä hoitotyön toimintamalli voidaan kehittää Vanhustyön keskus Pirkankoivussa?

Kehittämishankkeen tavoitteena on kehittää RAI- arviointijärjestelmään perustuvan asukasryhmittelyn avulla toimintakykyä edistävää hoitotyötä Vanhustyön keskus Pirkankoivussa. Kehittämishankkeessa hoitohenkilökunta osallistetaan toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämiseen muodostamalla heistä asiantuntijaryhmä, jonka tehtävänä on pohtia toimintakykyä edistävää hoitoa itsenäisen, tuettavan ja autettavan asukkaan näkökulmista. Kehittämishankkeen toteuttaja muodostaa sähköpostikyselyn, asiantuntijaryhmän pohdintojen työyhteisöltä saadun palautteen ja kirjallisuuden pohjalta Vanhustyön keskus Pirkankoivun toimintakykyä edistävän toimintamallin, joka pilotoidaan ja arvioidaan osastolla.

3. TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄ VANHUSTEN HOITOTYÖ

3.1 Toimintakyky

Vanhuksen toimintakyky määräytyy hänen kokemustensa ja ympäristön asettamien reunaehtojen perusteella. Toimintakykyyn vaikuttavat mm. vanhuksen ikä, sukupuoli, ammatti, kasvatus ja kulttuuri. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 50.) Muisti- ja dementiaoireisen vanhuksen kuntouttaminen ja toimintakyvyn edistäminen tulee toteuttaa tavoitteellisena ja tarkoituksenmukaisen jatkumona. Se takaa muistisairaana ihmisen mahdollisuuden saada sairauden edetessä tavoitteellista kuntoutusta mielekkään elämän jatkumiseksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Heimonen 2008, 82.)

Ihmisessä ovat erottamattomina fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Näin ollen toimintakyky on kokonaisuus, jossa eri osa-alueet ovat riippuvaisia toisistaan. Toimintakyky voidaan määritellä usealla tavalla, eikä yhteistä käsitteistöä ole luotu. Toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa ihmisen kykyä huolehtia fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tarpeista itseä tyydyttävällä tavalla ja tyydyttävissä määrin. Tällöin on kysymyksessä ihmisen oma kokemus suhteessa tarpeisiin. Toisaalta toimintakyky voidaan rinnastaa laajemmin elämänhallintaan ja kykyyn käyttää omia voimavaroja. (Kettunen, Kähärä- Wiik, Vuori- Kemilä & Ihalainen, 2002, 22;Voutilainen 2008, 125.)

Vanhuksen näkökulmasta toimintakyky tarkoittaa sitä, miten hän pärjää päivittäisissä toiminnoissaan. Toimintakykyä voidaan tarkastella kahdesta eri näkökulmasta, jotka ovat toiminnanvajavuus ja jäljellä oleva toimintakyky. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 21; Voutilainen & Vaarama 2005, 8, Lyyra & Tiikkainen 2008, 60; Laukkanen 2008, 261) Toimintakyvyn kuvaamisella on tarkoitus syventää näkemystä vanhuksen elämänlaadusta ja sairausdiagnooseista suhteessa yleiseen selviytymiseen toimintaympäristössä (Laukkanen 2008, 262).

WHO:n kehittämä ICF- luokitus (International Classification of Function, Disability and Health) eli ICF- toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus kuvaa toimintakyvyn biopsykososiaalista toiminnallista tilaa kehon toimintojen, suoritusten ja osallistumisen aihealueilla. Se ohjeistaa moniammatillista

työnjakoa toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden arvioinnissa ja edistämisessä.(Ojala 2004.)

Toimintakyky voidaan eritellä fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Iäkkäiden ihmisten toimintakykyä arvioitaessa voidaan myös käyttää ryhmittelyä fyysiseen, kognitiiviseen ja psykososiaaliseen toimintakykyyn. Arvioitaessa arjen toiminnoissa suoriutumista voidaan käyttää myös käsitettä yleinen toimintakyky, mikä tarkoittaa suoriutumista päivittäisistä perustoiminnoista, vaativammista kotona asumisen ja itsenäisen elämisen toiminnoista sekä sosiaalisiin suhteisiin ja harrastuksiin liittyvistä toiminnoista. Nämä toiminnot edellyttävät fyysistä, kognitiivista ja psykososiaalista toimintakykyä.(Lyyra & Tiikkainen 2008, 61.)

Laitoshoidossa vanhuksen toimintakykyä voidaan ylläpitää ja osittain hieman parantaa, mutta esimerkiksi dementoituneen vanhuksen toimintakykyä ei voida palauttaa entiselle tasolle. Tavoitteena laitoshoidossa on ylläpitää sen hetkistä toimintakykyä mahdollisimman pitkään. Tämä edellyttää vanhuksen toimintakyvyn kartoitusta ja tavoitteiden asettamista. (Routasalo 2004, 86.) Toimintakykyä voidaan arvioida luontevimmin haastatteleamalla ja havainnoimalla. Jos asukas ei pysty ilmaisemaan itseään, voidaan haastatella hänen omaisiaan ja läheisiään. Toimintakyvyn mittaamisessa tulee aina muistaa toimintakyvyn toteutumisen perusehdot: ihmisen perustarpeet ja niiden toteutumisen mahdollisuus. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 304.)

Pirkankoivun vanhainkodin asukkailla lähes kaikilla on dementoivien sairauksien aiheuttamia muistiongelmia ja sairauden mukanaan tuomia käytöshäiriöitä. Fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky ovat usein eri tasoilla. Monet keskivaikeasti dementoituneet hyötyvät merkittävästi päivittäisestä liikunnasta. Heimosen mukaan (2008, 82) dementoituneet ihmiset hyötyvät säännöllisestä liikunnasta, tasapaino- ja kävelykuntoutusryhmiin osallistumisesta, kuntosalitoiminnasta sekä aktivoivasta ryhmätoiminnasta. Myönteisyyden lisääminen liikuntaa kohtaan ja ohjaaminen terveyttä edistäviin tottumuksiin ovat osa ikäihmisten hyvinvointia ja toimintakykyä edistävää toimintaa (Lindbäck 2008, 73).

3.1.1 Fyysinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Päivittäisiin toimintoihin kuuluu esimerkiksi syöminen, juominen, nukkuminen, pu-
keutuminen, peseytyminen, wc-käynnit ja liikkuminen. Näitä kutsutaan RAI-
arviointijärjestelmässä ADL- toiminnoiksi. Fyysinen toimintakyvyn käsitteeseen kuuluu
lisäksi asioiden hoitaminen, kuten esimerkiksi kotiaskareet ja asiointi kodin
ulkopuolella. Terveystila kuuluu myös fyysisen toimintakyvyn käsitteeseen.
(Voutilainen & Vaarama 2005, 8; Routasalo 2003, 120.)

Voutilaisen (2008, 125) mukaan fyysinen toimintakyky säätelee ihmisen selviytymistä
päivittäiseen elämään liittyvien toimintojen fyysisistä vaatimuksista. Fyysisellä
toimintakyvyllä voidaan tarkoittaa kehon yksittäisten elinten ja elinjärjestelmien
toimintaa tai elimistön kykyä suoriutua fyysisistä ponnistelua vaativista tehtävistä.
Fyysinen toimintakyky jaotellaan yleisellä tasolla yleiskuntoon, lihaskuntoon ja
motoriseen taitoon. Sen toiminnan kannalta keskeistä on hengitys- ja verenkierto
elimistön, tuki- ja liikuntaelinten ja aistielinten toimintakyky. Vanhuksilla
toimintakyvyn taso vaihtelee päivittäin (Rissanen 1999, 32- 33).

Pirkankoivun vanhainkodissa lähes kaikki asukkaat liikkuvat hoitajan avustamana,
apuvälinein tai itsenäisesti. Vuonna 2006 Pirkankoivussa avasi ovensa hoivaosasto,
jonne siirtyvät mahdollisuuksien mukaan asukkaat, joiden liikuntakyky on sairauksien
takia menetetty.

3.1.2 Psykkinen toimintakyky

Toimintakykyä tulee aina katsoa fyysisen, psykkinen ja sosiaalisen ulottuvuuden muo-
dostamana kokonaisuutena. Tämän vuoksi psykososiaalisen toimintakyvyn
määrittäminen ja kuvaaminen irrallaan fyysisestä toimintakyvystä on vaikeaa. Sillä
tarkoitetaan kuitenkin ihmisen kykyä tulla toimeen erilaisissa tavanomaiseen elämään ja
yhteisöelämään liittyvissä tilanteissa. (Kettunen, Kähärä- Wiik, Vuori- Kemilä &
Ihalainen 2002, 53.)

Psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, miten hyvin vanhuksen henkiset voimavarat riittävät arkipäivän toimintoihin sekä kykyä suoriutua älyllisistä ja henkisesti kuormittavista tehtävistä. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 58.)

Voutilainen (2008, 126) kertoo psyykkisen toimintakyvyn liittyvän yksilön elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Psyykkisen toimintakyvyn kokonaisuuteen kuuluu itsearvostus, mieliala, emotionaaliset voimavarat ja erilaisista haasteista selviäminen. Se on aina otettava huomioon kognitiivista toimintakykyä määriteltäessä, koska mieliala ja motivaatio vaikuttavat älylliseen suoriutumiseen.

3.1.3 Sosiaalinen toimintakyky

Oleellinen osa sosiaalista toimintakykyä on kyky toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Sosiaalista toimintakykyä määrittävät suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus ja osallistuminen, vastuu läheisistä ja elämän mielekkyys. Sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat myös harrastukset yksin tai ryhmässä, kotona tai kodin ulkopuolella. (Voutilainen 2008, 126.)

Sosiaaliseen toimintakykyyn sisältyy kyky ilmaista itseään, kyky käyttää puhelinta ja kommunikoida muita välineitä käyttäen. Sosiaalista toimintakykyä heijastaa myös asumismuoto, onnistuuko yksin tai yhdessä asuminen muiden kanssa. Sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttavat menneet ja nykyiset sosiaaliset verkostot ja osallistumismahdollisuudet kodin ulkopuolella. (Voutilainen 2006, 28.)

3.1.4 Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiiviseen eli älylliseen toimintakykyyn kuuluvat ihmisen kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavat eksekutiiviset eli toiminnan ohjaukseen liittyvät tekijät, kuten toimintojen suunnitelmallisuus, sujuvuus ja joustavuus sekä tarkkaavaisuus, keskittyminen ja kontrollin ylläpitäminen. Kaikki dementoivat sairaudet vaikuttavat toiminnanohjaukseen. Sillä tarkoitetaan niitä prosesseja, jotka kytkevät yksittäiset

tiedonkäsittelyn tehtävät päämääräsuuntautuneeksi toiminnaksi ja jotka yhdistävät tiedolliset ja emotionaaliset tekijät. Toiminnanohjauksen ydinominaisuus on kyky toimia tahdonalaisesti. (Voutilainen 2008, 126.)

Kognitiivisten toimintojen suorittamisessa tarvitaan sopivaa vireystasoa ja tarkkaavaisuutta. Kognitiivisia toiminta- alueita ovat päättelytoiminnot, muistitoiminnot; kuten lyhyt- ja pitkäkestoinen muisti, kielelliset toiminnot; kuten puheen tuottaminen ja ymmärtäminen, visuaaliset toiminnot; kuten hahmottaminen ja motoriset toiminnot; kuten nopeus ja näppäryys. (Voutilainen 2008, 125- 126.)

Kognitiivinen toimintakyky muuttuu yksilön kehittymisen ja vanhenemisen myötä. Se suhteutuu ympäristön yksilölle asettamiin vaatimuksiin ja odotuksiin sekä reunaehtoihin. Sitä voidaan parhaiten arvioida kun tunnetaan yksilön elämisen keskeiset puitteet, kuten asuin- ja elinympäristö ja lisäksi virallinen ja epävirallinen sosiaalinen verkosto. (Ruoppala & Suutana 2003, 159.)

3.1.5 Ympäristötekijät

Toimintakykyä edistävinä tai heikentävinä tekijöinä nähdään myös yksilön ympäristötekijät. Niillä tarkoitetaan sitä fyysistä, sosiaalista ja asenneympäristöä jossa ihminen elää ja asuu. (Voutilainen 2008, 127- 128.) Helinin (2000, 194) mukaan fyysinen ympäristö on keskeisessä asemassa ikäihmisten turvallisen liikkumisen mahdollistamisessa. Ympäristötekijät vaikuttavat joko myönteisesti tai kielteisesti yksilön suoriutumiseen yhteiskunnan jäsenenä, kykyyn toimia sekä myös ihmisen kehon toimintoihin ja rakenteeseen. Dementiaoireisen ihmisen ympäristöä arvioidaan sen mukaan, missä määrin se mahdollistaa, rajoittaa tai kannustaa häntä käyttämään jäljellä olevaa toimintakykyään. (Voutilainen 2008, 127- 128.)

Yksilön ja ympäristön välinen suhde on kaksisuuntaista vuorovaikutusta. Ympäristötekijät vaikuttavat osaltaan ihmisen hyvinvointiin, mutta usein ihmiset itse voivat muokata ympäristöään siten, että ne vastaavat paremmin heidän tarpeitaan. Iäkkäät ihmiset ovat muita ikäryhmiä herkempiä reagoimaan ympäristössä tapahtuviin muutoksiin. Ikäihmisten hoitotyössä ympäristögerontologinen näkökulma on tärkeää,

sillä se tarkoittaa ikääntyneen ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden huomioimista koti- ja hoitoympäristössä. (Elo 2008, 92)

Ympäristöä voidaan myös tarkastella fyysisestä, sosiaalisesta ja symbolisesta näkökulmasta. Hoitoyksikössä asuvan ikääntyneen elämänpiiri on yleensä suppeampi ja toimintakyky määrittää pitkälti aktiivisessa käytössä olevan ympäristön laajuutta. Ikääntyneen ympäristö rajoittuu usein omaan huoneeseen, yhteisiin tiloihin ja pihajalkeisiin. Oleellista fyysisessä ympäristössä on turvallisuus, esteettömyys ja viihtyisyys. Sosiaalinen ympäristö tarkoittaa sosiaalisia rakenteita ja hierarkiaa, erilaisia sosiaalisia ryhmiä, sosiaalisia verkostoja ja kulttuuriympäristöä. Se muodostuu ihmisistä ja erikokoisista ja erilaisista yhteisöistä. Fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön liittyy kulttuurisia symboleja, kieli, merkityksiä, tapoja ja sääntöjä, joista käytetään nimitystä symbolinen ympäristö. Symbolinen ympäristö on myös sidoksissa yksilön kokemuksiin ja elämänselämään. (Elo 2008, 94- 101.)

3.2 Toimintakykyä edistävä vanhusten hoitotyö

Toimintakykyä edistävä hoitotyö on kaikkien vanhusten parissa työtään tekevien yhteinen haaste. Se on tapa tehdä arjen työtä, joka perustuu yhdessä toimimiseen. Työote näkyy tavassa kohdata asiakas. Miten asiakasta autetaan päivittäisissä toimissa; peseytymisessä, ruokailussa, wc-käynneillä? Millä tavalla annetaan tietoa, ohjataan ja motivoidaan asiakasta toimimaan itse? Toimintakykyä edistävä työote edellyttää hoitavan henkilökunnan omien asenteiden tunnistamista, hyvää ammatillista tietoperustaa ja taitoja toimia vanhusten kanssa. (Holma, Heimonen, Voutilainen 2002, 44- 45; Vähäkangas 2008, 153; Adams 2008, 205- 226.) Sen tarkoituksena on tukea ja kannustaa asiakasta selviytymään mahdollisimman itsenäisesti omien voimavarojensa ja toimintakykynsä mukaan. Toimintakykyä edistävän hoitotyön avulla pyritään ylläpitämään ja parantamaan juuri toimintakykyisyyttä. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 22.)

Kuntouttavalla työotteella tarkoitetaan ammattihenkilöstön toimintatapaa, jossa dementoituneen ihmisen toimintakyky ja voimavarat huomioidaan sekä tuetaan hänen selviytymistään, hyvinvointiaan ja elämänlaatuaan yksilöllisesti kompensoiden hänen toimintakykynsä heikentyneitä osa-alueita. (Heimonen 2008, 82; Adams 2008, 212-215.)

Toimintakykyä edistävän, myönteisen ilmapiirin luominen on yksi keskeisimmistä hoitajien hoitotyön elementeistä. Toimintakykyä edistävä hoitotyö on tavoitteellista toimintaa, jossa huomioidaan ja hyödynnetään asiakkaan jäljellä olevat resurssit. Hoitajan tulee kuunnella, kannustaa, huomioida pelkoja ja huolia sekä erityisesti olla läsnä. Vuorovaikutus hoitajan ja hoidettavan välillä on tärkeää. (Lehtoranta, Luoma & Muurinen (toim.) 2007, 42; Resnik & Fleishell 2002, 91-95)

Hoitajia ei ole vanhakantaisesti tarkasteltaessa nähty ensisijaisesti aktiivisessa roolissa asukkaan kuntoutusprosessia tarkasteltaessa, kun tavoitteena on ollut toimintakyvyn parantaminen. Heidät on nähty välimaastossa hoitamisen ja kuntouttamisen välillä. Kuitenkin on voitu osoittaa, että monialainen kuntoutus on vaikuttavinta silloin, kun kaikki henkilöstöryhmät, hoitajat erityisesti, ovat toimineet yhteisen tavoitteen hyväksi kaikkien työvurojen aikana. (Heikkilä, Finne-Soveri, Ripsaluoma, Parikka, Suojalehto & Noro 2008, 28; Resnick & Fleishell 2002, 91- 95; Holma, Heimonen & Voutilainen 2002, 43) Hoitohenkilökunta tarvitsee koulutusta ja käytännön harjaantumista omaksuakseen kuntouttavan toiminnan osaksi työtään. Siihen tarvitaan myös hyvää yhteistyötä kuntoutuksen asiantuntijoiden kanssa, jotka toimivat asukkaiden ja henkilökunnan opastajina päivittäisten harjoitusten toteuttamisessa. (Helin 2008, 432-433.)

Hoitajat viettävät asukkaan kanssa eniten aikaa arvioimalla asukkaan omaa näkemystä toimintakyvystään ja sitoutumisestaan sen edistämiseen. Hoitajat havaitsevat näköalapaikalta asukkaiden toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset käytännön arjessa. Kuntoutumista edistävällä hoitotyöllä tarkoitetaan sitä, että asukas suorittaa hoitotilanteissa itse kaiken, mihin hän toimintakykynsä rajoissa pystyy. Hoitaja toimii tilanteessa tukijana, ohjaajana ja motivoijana. Vasta kun asukaan voimavarat eivät riitä toiminnan tekemiseen, ryhtyy hoitaja fyysiseen avustamiseen. (Heikkilä ym. 2008, 28; Resnick & Fleishell 2002, 91- 95; Holma ym. 2002, 43- 47.)

Työskentelyn lähtiessä asukkaan omista voimavaroista, ihminen nähdään aktiivisena ja toimivana yksilönä. Työntekijän tulee vahvistaa asukkaan omia voimavaroja eikä tehdä puolesta. Hän auttaa vain niissä toiminnoissa, joista asianomainen ei selviydy yksin. Mikäli toimintakyky ei salli täysin itsenäistä toimintaa, on ihmisellä silti oikeus mahdollisimman suureen osallisuuteen. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 22- 23; Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 70- 71.)

Toimintakykyä edistävä hoitotyö sisältää aina ohjausta, jonka syntyminen perustuu hoitajan ja asukkaan väliseen vuorovaikutukseen. Onnistunut vuorovaikutus vaatii sekä asiakkaalta, että hoitajalta halua työskennellä yhdessä, samoja odotuksia, sekä tavoitteellisuutta ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 48.) Resnick (1999, 792- 799) on tutkinut mitkä tekijät motivoivat iäkästä laitoshoidossa olevaa asukasta omatoimisuuteen arkiaskareissa. Hän sai tulokseksi sen, että motivaatio itsenäiseen toimintaan riippuu asukkaan persoonallisuudesta, tavoitteista, uskomuksista, peloista ja fyysisestä toimintakyvystä. Hänen tutkimuksensa viittasi siihen, että yksilön persoonallisuus on ratkaiseva tekijä motivaatioon yrittää saavuttaa tavoitteita, nujertaa pelkoja ja vahvistaa uskoa omaan kykyihinsä.

Vanhuksen hyvä hoitotyö mahdollistuu yksilövastuun ja perhekeskeisen toimintamallin avulla. Yksilövastuussa hoitotyössä omahoitaja ottaa kokonaisvastuun asiakkaastaan. Siinä hoitotyö nähdään ammattitaitoisena ja asiakaslähtöisenä toimintana. Omahoitaja perehtyy omaan asiakkaaseensa siten, että tuntee hänen hoidon tarpeesta parhaiten ja tunnistaa hänen voinnissa tapahtuvat vaihtelut. Omahoitaja toimii asiakkaansa hoidon koordinaattorina. Perhekeskeisessä hoitomallissa omaiset nähdään voimavarana ja heidän osallisuutensa hoidossa ja asiakkaan elämässä parantaa asiakkaan elämälaatua. Omahoitajuus ja omaisten rohkaiseminen osallisuuteen asiakkaan arjessa ovat hyvän hoitotyön mahdollistajia. (Backman, Paasivaara, Voutilainen & Isola 2002, 74- 75.)

3.3 Vanhuksen hoitoprosessi

Iäkkään ihmisen kuntouttavaa hoitoprosessia suunniteltaessa tärkeimpänä lähtökohdana on yksilöllisyys. Vanhuksen hoitoa ja toimintakykyä edistävää hoitoprosessia suunniteltaessa henkilökunnan pitää painottaa ihmiseen perehtymistä ja seikkaperäistä

tutustumista asiakkaan elämäntilanteeseen, ennen kuin lähdetään pohtimaan vanhuksen toimintakyvyn edistämistä. Tutustutaan vanhuksen elämäntarinaa, kartoitetaan tärkeät läheiset ihmiset, ammattitaustaa, osaamista ja harrastuneisuutta. (Suvikas, Laurell, Nordman 2006, 296; Heimonen 2008, 81.)

Lähtökohtana hoitotyön tavoitteiden asettamiselle on toimintakyvyn arvioiminen. Hoitaja voi yhdessä iäkkään ihmisen kanssa pohtia hänen toimintakykynsä huomioiden kuntoutumisen ja toimintakyvyn edistämisen tarpeita ja tavoitteita, joihin vanhus sitoutuu ja jotka tuntuvat mielekkäiltä. Kysymys on myös itsestä huolehtimisesta, johon sitoutuminen edellyttää itsensä ja oman elämänsä arvostamista. (Suvikas, Laurell, Nordman 2006, 301- 303; Backman, Paasivaara, Voutilainen, Isola 2002, 72-73.)

Ammattitaitoinen hoitaja osaa asiakkaan tarpeiden ja ongelmien tunnistamisprosessin. Hoitoprosessiin sisältyy hoidon tarpeen määrittelyä, hoidon suunnittelua, hoidon toteutusta ja toteutuneen hoidon arviointia. Tietoa asukkaan elämänhistoriasta ja asukkaan elintavoista saadaan asukasta ja omaisia haastatteleamalla. Saadut tiedot kirjataan hoitosuunnitelmaan. RAI (Resident Assessment Instrument)- arviointijärjestelmä antaa jäsenyteen ja yhdenmukaisen lähestymistavan hoitoprosessin soveltamiseen pitkäaikaishoidossa. (RAI- käsikirja 2004, 6.) Pirkankoivun vanhainkodissa toimintakykyä arvioidaan asukkaan havainnoinnin ja haastattelun lisäksi huhtikuussa 2008 käyttöön otetun RAI- arviointijärjestelmän avulla. Kehittämishankkeen toteuttaja toimii työyhteisössään RAI- vastaavana.

RAI:n keskeisimpänä ajatuksena on kartoittaa laaja-alaisesti yksilön voimavaroja ja tarpeita standardoidusti yksilöllistä hoitosuunnitelmaa varten (Noro, Finne- Soveri, Björkgren, Vähäkangas 2005, 22). RAI- järjestelmä on ratkaisukeskeisenä ja systemaattisena merkittävä tiedon keruun ja tiedon analysoinnin apuväline (RAI- käsikirja 2004, 7). Pitkäaikaishoidossa oleva asiakas on usein toimintakyvyn vajeen takia hyvin riippuvainen hoidosta ja avusta. Hoidon tavoitteena on tavoitella asiakkaan maksimaalista toimintakykyä, jonka perusteella asiakas voi kokea olevansa arvokas ihminen. (RAI- käsikirja 2004, 6.)

Systemaattinen RAI- järjestelmän käyttö tukee hoitohenkilökuntaa näkemään asiakkaansa kokonaisvaltaisena ihmisenä, jolla on oikeus hyvään elämän ja hoidon laatuun. Moniammatillinen yhteistyö ja RAI: n käyttö edistävät ja kehittävät yksilön kokonaisvaltaista hoitoa ja tukevat hoitotiimin keskinäistä kommunikaatiota. (RAI- käsikirja 2004, 6.)

RAI: n lähtökohtina on nähdä asiakas yksilönä, jolla on voimavaroja, mutta myös terveysongelmia ja toimintakyvyn vajeita. Se määrittelee ongelma-alueiden syitä ja antaa ohjeita ongelmien arviointiin ja selvittelyyn. Hoidon tarpeen suunnittelun ja arvioinnin pitää tapahtua moniammatillisesti. Hyvän kliinisen hoidon lähtökohta on luotettava ammatillinen arviointi hoidon tarpeesta. (RAI- käsikirja 2004, 8.) Matilaisen (2007, 46) tutkimuksessa nousi esiin, että havainnointi painottuu haastattelua enemmän hoitohenkilökunnan tiedonkeruun menetelmänä kerättyä tietoa ikäihmisen toimintakyvystä.

3.4 RAI- arviointi osana toimintakykyä edistävää hoitoprosessia

Monisairaita vanhuksia hoidettaessa on entistä tärkeämpää tunnistaa asiakkaiden voimavarat ja ongelmat, jotta heitä voidaan auttaa. (Noro 2005, 32.) Pitkäaikaishoidossa asiakkaan yksilöllisen hoitosuunnitelman tekemiseen tarvitaan kliinistä pätevyyttä, havaintokykyä ja kokonaisvaltaista arviointikykyä. RAI: n avulla hoitaja saa tietoa niistä asiakkaan voimavaroista, tarpeista ja ongelmista, joiden perusteella kyseinen hoitosuunnitelma voidaan laatia. RAI auttaa myös hoitajaa asettamaan asiakkaan hoidon tavoitteet ja tarvittaessa muokkaamaan olemassa olevaa hoitosuunnitelmaa, koska RAI: n avulla seurataan asiakkaan tilassa tapahtuvia muutoksia. (RAI- käsikirja 2004, 6.) Myös Mäkisen & Sipola-Mäkisen tutkimuksessa (2008, 2, 59) todettiin RAI- arviointijärjestelmän olevan hyvä perusta asiakkaan yksilöllisen hoitosuunnitelman laatimiselle. RAI- järjestelmän käyttöön oton jälkeen hoitosuunnitelmat olivat monipuolistuneet ja kehittyneet paremmiksi.

RAI sisältää seuraavanlaisia ongelmanratkaisusektoreita. Arvioinnissa pohditaan asiakkaasta kerättyjä tietoja, havaintoja ja tunteita. Yritetään tunnistaa hänen voimavarojaan ja rajoitteitaan. Arvioinnin yksi tavoite on yrittää ymmärtää asiakkaan toimintaa. Päätöksenteossa määritetään asiakkaan ongelmien vakavuutta, vaikutusta ja

laajuutta. Pohditaan ongelmien syitä ja niiden välisiä syy-seuraussuhteita. Hoidon suunnittelussa asetetaan hoidolle tavoitteita ja hyödynnetään asiakkaan voimavaroja ja saatavilla olevaa asiantuntemusta hoitomenetelmiä valittaessa. Hoidon toteuttamisessa pyritään toteuttamaan hoitoa asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Hoidon tuloksia arvioidaan kriittisesti suhteutettuna hoidolle asetettuihin tavoitteisiin ja hoitotoimiin. Arvioidaan uudestaan, onko hoitosuunnitelmaa syytä muuttaa vastaamaan asiakkaan nykyisen tilan muutoksia. (RAI- käsikirja 2004, 6.)

RAI: n pidempiaikaisen käytön on osoitettu kehittävän asiakkaan yksilöllistä hoitoa, tehostavan hoitoryhmän kommunikaatiota, lisäävän asiakkaan ja omaisten osallistumista hoitoon ja selkiyttäneen hoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden kirjaamista (RAI- käsikirja 2004, 7). RAI- järjestelmä on suunniteltu myös palvelemaan erityisesti osastojen hoitotyön kehittämistä. Kuntouttava hoitotyö ja sen toteuttaminen osastolla edellyttää tietoa ja arviointitaitoa siitä, ketkä asiakkaat voivat siitä eniten hyötyä. Asiakkaiden arviointi on hyvin tärkeä prosessi. Kun informaatio lähtee asiakkaista ja heidän tarpeistaan, asiakaslähtöisyys hoitotyössä kasvaa. (Noro ym. 2005, 23.)

3.4.1 ADL- mittari

Asukkaiden toimintakykyä edistävässä kehittämishankkeessa Vanhustyön keskus Pirkankoivussa käytettiin RAI- arviointijärjestelmää asukkaiden toimintakyvyn luokittelussa. Asukkaat jaettiin ADL- mittarista saadun pisteityksen mukaisesti kolmeen ryhmään heidän fyysisen toimintakykynsä mukaisesti. ADL -mittari kuvaa asukkaiden fyysistä toimintakykyä.

Mittari otti huomioon neljä fyysisen toimintakyvyn osa-aluetta: liikkuminen osastolla, wc:n käyttö, henkilökohtainen hygienia ja syöminen. Näiden pohjalta tietokoneohjelma laski numeraalisen luvun, joka kuvasti asiakkaiden fyysisen avun tarvetta. Luokittelulla oli seitsemän porrasta, jossa luokka 0 kertoi itsenäisestä toiminnasta ja luokka 6 täydellisestä avun tarpeesta. ADL- mittarista saadut pisteet olivat 0-6 pistettä asukasta kohden.

3.4.2 ADL- luokkiin perustuva asukkaiden ryhmittely

Ajatus RAI- arviointijärjestelmän ADL- mittariin perustuvasta toimintakyvyn jaottelusta oli jo pilotoitu kehittämishankkeen tekijän aikaisemmassa koulutusohjelmaan kuuluneessa projektissa. Projektin jatkotutkimushaasteeksi jäi sellaisen vanhusten toimintakykyä edistävän toimintamallin kehittäminen, joka huomioisi erilaisen toimintakyvyn omaavat ryhmät. Tässä kehittämishankkeessa oli tarkoitus kehittää hoitohenkilökunnan työskentelyn tueksi vanhainkotiasukkaan toimintakykyä edistävä toimintamalli, jonka avulla hoitajan on helpompi huomioida kolmen toimintakyvyltään erilaisen asukasryhmän erityistarpeet.

Asukkaat jaoteltiin ryhmiin fyysisen toimintakyvyn mukaisesti. ADL- pisteistä johdetut fyysistä toimintakykyä kuvaavat luokat olivat 1-2, 3-4 ja 5-6. Näistä muodostui kolme erilaista ADL- ryhmää. Asukas, joka sai ADL- mittarissa pisteitä 1-2, luokiteltiin itsenäiseen ryhmään, 3-4 pistettä saanut asukas oli ryhmässä tuettava ja 5-6 pistettä saanut asukas oli ryhmässä autettava.

Asukasryhmien nimitykset kehittyivät kehittämishankkeen edetessä. Aluksi itsenäisten ryhmää kutsuttiin nimellä apuvälinein liikkuva. Sähköpostikyselyn jälkeen nimeä muutettiin ryhmää paremmin kuvaavammaksi eli itsenäisesti liikkuvaksi ja pilotoinnin jälkeen ryhmän nimeksi tiivistyi ytimekkäästi itsenäinen. Nimitys itsenäinen ei sulje pois asukkaan suullisen ohjauksen tarvetta. Paljon apua tarvitsevan asukasryhmän nimi tiivistyi pilotoinnin perusteella tuettavien ryhmäksi, asukas ei selviydy arkitoiminnoistaan ilman yhden hoitajan tukea. Vuoteeseen hoidettavien asukkaiden ryhmä tiivistyi autettavien ryhmäksi, jotka tarvitsevat pääsääntöisesti kahden hoitajan työpanosta arkitoimintojen suorittamiseen. Muokkaamalla asukasryhmien nimitykset universaaleiksi, niillä voidaan kuvata ja määrittää asukkaan sekä fyysistä, psyykkistä ja kognitiivista että sosiaalista toimintakykyä.

Kehittämällä asukkaan toimintakykyä edistävä toimintamalli, jossa huomioitiin jokaisen kolmen ryhmän erityistarpeet, maksimoitiin toimintakykyä edistävät hoitotyön edellytykset. Ulkopuolelle rajautuivat samalla sellaiset hoitotyön keinot, joista asukkaalle ei ollut enää hyötyä. Näin oli mahdollista välttyä turhilta hoidoilta ja säästää kustannuksissa. Tiedot hoitotoimenpiteet ja asiantuntijoiden konsultointi

kohdistuvat juuri siihen asiakasryhmään, joka niistä tutkitusti parhaiten hyötyi ja jonka toimintakykyyn vielä voitiin niiden avulla vaikuttaa.

Mikään toimintakyvyn luokan ei tule sulkeutua toimintakyvyn edistämisen ulkopuolelle. Toimintamallissa oli tarkoitus osoittaa ja nimetä myös sellaisia toimintakyvyn tukemisessa käytettäviä hoitotyön keinoja, joita voitiin hyödyntää varsinkin kaikkein vähiten toimintakykyä omaavissa asukasryhmissä. Tarkoituksena oli kiinnittää hoitajien huomio sekä toimintakykyä edistäviin kriittisiin kausiin asukkaiden sairauden kulussa että kaikista vähiten toimintakykyä omaaviin henkilöihin ja heidän hyvään hoitoonsa.

3.5 Laatu vanhusten hoitotyössä

Määrä on jotakin, jonka voi laskea. Laatu on jotakin, johon voi luottaa. Laatu on ominaispiirre, joka kytkeytyy toiminnan, palvelun tai hoidon kykyyn täyttää vanhusten sille asettamat vaatimukset ja odotukset. Laadunhallinnan avulla varmistetaan, että tavoiteltu hyvä laatu toteutuu. Sillä tarkoitetaan toiminnan johtamista ja ohjaamista kohti asetettuja tavoitteita sekä niiden toteutumisen seuranta. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 256)

Suomalaisessa vanhustenhoidon kulttuurissa on herätty laadun kehittämiseen. Viimeaikaiset valtakunnalliset sosiaali- ja terveystieteelliset linjaukset korostavat vanhusten toimintakyvyn parantamista, itsenäistä selviytymistä, palvelujen saumattomuutta ja monipuolisuutta, esteetöntä ympäristöä sekä uuden teknologian hyödyntämistä. Toimintakykyä tullaan edistämään järjestelmällisellä yhteistyöllä, palveluntarpeen arviointikäytäntöjen kehittämällä, vanhuksen aseman ja valinnan mahdollisuuksien parantamisella, hoitokokonaisuuksien huolellisella suunnittelulla, palvelu- ja tukimuotojen yhteensovittamisella, henkilöstön osaamisella ja riittävyydellä, sekä palvelukokonaisuuksien laadun kattavalla seurannalla. (Lehto 2007, 3; ks. myös Ikäihmisten palvelujen laatusuositus, 2008; Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2001; Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008- 2011; Lehtoranta, Luoma & Muurinen, 2007; Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta, 2001.)

Ikääntyvän väestön lisääntyvä hoidon tarve on valtakunnallisesti yksi ajankohtaisista keskustelun aiheista ja sen myötä vanhustenpalvelujen kehittäminen on yhteiskunnan tämänhetkinen keskeinen haaste (Luoma 2007, 7). Ikäihmisen laitoshoidon on suurilta osin julkista palvelua, jonka määrää ja laatua linjataan lakien, asetusten, valtakunnallisten tavoite- ja toimintaohjelmien, suositusten ja muiden sosiaali- ja terveystieteellisten asiakirjojen avulla. Kunnan tehtävänä on järjestää laitoshoidon palvelut paikallisia tarpeita vastaaviksi lainsäädännön edellyttämällä tavalla siten, että valtakunnalliset linjaukset täyttyvät. Laitoshoidon tavoitteena on lisätä kaikkien vanhusten hyvää elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja omatoimisuutta heidän toimintakyvystään riippumatta. (Lehto 2007, 14- 16, 23; ks. myös Lehtoranta ym. 2007, Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008.)

Hyvä laitoshoidon tulee suunnitella ja toteuttaa siten, että ikäihmisen oikeuden voivat toteutua. Hyvän laitoshoidon perustana ovat vanhuksen oikeudet itsenäisyyteen, osallistumiseen, itsensä toteuttamiseen, hoitoon ja huolenpitoon sekä arvokkuuteen. (Voutilainen, Backman & Paasivaara 2002, 115; ks. myös Lehtinen, 2005.)

Valtakunnallisia linjauksia vanhojen ihmisten laitoshoidon laadukkaalle kehittämiselle on esitetty mm. seuraavissa sosiaali- ja terveystieteellisissä dokumenteissa:

- Pääministeri Vanhasen II hallituksen ohjelma
- Sosiaali- ja terveystieteiden strategiat 2015
- Terveys 2015- kansanterveysohjelma
- Hyvinvointi 2015- ohjelma
- Ikäihmisen hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2001 sekä laatusuositusluonnos 2007
- Kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma 2008- 2011.
- Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015
- Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä - Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma

(Luoma 2007, 7).

Luoma (2007, 8) on tehnyt yhteenvedon laadukasta laitoshoidon luonnehtivista tekijöistä Stakesin raporttien ja suositusten pohjalta. Luoman mukaan ikääntyvien laadukasta laitoshoidon kuvaavat asiakkaaseen, hoitoympäristöön, henkilöstöön ja

terveydenhuoltoon liittyvät tekijät. Asiakkaan toimintakyvyn heikentyessä toimintakykyä edistävien tukitoimien tarvetta pitää arvioida heti. Asiakkaan hoito tulee perustua kattavaan toimintakyvyn kokonaisuuden sisältävän tarpeen arviointiin. Hoidon tulee olla asiakaslähtöistä ja palvelut on pyrittävä järjestämään vanhuksen toiveiden mukaisesti. Hoito tulee toteuttaa yhteistyössä asiakkaan, hänen omaistensa ja palvelun tuottajien ohjaamina. Asiakkaan hoidon tulee perustua toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään toimintaan. Hoitoympäristön turvallisuuteen ja viihtyisyyteen tulee panostaa. Kodinomaiseen hoitoon tulee pyrkiä. Asiakkaan hoidosta tulee huolehtia riittävä määrä ammattitaitoista henkilökuntaa, joiden ammattitaidon tulee perustua laajaan gerontologiseen näkemykseen vanhenevasta ihmisestä. Hoidon tulee olla tavoitteellista, säännöllisesti arvioitua ja se tulee toteuttaa kirjallisen hoitosuunnitelman ohjaamana. Lisäksi hoidon ja palveluiden tulee perustua tutkittuun tietoon ja hyviin käytäntöihin. Palvelujen tulee muodostaa saumaton kokonaisuus, jossa ehkäisevä näkökulma ulottuu laitoshoidon asti ja lisäksi palvelut tulee tuottaa lähipalveluina.

Vanhuspoliittisessa strategiassa tulee kuntien määrittellä iäkkäiden kuntalaisten terveyden, hyvinvoinnin ja itsenäisen suoriutumisen tavoitteet sekä eri hallintokuntien ja muiden sidosryhmien vastualueet niiden toteuttamisessa. (Vaarama, Luomahaara, Peiponen, Voutilainen 2001, 9.) Riippumatta palvelujen järjestämistavasta, kunta on aina vastuussa kuntalaiselle palveluiden saatavuudesta, kohdentumisesta ja laadusta (Luostarinen & Päivärinta 2008, 137). Pirkkalan kunnassa on laadittu kuntastrategia, perusturvan strategia ja ikäohjelma luotsaamaan kuntalaisten palvelujen pitkäaikaista kehittämistä tarpeita vastaaviksi. Strategioissa on huomioitu myös kasvavien vanhustenpalvelujen tarpeita. (Palvelujen Pirkkala 2005, Pirkkalan perusturvan strategia 2006- 2016, 2007, Pitkää ikää Pirkkalassa 2009.)

Hyvä laatu vanhustyössä tarkoittaa Lähdesmäen ja Vornasen (2009, 256- 257) mukaan sitä, että työyhteisössä on tarkastettu ja huomioitu vanhusten odotukset ja palvelutarpeet sekä myös sidosryhmien ja muiden toimijoiden odotukset ja vaatimukset. Hyvä laatu vaatii panostusta ja sitoutumista niin johdolta, työntekijöiltä kuin päättäjiltä. Laadun ja toiminnan kehittämisessä on oleellista se, että kehittäminen on osa jokaisen työntekijän jokapäiväistä työtä ja että tuloksia voidaan nähdä organisaation ja työyhteisön arjessa. Laatutyö rakentuu yhdessä sovituista ja kirjatuista arvoista, toiminnan tavoitteista sekä hyvän hoidon ja palvelun kriteereistä. Hoitotyön perusteena tulee olla vanhusten tarpeet ja odotukset, joita selvitetään vanhukselta itseltään ja

omaisilta. Vanhuksen elämäntarinan kartoittaminen on hyvän hoidon perusta. Olennaista on myös vanhuksen osallisuus häntä koskevissa asioissa ja hoidossa. (Ks. myös Heimonen 2008)

Vaaraman (2002, 16) mukaan laadulla on kolme ulottuvuutta. Ensimmäinen on asiakas tarpeineen, toiveineen ja voimavaroineen. Toinen on ammattihenkilöstö koulutuksineen, standardeineen ja toimintoineen. Kolmantena ulottuvuutena hän näkee johtajat, joiden työnä on mahdollistaa hyvin toimiva palvelu- ja hoitojärjestelmä.

Vanhuksen toimintakykyä tukeva laadukas toiminta onnistuu sitä paremmin, mitä syvemmin toimintakykyajattelu on integroituna vanhustyön perusarvoissa, visiossa, missiossa, vanhustyön strategiassa sekä laajemmin valakunnallisessa laatupolitiikassa. Laadukkaasti toimiessaan vanhustyön yksiköt ovat kirjanneet ylös nämä lähtökohdat ja avanneet työyhteisöissä avointa dialogia niiden käytännön soveltamisesta hoitotyön arkeen. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 258; ks. myös Haverinen 2003)

Vanhuksen toimintakyvyn tukemisen laatua voidaan tarkastella ja arvioida subjektiivisesti ja objektiivisesti. Näkökulma vaihtuu arvioijan mukaan. Subjektiivisessa toimintakyvyn arvioinnissa toimintakykyä arvioi vanhus itse oman kokemuksensa perusteella siitä, miten hän selviytyy omassa arjessaan. Objektiivisessa toimintakyvyn arvioinnissa taas arvioinnista vastaa ammattiauttaja ja hän käyttää erilaisia toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja mittareita arvioidessaan vanhuksen toimintakykyä kokonaisvaltaisesti. Oleellista on myös arvioida käytettyjen arviointimenetelmien ja mittareiden luotettavuutta ja soveltuvuutta toimintakyvyn kartoittamisessa. Laadukkaan toimintakyvyn edistämisen lähtökohtana on koko toimintakykyä edistävän hoitoprosessin tunteminen ja ymmärtäminen. Laatu syntyy itse toiminnasta eli siitä miten iäkkään ihmisen toimintakykyä tuetaan arjessa. (Lähdesmäki & Vornanen 2007, 259; ks. myös Kauppinen, Voutilainen, Finne-Soveri & Heinola 2008; Mäkinen & Mäkinen- Sipola 2008; Pekkarinen 2007)

4. KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Toimintatutkimus

Tämä kehittämishanke toteutettiin laadullisena toimintatutkimuksena. Toimintatutkimus on prosessi, jonka tavoitteena on asioiden muuttaminen ja toimintojen kehittäminen entistä paremmiksi. Prosessi on jatkuvaa ja toiminnan kehittämisen ei pitäisi pysähtyä koskaan (Aaltola & Syrjälä 1999, 18.) Toimintatutkimuksen tavoitteena on siis tuoda esille uutta tietoa toiminnasta ja samalla kehittää sitä (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 33). Sen tarkoituksena on pyrkiä muuttamaan tutkittavaa todellisuutta ja sosiaalisia käytäntöjä ottamalla käytännön työssä toimivat ihmiset aktiivisiksi osallistujiksi tutkimukseen (Kuula 1999, 9).

Toimintatutkimuksen ominaisuuksia ovat tilannesidonnaisuus, yhteistyön painottaminen, osallistuvuus ja itsekriittisyys. Siinä pyritään vastaamaan käytännön työssä havaittuun ongelmaan ja kehittämään olemassa olevaa käytäntöä paremmaksi. Usein kyseessä on koko työyhteisön muutosprosessi, johon tarvitaan kaikkien toimijaosapuolten sitoutumista projektiin. (Metsämuuronen 2006, 102). Toimintatutkimukselle ominaisia piirteitä ovat tutkittavien kanssa yhdessä oppiminen pohtimalla, keskustelemalla ja arvioimalla. Johtopäätöksiä ja kehittämis ehdotuksia tehdään niihin perustuen. (Lax & Galvin 2002, 379.)

Toimintatutkimukseen liitetään oletus toiminnan prosessinomaisesta kehittämisestä usean vaiheen kautta. Toimintaansa kehittävässä työyhteisössä pyritään siis hyödyntämään kehittämiskokemuksista ja eri aineistonkeruuvaiheista saatavaa palautetta meneillään olevan toiminnan muuttamiseksi ja uudentyypisten toimintakäytäntöjen toteuttamiseksi. Toimintatutkimus on luonteeltaan keskeisesti yhteisöllinen prosessi, jossa tutkija osallistuu tutkittavan yhteisön toimintaan ja etsii ratkaisua tiettyyn ongelmaan yhdessä työyhteisön jäsenten kanssa. (Kiviniemi 1999, 63-64.) Siinä korostuu yhteisön näkökulma, sen osallistuminen tutkimukseen sekä yksilöiden aktiivinen toiminta yhteisönsä kehittämiseksi (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 49).

Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa edellyttää työyhteisöltä valmiutta muutoksiin ja halua itsensä kehittämiseen. Omaa toimintaa on uskallettava arvioida kriittisesti. Kyse on itsensä reflektoinnista ja toiminnan ymmärtämisestä myös eräänlaisena oppimistapahtumana. Työyhteisön on kehitettävä omaa tietoisuuttaan uudistamisen kohteena olevasta ilmiöstä ja pohdittava myös toimintansa perusteita. Keskeistä on tukea kollegoita yhteisessä ammatillisessa oppimisprosessissa ja myös osallistua asioiden yhteiseen prosessointiin ja syventämiseen osana yhteisön yhteistä uudistamispyrkimystä. (Kiviniemi 1999, 65- 66.)

Heikkisen (2006, 19) mukaan toimintatutkimukselle on ominaista syklistyys jossa yhteen suunnitelmaan perustuvaa kokeilua seuraa testauksen pohjalta paranneltu suunnitelma. Näin toimintaa hiotaan useiden toisiaan seuraavien suunnittelu- ja kokeilusykliden avulla. Kun useita toimintatutkimuksen syklejä laitetaan peräkkäin, syntyy etenevä spiraali, joka kuvaa, miten toiminta ja ajattelu liittyvät toisiinsa peräkkäisinä suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin, reflektoinnin ja uudelleensuunnittelun sykleinä (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 36- 37, Aaltola & Syrjälä 1999, 18).

Tässä kehittämishankkeessa oli kysymys praktisesta eli käytännöllisestä toimintatutkimuksesta, jossa Syrjälän (1994, 32) mukaan lähtökohtana on käytännön työntekijä tai ulkopuolinen kehittäjä, joka pyrkii auttamaan työntekijöitä tiedostamaan, muotoilemaan ja uudelleen suuntaamaan omaa tietoisuuttaan ja käytäntöä.

Tähän kehittämishankkeeseen toimintatutkimuksellinen ote soveltui hyvin, koska tavoitteena oli kehittää käytännön työelämää eli juurruttaa toimintakykyä edistävää hoitotyön otetta Vanhustyön keskus Pirkankoivun hoitohenkilökuntaan ja sitä kautta arjen hoitokäytäntöihin. Tutkijana olin yksi työyhteisön jäsenistä. Työyhteisön asiantuntijaryhmän avulla kehitetty uusi toimintamalli oli tarkoitus ottaa käyttöön kehittämishankkeen valmistuttua.

Toimintatutkimusta voidaan käyttää kehitystyössä eri mittakaavoissa yksilön työn kehittämisestä aina alueellisten verkostojen kehittämiseen asti. Yhteistoiminnallista tutkimusta pidetään tyypillisenä ryhmätason toimintatutkimuksena, jossa ryhmä tapaa sovitusti ja keskustelee sovitusta teemasta ja kehittää sillä tavalla omaa toimintaansa. (Heikkinen 2006, 17- 18.) Tässä kehittämishankkeessa oli kyse ryhmätason

toimintatutkimuksesta, jossa oli tarkoitus kehittää Vanhustyön keskus Pirkankoivuun vanhusten toimintakykyä edistävä toimintamalli.

Toimintatutkimus eteni kehittämistyössäni jatkuvana spiraalimaisena prosessina ja kehänä, jossa toimintatutkimuksen sykli toistui yhä uudestaan (ks. kuvio1, sivu 30). Sykliin kuuluivat peräkkäisinä ja lomittaisina vaiheina suunnittelu, toteutus, havainnointi ja reflektointi. Tarkoituksen mukaista oli, että yksittäiseen toimintatutkimukseen sisältyy useita syklejä, jolloin tieto, tutkimus ja kehitystyö syvenevät.

Toimintatutkimukselliselle työkäytäntöjen uudistamiselle on ominaista jatkuvuus ja joustavuus, jolloin sen tulee kyetä muuntautumaan kentältä saatujen viestien mukaiseksi. Ensimmäisen toteutusvaiheen tulee olla lähinnä alkusysäys jatkuvalla kehittämistyölle ja sen ideoinnille, miten toimintakäytäntöjä tulee muuttaa. (Kiviniemi 1999, 67- 68). Reflektiivisen perusotteen myötä korostuu toimintatutkimuksen eri elementtien, kuten tutkimustehtävän, teorianmuodostuksen, aineiston keruun ja aineiston analyysin prosessinomainen kehittyminen tutkimuksen edetessä. (Kiviniemi 1999, 68.) Tutkijan ja työyhteisön välinen luottamuksellisuus ja turvallisuus edesauttavat hyvää dialogia tutkijan ja tutkittavien välillä. Joustavuus on tärkeä ominaisuus toimintatutkimuksen toteuttajassa ja osallistujissa. (Kelly & Simpson 2001, 645- 655.)

4.2 Aineiston keruu

Tärkeimpiä tiedonkeruumenetelmiä Huovisen ja Rovion (2006, 104) mukaan toimintatutkijalle ovat osallistuva havainnointi, havainnoinnin pohjalta kirjoitettu tutkimuspäiväkirja ja haastattelu. Aineistoina voivat olla myös toiminnan aikana tuotettu muu kirjallinen materiaali, kuten sähköpostiviestit. Toimintatutkimuksessa voidaan hyödyntää myös erilaista määrällistä aineistoa, kuten kyselylomakkeella kerättyä aineistoa.

Keräsin kehittämishankkeessani tutkimusaineistoa toimintatutkimuksen sykliä seuraten sekä sähköpostikyselyllä että asiantuntijaryhmän teemahaastatteluiden avulla. Sähköpostikysely ja asiantuntijaryhmätyöskentely toteutettiin yhdessä alkuperäisen

vanhainkoti Pirkakoivun henkilöstön kanssa. Muodostetun toimintakykyä edistävän toimintamallin kommentoimiseen ja tarkentamiseen kutsuttiin mukaan koko laajentuneen Vanhustyön keskus Pirkankoivun hoitohenkilökunta. Pilotointi toteutettiin pääosin vanhainkoti Pirkankoivun hoitohenkilökunnasta kootun asiantuntijaryhmän avulla.

Alkukartoituksena kokosin aineistoa sähköpostikyselyllä, joka sisälsi avoimia kysymyksiä, vanhainkoti Pirkankoivun hoitohenkilökunnalta. Hoitohenkilökunnalla tarkoitin tässä kehittämistehtävässä kaikkia asukkaiden lähihoitoon ja toimintakykyä edistävään hoitoon osallistuneita vanhainkodin henkilökunnan vakituisia jäseniä ja pitkäaikaisia sijaisia, omalääkäriä, sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, fysioterapeutteja, hoitotyö koulutusta vailla olevia hoitotyöntekijöitä ja hoitotyön oppisopimusopiskelijoita. Tehostetun palveluasumisen ja hoivaosaston henkilökunta ei osallistunut sähköpostikyselyyn vastaamiseen, koska he olivat kyselyn toteuttamisen aikaan eri organisaatiota. Kyselyssä hyödynnettiin kehitystehtävän tekijän jo aikaisemmassa työelämäprojektissa pilotoitua toimivaksi testattua kyselykaavaketta, jota mukailtiin vanhainkoti Pirkankoivuun sopivaksi (ks. liite 1, sivu 96).

Huovisen ja Rovion (2006, 110) näkemys on, että toimintatutkimuksessa käytetään erityisesti teemahaastattelua, jossa tutkija tekee haastattelurungon kenttätyössä keskeisiksi havaitsemistaan teemoista. Siinä edetään etukäteen valittujen aihepiirien tai teema-alueiden varassa. Usein haastattelu kohdistuu yksilöön, mutta myös pari- ja ryhmähaastattelu ovat tutkijalle käyttökelpoisia.

Hoitohenkilökunnasta koottua asiantuntijaryhmää hyödynsin työyhteisön toiminnan ja vanhusten toimintakykyä edistävän toimintamallin kehittämisessä. Asiantuntijaryhmätyöskentelyssä keräsin aineistoa ryhmässä toteutetun osallistuvan havainnoinnin ja teemahaastattelun avulla. Osallistuin myös itse keskusteluun ohjaamalla keskustelua teemarunkoa seuraavaksi ja esittämällä myös omia näkemyksiäni. Teemahaastattelurunkoon perustuvat asiantuntijaryhmäpohdinnat nauhoitettiin kolmella tapaamiskerralla, jotta kerätyn aineiston analysointi ja mieleen palauttaminen olisi minulle tutkijana helpompaa. Keskusteluun osallistui kerralla 3-5 asiantuntijaryhmän jäsentä tutkijan lisäksi.

Tämä toimintatutkimuksena toteutettava kehittämishanke sisälsi ominaisuuksia sekä teknisestä, käytännöllisestä että kriittis- emansipatorisesta tiedon intresseistä. Kehittämishankkeessa pyrittiin parantamaan toimintakykyä edistävän hoitotyön tehokkuutta ja vaikuttavuutta sekä edistämään henkilökunnan ammatillista kehittymistä. Nämä ominaisuudet perustuivat toimintatutkimuksen tekniseen orientaatioon. Käytännölliseen orientaatioon viittasivat työntekijöiden voimistuva itsetuntemus ja oman toimintansa ja motiivinsa ymmärrys sekä uudenlaisen toimintakykyä edistävän ajattelun kehittyminen. Lisäksi tutkijana toimin aktiivisena työyhteisön osallistumisen rohkaisijana ja autoin heitä refleктоimaan omaa toimintaansa. Kriittis- emansipatoriseen orientaatioon liittyvät pyrkimys irtautumaan vanhoista ajatusmalleista ja ideologioista sekä tavoite ulottaa muutos ja uusi toimintakykyä edistävä ajattelu ja työskentelytapa koko organisaation työntekijöihin ja siten organisaation perusarvoksi (Heikkinen 2006, 47).

4.3 Aineistojen analysointi

Heikkisen ym.(2006, 86) mukaan toimintatutkimuksesta ei voi etukäteen kirjoittaa täsmällistä tutkimussuunnitelmaa eikä sen tiedon etenemistä voi kuvata tarkasti, sillä tutkija oppii koko ajan tutkimuskohteestaan ja menetelmistään. Sähköpostikyselyn vastausten analysoinnissa käytin sisällön analyysiä. Sisällön analyysillä tarkoitetaan pyrkimystä kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti (Tuomi & Sarajarvi 2002, 107).

Laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on muokata aineistoa selkeämmäksi ja etsiä uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Siinä pyritään tiivistämään aineistoa kadottamatta silti sen sisältämää informaatiota. Sisällön analyysissä tavoitteena on informaatioarvon lisääminen luomalla hajanaisesta aineistosta selkeää ja mielekästä. (Eskola & Suoranta 2000, 137.)

Aineistolähtöisessä sisällön analyysissä aineistoa redusoidaan eli pelkistetään, klusteroidaan eli ryhmitellään ja abstrahoidaan eli luodaan aineistolle teoreettisia käsitteitä. Pelkistämistä eli aineiston tiivistämistä voi ohjata tutkimustehtävä. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokiksi ja nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittelyssä aineisto tiivistyy, koska yksittäiset tekijät sisällytetään ylempiin

käsitteisiin. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tämän valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110- 115.)

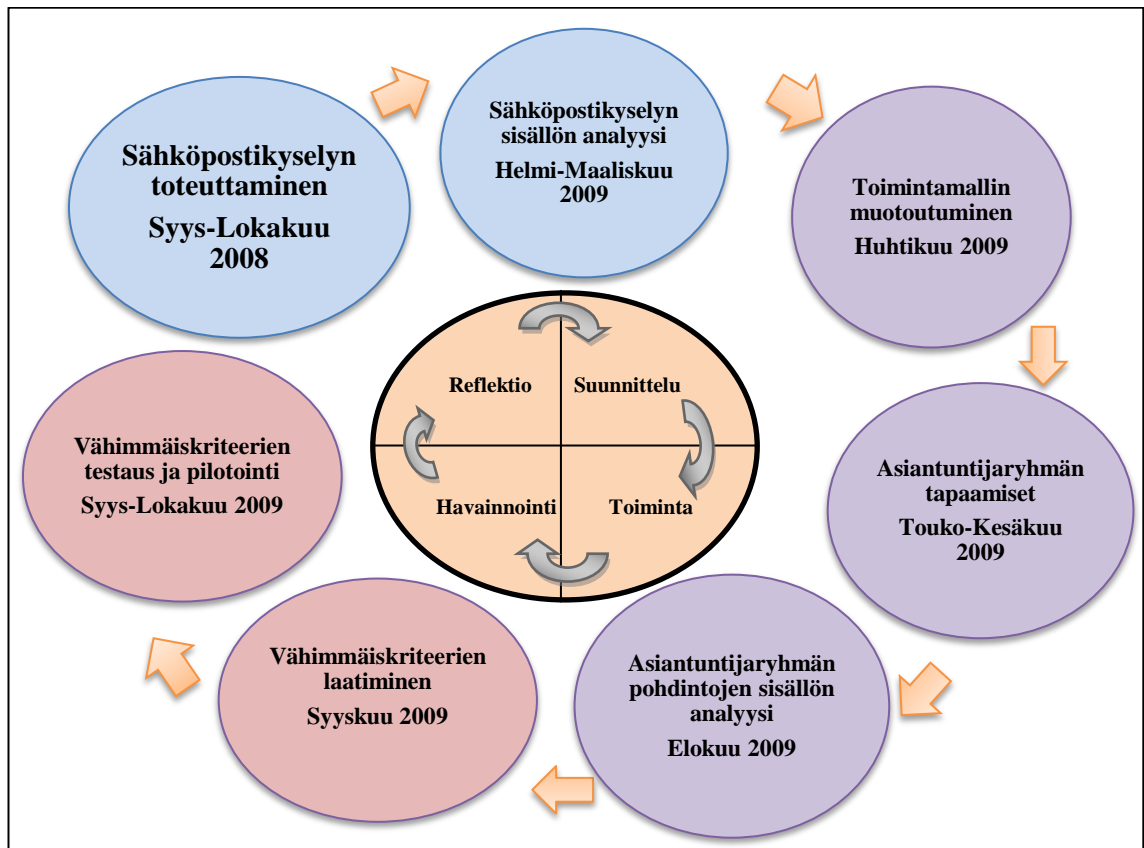
Sähköpostilla kerätyn aineiston sisällön analyysi tapahtui kyselylomakkeiden kysymysten perusteella. Tutkijana etsin vastauksista vastausta lomakkeen kysymykseen ja näistä muodostuivat tulokset, jotka kuvasivat hoitajien käsitystä toimintakykyä tukevasta hoitotyöstä. Sisällön analyysissä pelkistin ilmaisut sähköpostivastauksista ytimekkääseen muotoon esitettyä kysymystä seuraten. Sitten etsin taulukoinnin avulla vastauksille yhteisiä alakäsitteitä ja muodostin alakäsitteille yläkäsitteitä. Näin toimin jokaisen kysymyksen kohdalla, jolloin vastaukset saatiin tiiviiseen taulukkomaiseen muotoon.

Myös asiantuntijaryhmässä tuotetun aineiston analyysissä käytin sisällön analyysia. Vilka (2005, 141) toteaa, että tutkimusaineistoa tarkastellaan kokoajan kokonaisuutena, jossa yksittäisiä asioita peilataan kokonaisuuteen ja päinvastoin. Tutkimusaineisto on jonkun ihmisen tutkittavalle asialle antama merkitysten kokonaisuus jossakin tilanteessa. Tutkimusongelma ja tutkimuskysymykset ohjaavat merkityskokonaisuuksien etsintää. Tutkijan merkityksenanto on keskeinen tutkimusväline ja merkitykset nousevat esiin tutkimusaineistosta tutkijan merkitystenlukutaidon avulla. Tutkijan esiyymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä käytetään siis tutkimusvälineenä.

Asiantuntijaryhmässä pohdittiin sähköpostikyselyssä hahmottunutta alustavaa asukkaan toimintakykyä edistävää toimintamallia RAI- arvioinnin ADL- mittarin pohjalta luotujen asukasryhmien; itsenäisen, tuettavan ja autettavan asukkaan näkökulmista. Asiantuntijaryhmässä tuotettuja nauhoitettuja keskusteluita ei litteroitu sanatarkasti, vaan tutkija poimi niistä esiin kehittämishankkeen näkökulmasta olennaisina pitämänsä tiedot. Tutkija luokitteli aineiston materiaalia kolmen asukasryhmän näkökulmista jolloin hahmottui kolme jokaisen asukasryhmän erityistarpeet sisältävää toimintamallia. Asukkaan toimintakykyä edistäviä toimintamalleja kehitettiin erityisesti Vanhustyön keskus Pirkankoivun tarjoamista lähtökohdista.

4.4 Kehittämishankkeen toteuttaminen sykleinä

Seuraavaksi tarkastelen kehittämishankkeen etenemistä toimintatutkimuksen syklejä seuraten (ks. kuvio 1). Sykleistä muodostuu toimintatutkimukselle tyypillinen spiraali, jossa tutkimussyklit toteutuvat useampaan kertaan.



KUVIO 1. Kehittämishankkeen eteneminen toimintatutkimuksen syklissä

Ensimmäinen toimintatutkimuksen sykli lähti omassa kehittämishankkeessani liikkeelle reflektiosta. Heikkisen ja Jyrkämän (1999, 36) mukaan reflektoidessaan ihminen tarkastelee omaa subjektiviteettiaan, omia ajatussisältöjään, kokemuksiaan ja itseään tajuavana ja kokevana olentona. Ihmisellä on mahdollisuus etäännyä itsestään ja nähdä omaa toimintaansa ja ajatteluaan uudesta näkökulmasta. Heikkinen (2006, 34) näkee reflektion totuttujen toiminta- ja ajattelutapojen perusteiden pohdintana.

Halu kehittämishankkeen toteuttamiseen nousi työyhteisössä oman työni, työyhteisön ja työympäristön kriittisestä tarkastelusta sekä valtakunnallisista että paikallisista tavoitteista kehittää vanhusten toimintakykyä edistävää ja ylläpitävää hoitotyötä.

Pirkkalan vanhainkodilla oli havahduttu vanhusten toimintakyvyn ylläpitämiseen, edistämiseen ja erilaisten mittausmenetelmien olemassaoloon. Toiminnan systemaattisuus, koko työyhteisön sitoutuminen ja vanhuksen toimintakykyä edistävän ja ylläpitävän ideologian sisäistäminen vaativat vielä kehittämistä.

Suunnitteluvaiheessa halusin kerätä hoitohenkilökunnan kokemuksia sen hetkisestä tavasta toteuttaa vanhusten toimintakykyä edistävää hoitotyötä itsenäisen, tuettavan ja autettavan asukkaan kanssa työskenneltäessä. Lisäksi kysyin ehdotuksia miten sitä tulisi kehittää. Menetelmäksi valitsin työpaikan sisäisen sähköpostin avulla toteutettavan sähköpostikyselyn asukkaiden hoitoon osallistuvalla henkilökunnalle. Kysely sisälsi neljä avointa kysymystä (ks. liite 1, sivu 96). Kyselyssä hyödynnettiin kehittämishankkeen tekijän jo aikaisemmassa työelämäprojektissa pilotoituja toimiviksi testattuja kysymyksiä. Kyselykaavaketta mukailtiin Pirkankoivun vanhainkotiin sopivaksi. Tutkija suunnitteli saatekirjeen sähköpostikyselyä tukemaan. Se lähetettiin sähköpostikyselyn mukana kyselyyn osallistujille. Lisäksi tutkija suunnitteli pitävänsä henkilökunnalle infon osastopalaverissa tulevasta kehittämishankkeesta ja siihen liittyvästä kyselystä.

Toimintavaiheessa sähköpostikysely toteutettiin Pirkankoivun vanhainkodin vanhusten toimintakykyä tukevalle ja ylläpitävälle henkilökunnalle. Tutkija piti osastopalaverissa infon vanhainkodin henkilökunnalle tulevasta kehittämishankkeesta ja toteutettavasta sähköpostikyselystä. Kysely lähetettiin sähköisesti henkilökunnalle 19.9.2008 ja vastausaika annettiin neljä viikkoa. Vastauksia tuli verkkaisesti, joten tutkija pidensi vastausaika 27.10 2008 asti. Tutkija lähetti sähköpostilla kaikille osallistujille muistutuksen sähköpostikyselyyn vastaamisesta ja jakoi osastoille ja hoitajien kansliaan muistutuslappuja kyselyyn vastaamisesta. Tutkija mainosti kyselyä myös henkilökohtaisesti kiertämällä osastoilla ja muistuttamalla henkilökuntaa meneillään olevasta kyselystä. Työntekijöille annettiin mahdollisuus myös vastata manuaalisesti käsin kirjoittaen kyselyyn. Vastausaika oli yhteensä noin viisi viikkoa (4viikkoa ja lisäksi reilun viikon lisäaika). Vastauksia tutkija sai määräaikaan mennessä 22kpl. Kyselyjä lähetettiin 30kpl.

Havainnointivaiheessa tutkija pääsi tutkimaan, analysoimaan ja vetämään yhteen sähköpostikyselyn vastauksia ja tuloksia kyselyn päätyttyä. Tutkijana kokosin kaikki vastaukset yhtenäiseksi aineistoksi ja poistin kaikista vastauksista tunnistetiedot. Sitten

aloin ryhmittelemään vastauksia aineistosta nousevien teemojen mukaisesti. Teemoittelun jälkeen etsin aineistosta alakategorioita ja yläkategorioita, päätyen lopulta pääluokkiin ja yhdistävään luokkaan (ks. kuvio 2, sivu 37). Toimintatutkimussykli alkoi uudestaan tutkijan päästessä uudelleen reflektointivaiheeseen.

Toisen toimintatutkimuksen syklin reflektointivaihe alkoi uudestaan kun tutkijana aloin tekemään johtopäätöksiä ja päätelmiä sähköpostikyselyn tuloksista ja sen myötä esiin nousseita seikoista, merkityksistä ja näkökulmista. Taulukoinnin avulla sähköpostikyselystä esiin nousutta informaatiota halusin tutkijana syventää laajentamalla näkökulmaa ADL- mittarista kehitettyihin itsenäisen, tuettavan ja autettavan asukasryhmien hoitoon.

Toinen suunnitteluvaihe käynnistyi uudelleen, kun tutkijana aloin suunnitella tarkemmin kerätyn tiedon hyödynnettävyyttä kehittämishankkeessani. Sähköpostikyselyn aineiston analyysin jälkeen oli tarpeellista muodostaa Pirkankoivun vanhainkodin hoitohenkilökunnasta asiantuntijaryhmä, jonka tehtävänä oli syventää kyselystä saatua tietoa. Tässä vaiheessa organisaatiouudistus oli niin tuore, että tutkijana tuntui järkevältä jatkaa kehittämishanketta toistaiseksi vielä ainoastaan saman vanhainkodin henkilökunnan kanssa, jonka olin hankkeeseen aiemmin syksyllä orientoinut.

Visiona oli muodostaa vanhainkodin asukkaille toimintakykyä edistävä toimintamalli, joka perustuisi RAI- arviointijärjestelmän fyysisen toimintakyvyn ADL- mittariin ja joka vastaisi yksilöllisesti asukkaiden toimintakyvyn edistämisen tarpeisiin, kolmen toimintakyvyltään erilaisen asukasryhmän näkökulmista. Kehitettävässä toimintamallissa tuli kohdata vanhuksen toimintakyvyn edistämisen mahdollisuudet ja Vanhustyökeskus Pirkankoivun resurssit vastata niihin haasteisiin sekä realistiset mahdollisuudet jalkauttaa toimintamalli koko Vanhustyön keskus Pirkankoivun hoitotyötä ohjaavaksi toimintamalliksi.

Toisessa toimintavaiheessa asiantuntijaryhmän tapaamisissa pohdittiin toimintakykyä edistävää hoitotyötä näiden kolmen toimintakyvyltään erilaisen asukasryhmän näkökulmista. Asiantuntijaryhmätapaamisia oli tässä vaiheessa neljä kappaletta, joista ensimmäinen oli orientoiva tapaaminen. Orientoivassa tapaamisessa keskusteltiin yleisesti toimintakykyä edistävästä hoitotyöstä ja tutkija antoi osastoille kirjallista

materiaalia keskustelun avaajiksi yksikköpalavereihin. Asiantuntijaryhmätapaamiset ajoittuivat touko-kesäkuulle 2009. Tapaamisissa pohdittiin toimintakykyä edistävää hoitotyötä ja hoitoprosessia yhden asiakasryhmän näkökulmasta per tapaaminen.

Osallistuminen asiantuntija ryhmään perustui vapaaehtoisuuteen. Tutkija esitti toiveen saada asiantuntijaryhmään mukaan sairaanhoitaja- lähihoitaja parin jokaisesta kolmesta yksiköstä. Tämä toive toteutui osittain. Lisäksi sovittiin vielä varajäsenet jokaisesta yksiköstä, jos varsinaiset jäsenet olisivat esteellisiä. Asiantuntijaryhmän työskentelyn aikana ryhmään antoi panoksensa yhteensä kahdeksan hoitajaa tutkijan lisäksi. Ennen jokaista asiantuntija tapaamista asiantuntijaryhmän jäsenten tehtävänä oli pitää omassa yksikössään yksikköpalaveri, jossa he yhdessä yksikön henkilökunnan kanssa pohtivat annettuja teemoja, joita sitten asiantuntijaryhmässä käytäisiin läpi.

Havainnointivaihe käynnistyi uudelleen, kun aloin purkamaan asiantuntijaryhmän keskusteluja ja esiin nostamia seikkoja sekä tekemään asiantuntijaryhmätapaamisten tuottamasta aineistosta yhteen vetoja ja päätelmiä. Tutkijana kokosin keskusteluista olennaisina pitämäni asiat kolmeksi kokonaisuudeksi, jotka hahmottuivat itsenäisen, tuettavan ja autettavan asukkaan toimintakykyä edistäviksi kokonaisuuksiksi. Materiaalista erottui asioita jotka olivat yleisiä kaikkia ryhmiä koskevia ja sitten asioita, jotka koskivat erityisesti jotain tai joitain kolmesta ryhmästä.

4.5 Asiantuntijaryhmätyöskentely

Vanhainkodin hoitohenkilökunnasta koottiin asiantuntijaryhmä siten, että ryhmässä oli edustettuina monta ammattiryhmää ja ryhmän jäseniä yhdisti mielenkiinto kehittää toimintakykyä tukevaa hoitotyötä. Ryhmään saatiin henkilökuntaa jokaisesta yksiköstä. Näin kehittämishankkeessa oli mukana kaikkien osastojen työntekijöitä ja samalla kaikkien osastojen hieman erilaisten asiakaskunnan tarpeet tulivat huomioitua. Lisäksi osallistettiin tasaisemmin kaikkien yksiöiden henkilökuntaa ja istutettiin innostusta kaikkiin kolmeen yksikköön.

Asiantuntijaryhmän työskentelyssä käytin tässä kehittämishankkeessa ryhmässä tapahtuvaa teemahaastattelua, jossa tutkijana olin laatinut etukäteen valmiiksi teemahaastattelurungon kullekin asiantuntijaryhmätapaamiselle. Teemahaastattelu

runkona toimi sähköpostikyselyn sisällön analyysissä ja taulukoinnissa muodostunut toimintakykyä edistävän toimintamallin prototyyppi (ks. kuvio 2, sivu 37), jota tarkasteltiin tapaamisissa itsenäisen, tuettavan ja lopuksi autettavan asukkaan näkökulmista.

Asiantuntijaryhmän keskusteluissa hyödynsin myös osallistuvaa havainnointia ohjaamalla keskustelua pysymään ennalta hahmotellussa aihepiirissä sekä osallistuin myös itse keskusteluun nostamalla esiin kehittämishankkeen kannalta olennaisia teemoja. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija voi olla samalla sekä osallistuva että tarkkailija ja myös osallistumisen aste voi vaihdella tarpeen mukaan. Osallistuvaa havainnointia tukee keskustelujen nauhoittaminen, jolloin aineistoja voidaan analysoida sellaisenaan tai niitä on mahdollista käyttää havainnoinnin ja muistin tukena. (Huovinen & Rovio ym. 2006, 106.) Nauhoitin keskustelut, jotta tutkijana minun olisi helpompaa analysoida keskustelujen sisältöä. Keskusteluja ei litteroitu sanasta sanaan vain poimin niistä olennaiset asiat analysoitavaksi. Nauhat tuhottiin kehittämishankkeen valmistuttua anonyymiteetin säilyttämiseksi.

Sykli käynnistyy kolmannen kerran,(ks. kuvio 1, sivu 30) kun tutkijana pohdin ja reflektoin päätelmien merkitystä vanhusten toimintakykyä edistävän toimintamallin kehittämisen näkökulmasta. Kolmen lomittaisen toimintakykyä edistävän toimintamallin löytyminen materiaalista oli tutkijaa innostava löydös. Haasteeksi nousi kuitenkin käytännön toteuttamisen hankaluudet, sillä jokaista kolmea toimintamallia kuvasi monta liuskaa tekstiä. Tutkijan ongelmaksi muodostuivat toimintamallien sisällön soveltaminen toimivaksi käytännön työvälineeksi.

Suunnitteluvaihe alkoi kolmannen kerran, kun tutkija alkoi suunnitella asiantuntijaryhmältä saadun informaatio pohjalta vanhusten toimintakykyä edistävää toimintamallia edistämään asukkaiden toimintakykyä ja tukemaan hoitajien systemaattista ja tavoitteellista arjen hoitotyötä. Ratkaisu toimintamallin käytäntöön soveltamiseksi löytyi keskustelussa opinnäytetyön ohjaajan kanssa. Materiaalista erottui kaikkia kolmea ryhmää koskevia toimintakykyä edistäviä keskeisiä keinoja ja sitten yksittäisessä ryhmässä keskeisiksi nousevia hoitotyön menetelmiä. Toimintamalliksi kiteytyi toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit, jotka voidaan tiivistää lyhyeen ja ytimekkääseen muotoon.

Kolmas toimintavaihe alkoi, kun tutkija kehitti, muodosti ja veti yhteen hoitopolkujen sisältöjä ja uutta toimintamallia. Asiantuntijaryhmäkeskustelujen pohjalta tutkija poimi materiaalista keskeisiä yhteisiä ja erottavia toimintakykyä edistäviä keinoja vähimmäiskriteereiksi. Apuna tutkija käytti myös tutkittua tietoa ja kirjallista lähdemateriaalia, jotta kriteerit olisivat linjassa valtakunnallisten tavoitteiden kanssa.

Kolmas havainnointivaihe alkoi kun tutkija pyysi laatimistaan vähimmäiskriteereistä palautetta työelämän edustajilta. Tutkija järjesti työyhteisössä tilaisuuden, jossa hän esitteli aineiston ja kirjallisuuden pohjalta nousseita toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit. Tilaisuudesta saadun palautteen perusteella tutkija vielä muokkasi kriteerejä koko työyhteisölle sopivampaan suuntaan. Lisäksi tutkija käynnisti pilotoinnin, jossa asiantuntijaryhmän jäsenet arvioivat kriteerien tämän hetkistä toteutumista oman asukkaansa näkökulmasta. Samalla tutkija keräsi palautetta asiantuntijaryhmän jäseniltä tutkimusprosessista.

5. NYKYTILAN KARTOITUS

Seuraavaksi erittelen sähköpostikyselyn tuloksia seuraavan sivun kuviota 2 (ks. sivu 37) tarkastellen. Sähköpostikyselyn sisällön analyysissa aineistoa tarkasteltiin toimintakyvyn edistämisen näkökulmasta jolloin aineistosta nousi esiin taulukoinnin avulla erilaisia ja eritasoisia asiakokonaisuuksia. Työyhteisöstä nousseet kehittämistarpeet ja ideat otettiin huomioon aineistoa analysoitaessa ja taulukoitaessa. Koko kehittämishankkeen aikana esiin nousseet kehittämistarpeet ja ehdotukset esitellään tarkemmin luvussa 6.2.2 (ks. myös luvut 7.1 ja 7.4).

Toimintakykyä edistävä hoitotyö koostui tässä vaiheessa kolmesta teemasta, joita olivat fyysistä -, psyykkistä - ja sosiaalista toimintakykyä edistävä hoito. Geriatrinen asiantuntijuus sisälsi asiantuntijoiden konsultoinnin ja hoitotyön asiantuntijuuden. Yksilön elämän hallinta muodostui yksilöllisyyden tukemisesta ja omatoimisuuden edistämisestä.

5.1 Toimintakykyä edistävä hoitotyö

Toimintakykyä edistävä hoitotyö jakautui kolmeen asiakokonaisuuteen joita olivat fyysistä toimintakykyä edistävä hoito, psyykkistä toimintakykyä edistävä hoito ja sosiaalista toimintakykyä edistävä hoito.

Fyysistä toimintakykyä edistävä hoidolla tarkoitettiin kyselyn perusteella motorisen toimintakyvyn ylläpitoa, liikuntaa, liikkumisen suunnitelmallisuutta, säännöllisyyttä ja turvallisuutta, liikkumiseen motiivointia rutiineja sekä turvallista liikkumista edistävien apuvälineiden hyödyntämistä.

Vastauksissa nousivat esiin erilaiset fyysistä toimintakykyä edistävät liikkumismuodot, kuten kuntosalitoiminta ja sisä- ja ulkoliikunta mahdollisuudet sekä hyötyliikunta. Arkisissa askareissa mukana oleminen mainittiin useissa vastauksissa. Arjen liikuntamuotoja saattoivat olla vastanneiden mukaan vaikka pöydän kattaminen, leipominen ja kukkien hoito.

| Alaluokka | Yläluokka | Päälouokka | Yhdistävä luokka |
|--|---|------------------------------------|---|
| Motorisen toimintakyvyn ylläpito Liikunta Liikkumisen suunnitelmallisuus, säännöllisyys ja turvallisuus Liikkumiseen motivointi Liikkumisen rutiinit Apuvälineiden hyödyntäminen | | | |
| Asentohoito Painehaavojen ehkäisy Aktiivinen ja passiivinen liikehoito Virheasentojen ehkäisy Ihohoito | Fyysistä toimintakykyä edistävä hoito | | |
| Ravitsemushoito | | | |
| Mieliala Itsetunto Muistelu Mielihyvä Rutiinit Osittaminen Virikkeet Aktiviteetit Itsenäisyys | Psyykkistä toimintakykyä edistävä hoito | Toimintakykyä edistävä hoitotyö | Toimintakykyä edistävä toimintamalli |
| Sanallinen aktivointi Kirjallinen aktivointi | | | |
| Omaisyyhteistyö | | | |
| Osallistuminen Osallistaminen Yhdessä tekeminen Sosiaalinen toiminta Sosiaaliset virikkeet Päivittäiset askareet Seurustelu | Sosiaalista toimintakykyä edistävä hoito | | |
| Geriatrin konsultointi Fysioterapeutin konsultointi Omahoitajan konsultointi Muistin seuranta Lääkehoito | Asiantuntijoiden konsultointi | | |
| Kuntouttava työote Moniammatillinen yhteistyö Hoitosuunnitelma Kuntouttava hoitotyö Yhteiset tavoitteet Omahoitajuuden kehittäminen Arvostus Vuorovaikutus | Hoitotyön asiantuntijuus | Geriatrinen asiantuntijuus | |
| Yksilöllisyys Itsemääräämisoikeus Kiireettömyys Säilyttäminen Elämän hallinta Turvallisuus | Yksilöllisyyden tukeminen | | |
| Toimintakyky Omatoimisuus Itse yrittäminen Motivaatio Taitojen ylläpito Voimavarat Arkitoiminnot | Omatoimisuuden edistäminen | Yksilön hallinta | elämän |

KUVIO 2. Sisällön analyysin eteneminen

Eräs vastaajista kuvasi erilaisia toimintakykyä ylläpitäviä liikunnan muotoja seuraavasti:

”Kuntosalilla harjoittelu, tasapainon ja lihasvoiman harjoittelu. Kävely sisällä ja ulkona, liikkuminen kävellen eri tilaisuuksiin, osalla allas harjoitukset, kiipeily lauteille ja takaisin. Tanssit.”

Monet vastaajat pitävät liikkumisessa turvallisuutta tärkeänä. Apuvälineiden hyödyntäminen tuotiin monissa vastauksissa esiin sekä myös apuvälineiden käytön ohjaus, asianmukainen tarkistaminen ja huolto. Eräs vastaaja kuvaili asiaa näin:

”Oikeat apuvälineet oikeaan aikaan ja huolellinen ohjaus ja kannustus käyttämiseen”

Vastauksissa lueteltiin runsaasti liikkumisturvallisuutta kehittäviä asioita, kuten turvalliset jalkineet, hyvä valaistus, oikein valitut ja säädetyt apuvälineet ja tarkoituksen mukaiset huonekalut ja pesutilat. Myös potilas- ja työturvallisuutta tuotiin esille nosto ja siirto tilanteissa. Turvallisuutta kuvattiin esimerkiksi seuraavalla tavalla:

”Liikkumisturvallisuus (lattiat, valaistus, apuvälineet, huonekalut, peseytymistilat, hyvä elinympäristö), lonkkahousut(kaatumisriski)”

”Nostot G-tuoliin, pyörätuoliin, wc:ssä, siirrot ja kääntämiset sängyllä turvallisesti ja riskit huomioon ottaen (asukasturvallisuus, työturvallisuus).”

Monissa vastauksissa mainittiin myös erilaisia vuodepotilaita aktivoivia liikkumisen mahdollisuuksia, kuten vuodejumppa, liikehoidot, raajojen ja vartalon nostelu ja kääntely. Asiakasta kannustettiin myös myötävaikuttamaan vartalon liikkeillään hoitotoimenpiteitä. Vuodepotilaan fyysistä aktiivisuutta kuvattiin mm. seuraavasti:

”Asukas olisi itse mukana kääntötilanteessa, neuvon mihin suuntaan olemme kääntymässä”

”Asentohoitoa, käännöt huomioiden ja siinä samalla kuntoutusta. Seinällä olevat kuntoutusohjeet, pienet jalkojen koukistukset ja käden ojennukset”

Toimintakykyä edistävä toiminta nousi esiin erilaisten ongelmien ja riskien ennaltaehkäisyn kautta. Asentohoitoa, painehaavojen ehkäisyä, aktiivista ja passiivista liikehoitoa, virheasentojen ehkäisyä, ihonhoitoa, apuvälineiden hyödyntämistä ja ravitsemushoitoa voitiin pitää fyysistä toimintakykyä heikentävien tekijöiden ennaltaehkäisynä.

Monet vastaajat mainitsivat vuoteeseen hoidettavan asiakkaan fyysistä kuntoa aktivoivan vuodejumpan, jonka ohjeet voivat olla seinällä toteuttamisen helpottamiseksi. Asentohoito oli myös usein mainittu ja kytketty monesti painehaavojen ehkäisyyn. Rentoutus vuodepotilaan hoidossa oli mainittu vain kerran, mutta se oli mielestäni hyvä oivallus. Seuraavassa otteita vastaajien näkemyksistä ennaltaehkäisyn näkökulmasta:

”Asentohoidot, vuodejumpat ja rentoutukset”

”Painehaavaumien ehkäisy, tarvittaessa runsasproteiininen ravinto, sosemainen ruoka, niveljäykkyyksien ja virheasentojen ehkäiseminen”

Ravitsemus tuli myös esille osassa vastauksia ja erilaiset dieetit ja ruuan koostumus. Ateriointia avustettiin eriasteisesti ruuan esille laitosta, apuvälineidenturvin syömisestä ja ruuan paloittelusta aina syöttämiseen asti.

Psyykkistä toimintakykyä edistävä hoidon teemoja olivat mieliala, itsetunto, muistelu, mielihyvä, rutiinit, osittaminen, virikkeet, aktiviteetit ja itsenäisyys sekä sanallinen että kirjallinen aktivointi.

Vastauksissa painottuivat erilaiset ohjatut aktiviteetit, virikkeet, harrasteet ja mielihyvää tuotava tekeminen. Tällaisia vastauksista poimittuja aktiviteetteja olivat mm. tuolijumppa, muistelu, musiikki, erilaiset pelit, toimintakeskus, seurakunta, leipominen, puutarhanhoito, tanssit, käsityöt ja äänikirjat. Yhtenä tärkeänä mielihyvää tuottavana virikkeenä monet pitivät erilaisia kodin askareita, joihin asukkaita otettiin mukaan. Tässä eräiden vastaajien aktiviteetteja:

”Toimintapäivät, yllätykset, musiikki, tanssit, kuntosali, tasapaino harjoitukset, tuolijumppat ja muistijumppat, leipominen, seurakunta, bingot, piha ja puutarha, ulkoilut”

”Jokaiselle asukkaalle virikkeitä sopivasti”

Useat vastaajat kiinnittivät huomiotaan asiakkaiden mielialaan. Asukkaan itsetuntoa pyrittiin vahvistamaan kunnioittamalla asukkaan itsemääräämisoikeutta, vahvistamalla myönteisiä elämän kokemuksia ja tarjoamalla mielekästä tekemistä. Asukkaiden elämänhallintaa tuettiin toimintojen osittamisella ja pitämällä yllä arkirutiineja, jotta taidot eivät unohtuisi. Asukkaalle annettava positiivinen palaute, kehuminen ja kannustaminen, koettiin tärkeänä. Arvokkaana eräs vastaaja piti myös sitä, että asukkaan reviiiri lisääntyi ja että asukkaalla oli mahdollisuus myös uusien kokemusten saavuttamiseen. Tässä vastaajien näkemyksiä asukkaiden mielialan tukemisesta:

”Kannustan asiakasta liikkumaan oma-aloitteisesti ja itsenäisesti, mikä lisää mielekkyyttä asukkaan jokapäiväiseen elämään.”

”Tekemällä joka päivä hoidot samalla tavalla, asiakkaalle tulee ”rutiini”, mikä helpottaa asiakasta selviytymään päivän askareista itsenäisesti.”

Vastauksissa kuvailtiin hyvin monin eri verbein asiakkaan tukemista, ohjaamista ja kannustamista omatoimiseen toimintaan. Monissa vastauksissa mainittiin asiakkaan itsenäiseen toimintaan ja omatoimisuuteen tukeminen, esimerkiksi:

”Kannustus, ohjaus, puhuminen, kuuntelu, rohkaisu”, ”Muistuttaminen ja tavaroiden esille laitto.”

”Sanallinen ja tarvittaessa kirjallinen aktivointi”

Hoitohenkilökunta aktivoi asukasta verbaalisesti itse yrittämään, vaikka itse suoritus ei olisikaan ollut täydellinen. Myös hoitajan sanalliset vihjeet ja keskustelu sekä kirjalliset ohjeet tukivat asukkaan itsenäistä toimintaa.

Sosiaalista toimintakykyä edistävä hoito tarkoitti sekä asukkaan osallistumista yhteisön toimintaan että myös osallistamista, jos hän ei itse kyennyt olemaan aloitteellinen. Se oli myös yhdessä tekemistä, erilaista sosiaalinen toimintaa ja virikkeitä jossa oltiin vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Sosiaalista toimintakykyä edistävä hoito oli päivittäisiin askareisiin osallistumista, seurustelua ja omaisyhteistyötä. Seuraavaksi esimerkkejä sosiaalista toimintakykyä edistävästä vastaajien näkemyksistä:

”Houkuttelen lähtemään mukaan erilaisiin aktiviteetteihin”

”Harrasteisiin osallistuminen tukee kognitiota ja selviytymistä omatoimisuutena.”

Monet vastaajat pitivät tärkeinä asiakkaiden sosiaalisten suhteiden tukemista ja mahdollistamista. Tätä tavoitetta tuettiin aktiivisella heitä mukaan eri viriketoimintoihin. Omaisten kanssa tehtävä yhteistyö mainittiin useasti ja heidät tuli ottaa myös mukaan hoidon suunnitteluun. Asiakkaita haluttiin tukea yhteydenpidossa heille tärkeisiin ihmisiin. Vastaajat kuvasivat näkemyksiään seuraavasti:

”Omaisten osuuden huomioiminen, juhliin ja kylään viemiseen kannustaminen.”

”Omaiset mahdollisuuksien mukaan otetaan kuntoutukseen/kehittämiseen mukaan.”

Seurustelu ja keskustelu nähtiin tärkeinä myös niille asiakkaille, jotka eivät puhuneet mitään. Vastaajat kuvasivat vuodepotilaan sosiaalista toimintakykyä edistävää hoitoa näin:

”Saattohoidossa olevan luona oleminen, luoda turvallinen tunnelma, pitää kädestä, hellä hierominen, musiikin kuuntelu, keskustelu vaikka asukas ei puhuisikaan mitään.”

”Tuon aktiviteetit asukkaan huoneeseen, esim. vuodejumppa, keskustelu, käsityöt”

Aktiviteetteja ja sosiaalista kanssakäymistä haluttiin tuoda myös asukkaan huoneeseen, jos siellä vietettiin paljon aikaa. Eräs vastaaja totesi, että jos asukas halusi, saattoi hänen huoneensa oven jättää hieman raolleen, jotta huoneeseen kuului elämän ääniä.

5.2 Geriatrian asiantuntijuus

Geriatrian asiantuntijuus jakautui kahteen erityisosaamisen alueeseen, joita olivat asiantuntijoiden konsultointi ja hoitotyön asiantuntijuus. Toimintakykyä edistävään toimintamalliin toivat erikoisosaamisensa sekä erilaiset asiakkaan hoitoon osallistuvat asiantuntijat että hoitotyön erikoisosaamista edustavat hoitotyön ammattilaiset.

Konsultoitavina asiantuntijoina nähtiin asiakasta hoitava geriatri, fysioterapeutti ja asiakkaan arjen ja elämänhistorian tunteva omahoitaja. Asiantuntijuutta tarvittiin myös muistiseurannan toteuttamisessa ja lääkehoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja seurannassa. Vastaajat toivat esiin näkemystään asiantuntijoiden hyödyntämisestä:

”Fysioterapeutin ohjauksen ja arvion käyttäminen liikkumisen tukemisessa, samoin lääkärinarvio ja lääkityksen tarkistaminen”

”Omahoitajan osuus hyvinvoinnissa ja kannustamisessa tärkeää, samoin tiedonkulussa, kirjaamisessa ja hoidon suunnittelussa.”

Yhteistyöstä asiantuntijoiden kanssa vastaajat olivat selkeästi kiinnostuneita, sillä suuressa osassa vastauksia nähtiin joku asiantuntijan roolissa. Vastauksissa nousivat selkeästi esiin asiakkaan oikeanlainen lääkehoito ja asiantuntijoiden arviot terveydentilasta, muistista ja toimintakyvystä. Myös lääkitysten sivuvaikutusten ja mahdolliset haittojen arvioinnin tärkeys tuotiin esiin.

Hoitotyön asiantuntijuus koostui hoitotyön erikoisosaamisesta kuten hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutuksesta, kuntouttavasta työotteesta, moniammatillisesta yhteistyöstä, ajantasaisesta ja tavoitteellisesta hoitosuunnitelmasta, kuntouttavasta hoitotyöstä, yhteisesti sovituista tavoitteista, omahoitajuuden kehittämisestä ja asiakkaan arvostamisesta.

Vastauksista ilmeni moniammatillisen yhteistyön tärkeys ja säännöllisten hoitopalavereiden tarve. Useissa vastauksissa painotettiin, että hoitajilla tuli olla yhteiset tavoitteet ja hoitolinjat ja että yhteisistä sopimuksista oli pidettävä kiinni. Monet halusivat myös kehittää nimenomaan hoitajien välistä yhteistyötä.

”Olisi hyvä saada selkeä yhtenäinen linja, kuinka kutakin henkilöä tuetaan ja ohjataan.”

”Jokaisella hoitajalla olisi samantyyppiset hoitoperiaatteet, joista olisi yhtenäisesti sovittu hoitajien kesken, jolloin asukkaiden toimintakyvyn taso pysyisi samana tai jopa paranisi.”

Kyselyssä nousi pinnalle myös palautteen antamisen tärkeys asiakkaalle hänen onnistumisistaan. Olennaisena asiana pidettiin useissa vastauksissa sitä, että asiakkaalle annettiin tarpeeksi aikaa, rauhaa ja mahdollisuus suoriutua itsenäisesti niin pitkälle kuin hän kykeni. Hoitajalla tuli olla asiakkaan kanssa työskennellessään kuntouttava, mutta yksilöllinen työote. Kuntouttavaa hoitotyötä kyselyssä kuvattiin mm. seuraavasti:

”Kuntouttava hoitotyö, ei tehdä asukkaan puolesta, vaan ohjataan tekemään itsenäisesti(voimavaroja huomioiden).”

”Luottamuksellinen ja turvallinen hoitosuhde”

Hoitajat tukivat asiakkaita valintojen tekemisessä ja antoivat vihjeitä. Vastaajat kuvasivat asiakkaan opastamista valintojen tekemisessä näin:

”Tuki valinnoissa(mikä järkevää?) ja hoitajien vihjeet valintojen tekemisessä.”

”Asukkaan kognitio /orientaatio otettava huomioon eli muisti ja päätöksentekotaito”

Omahoitajuuden kehittäminen oli vastaajien mielestä tärkeää. Omahoitajan tehtäviä tuli pohtia yhdessä työpaikalla, miettiä mitä se parhaillaan olisi ja pyrkiä sitä kohti. Yksikköjen toiminnan suunnitteluun haluttiin ottaa mukaan myös asukkaat. Toimintaa haluttiin kehittää kouluttamalla erityisesti hoitajien vuorovaikutustaitoja. Monilla hoitajilla oli myös henkilökohtaisia erityistaitoja, joita haluttiin hyödyntää asukkaiden virkistykseksi.

5.3 Yksilön elämän hallinta

Yksilön elämän hallinta muodostui kahdesta osa-alueesta, joita ovat yksilöllisyyden tukeminen ja omatoimisuuden edistäminen. Toimintakykyä edistävän toimintamallin toteuttamiseen vaikuttivat toimintakykyä edistävän hoitotyö, ja geriatrisen asiantuntijuuden rinnalla myös yksilön ominaisuudet ja motivaatio.

Yksilöllisyyden tukeminen koostui käsitteistä, joita olivat yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, kiireettömyys, säilyttäminen, elämänhallinta ja turvallisuus.

Monissa vastauksissa painotettiin, että asiakas tuli kohdata yksilönä, yksilöllisine tarpeineen. Asukkaan tuli antaa tehdä arjen valintoja nojautuen asukaan toimintakykyyn. Itsemääräämisoikeus nousi useassa vastauksessa esiin. Tärkeinä seikkoina painotettiin asiakkaan kuuntelemista, asiakkaaseen tutustumista ja hänen elämänsä tuntemista. Siten hoitajalla oli mahdollisuus löytää asioita, joilla voi motivoida asukasta tekemään itse niitä asioita joihin pystyi. Vastauksissa painottuivat erilaiset asiakkaan itsetuntoa ja yksilöllisyyttä tukevat toiminnot, esimerkiksi:

”Asukkaan voimavarojen huomioiminen ja omatoimisuuden tukeminen, onnistuminen kohottaa itsetuntoa”

”Vahvistaa asukkaan itsetuntoa”, ”Vahvistetaan myönteisiä elämäkokemuksia”

Eräs vastaaja kertoi, että hoitajan tulisi huomioida asukkaan elämän merkitykselliset roolit ja auttaa häntä toteuttamaan niitä edelleen. Hoitajan tuli myös tiedostaa ja ennakoita asukkaan avuntarpeen vaihtelu ja toimintakyvyn muuttuminen

Omatoimisuuden edistämisen sektori muodostui toimintakyvystä, omatoimisuudesta, itse yrittämisestä, motivaatiosta, taitojen ylläpidosta, asiakkaan voimavaroista ja arkitoiminnoista.

Monissa vastauksissa nousi esiin erilaiset arkitoimet, joista asiakkaan tuli yrittää suoriutua voimavarojensa mukaan hoitohenkilökunnan kannustamana mahdollisimman itsenäisesti. Useat vastaajat luetteloivat paljon erilaisia arkitoimia, joista asukkaan tuli yrittää suoriutua itsenäisesti. Seuraavassa vastaajien kuvauksia omatoimisuuteen pyrkimisestä:

”Tuen ja ohjaan asukasta tekemään itse sen mitä pystyy päivittäistoiminnoissa”

”Pyrin siihen että asukas tekee mahdollisimman paljon itse: esimerkiksi asukas pese itse kätensä, kasvonsa, alapesut ja hampaansa. Asukas harjaa itse hiuksensa ja ajaa partansa.”

Tärkeämpänä pidettiin itse yrittämistä kuin täydellistä suoritusta:

”Asukas voi pedata petinsä itse niin kauan kun se itse onnistuu, ei mennä korjaamaan sitä.”

”Antaa asukkaan yrittää tehdä, vaikka vähän hitaammin tai sinnepäin.”

Apua piti vastaajien mukaan tarjota vasta siten kun omat taidot ja voimavarat eivät enää riittäneet. Tärkeä ohjaamisen muoto oli myös toiminnan valmistelu ottamalla tarvittavat tavarat ja esineet esille käden ulottuville, ikään kuin houkuttelemaan itsenäiseen toimintaan.

6. TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄN TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN

Asiantuntijaryhmäpohdintojen, sähköpostikyselyn, työelämältä saadun suullisen ja kirjallisen palautteen ja tutkitun kirjallisen tiedon avulla toimintamalliksi muodostuivat vanhainkotiasukkaan toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit, jotka kehitettiin erityisesti oman organisaatiomme tarjoamista lähtökohdista. Vanhainkotiasukkaan toimintakykyä edistävä toimintamalli näkyy kuviossa 3 (ks. sivu 48).

Toimintamallissa arvioidaan asukkaan säästynyttä, heikentyntä ja menetettyä toimintakykyä. RAI -arviointijärjestelmän ADL -mittarin avulla määritetään asukkaan fyysinen toimintakyky ja luokitellaan hänet itsenäiseen, tuettavaan tai autettavaan asukasryhmään. Asukkaan fyysistä toimintakykyä voidaan tukea huolehtimalla juuri niiden fyysisen toimintakyvyn vähimmäiskriteerien täyttymisestä, jolla tuetaan juuri hänen asukasryhmänsä toimintakykyä edistäviä erityistarpeitaan.

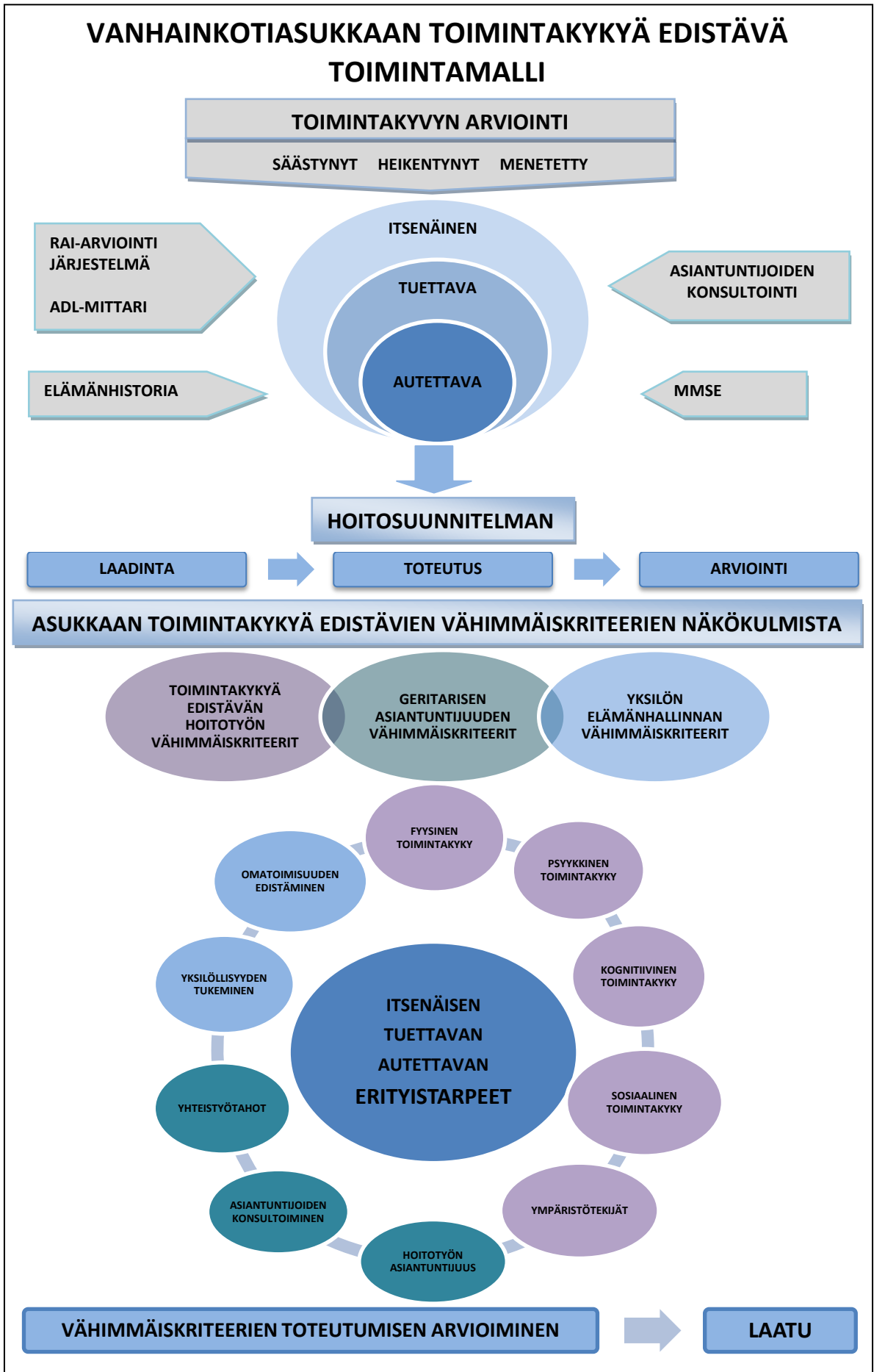
Asukkaan psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä voidaan myös karkeasti määrittellä asiantuntijoiden erityisosaamisen, muistitestin ja havainnoinnin perusteella. Varsinaista mittaria siihen ei tässä kehittämishankkeessa määritelty, mutta apuna voidaan hyödyntää RAI -arvioinnin mittareita. Kuitenkin ryhmittely psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osalta voidaan tehdä itsenäiseen, tuettavaan ja autettavaan asukasryhmään ja vähimmäiskriteereissä on huomioitu myös näiden ryhmien erityistarpeet psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmista.

Asukkaan elämänhistorian kartoittamisen avulla löydetään asukkaan voimavaroja ja erityisosaamisen alueita, joita voidaan hyödyntää asukkaan identiteetin tukemisessa ja motivoinnissa toimintakykynsä edistämiseen. Elämänhistoriaan tutustuminen ohjaa hoitajaa asukaan yksilöllisyyden, ainutlaatuisuuden ja merkityksellisten roolien tukemisessa.

Asukkaan toimintakykyä kartoitettaessa voidaan hyödyntää asiantuntijoiden erityisosaamista. Fysioterapeutilla on erityisosaamista fyysisen toimintakyvyn ja liikkuvuuden mahdollisuuksista, apuvälineiden ja niiden käytön määrittämisestä ja ohjaamisesta. Geriatri on tärkeässä roolissa sairauksien diagnosoinnissa ja hoidossa,

lääkehoidon suunnittelussa ja hoitolinjauksien määrittelyssä. Omahoitajalla on asukkaaseen tutustumisen ja päivittäisen toimintakyvyn arvioinnin kautta tärkeää informaatiota asukkaan arjen sujuvuudesta ja ongelmista. Muistitestillä MMSE (Mini-Mental State Examination) arvioidaan asukkaan kognitiivista toimintakykyä. MMSE-muistitesti sisältyy myös RAI- arviointi mittariin.

Omahoitaja kartoittaa kollegoidensa avustamana asukkaan toimintakyvyn ja hoidon tarpeet, joihin hoitoprosessilla yritetään vastata. Kun asukkaan toimintakyvyn ryhmät ovat fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmista määritelty, hoitosuunnitelman laadinnassa, toteutuksessa ja arvioinnissa sekä kirjaamisessa huomioidaan toimintakykyä edistävien vähimmäiskriteerien näkökulmat, asukasryhmien yhteiset vähimmäiskriteerit ja asukasryhmien omat erityistarpeet. Arvioinnissa tarkastellaan asukkaan toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten lisäksi vähimmäiskriteerien täyttymistä. Se missä määrin vähimmäiskriteerit elävät ja toteutuvat asukkaan hoitoprosessissa kertoo toteutuneen hoidon laadusta.



KUVIO 3. Vanhainkotiasukkaan toimintakykyä edistävä toimintamalli

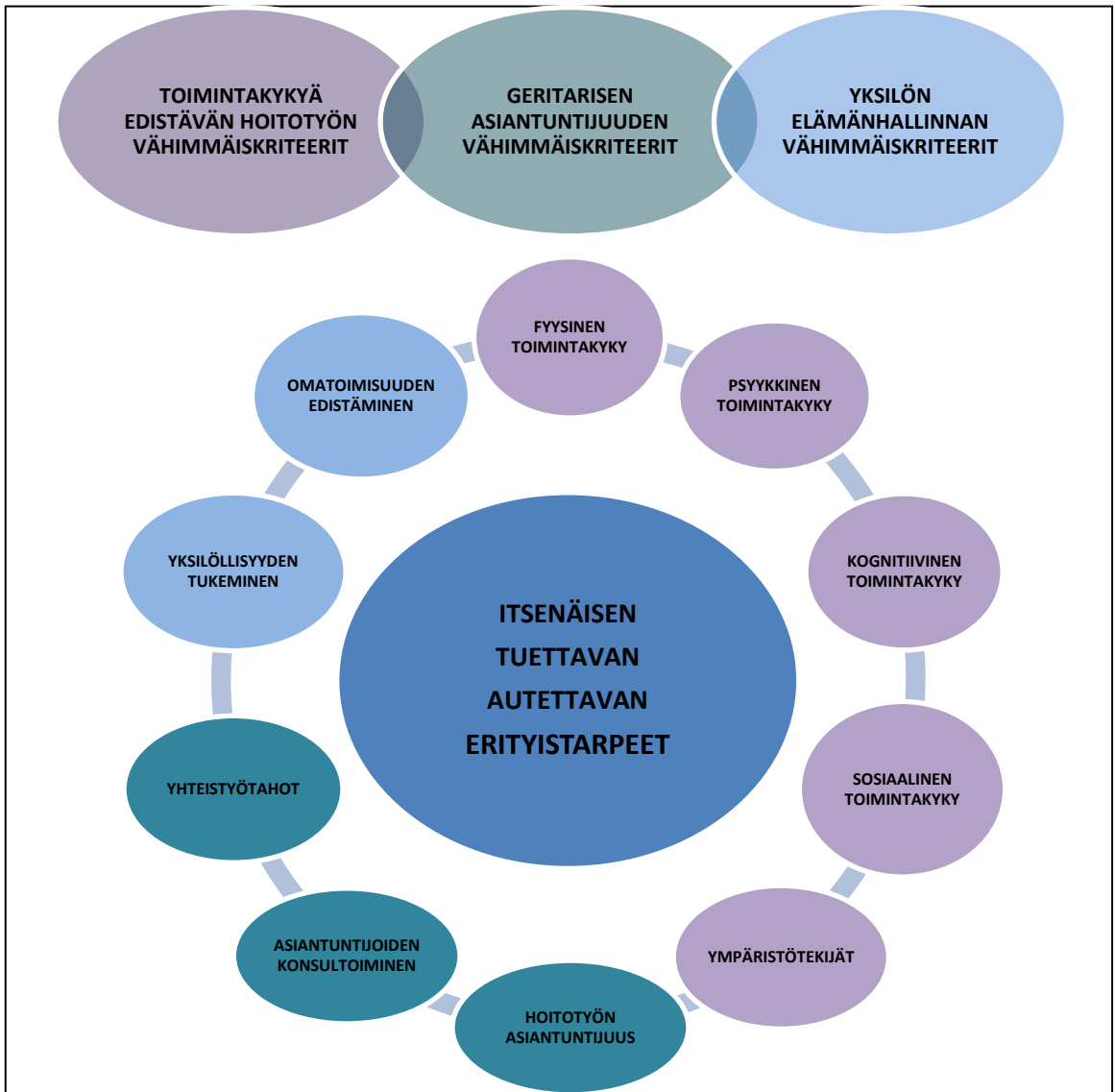
6.1 Asukkaan toimintakykyä edistävän hoidon vähimmäiskriteerit

Kehittämishankkeen toteuttaja kuunteli kolmen asiantuntijaryhmätapaamisen tuottamat nauhoitetut keskustelut ja poimi niistä olennaisimpina kokemansa esiin tulleet asiat. Asiantuntija ryhmätyöskentely eteni siten, että ensin pohdittiin toimintakykyä edistävää hoitotyötä autettavan asukaan näkökulmasta, sitten tuettavan ja lopuksi itsenäisen. Pohdinnat etenivät sähköpostikyselyn pohjalta kehitettyä sisällön analyysin kuviota 2 (ks. sivu 37) seuraten.

Aineiston analyysi tapahtui samassa järjestyksessä. Tutkija pelkisti ensin kirjalliseen muotoon saatettuja ilmaisia kaikissa kolmessa aineistossa. Sitten tutkija etsi aineistosta yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia toimintamalliin peilaten. Tutkija poimi aineistosta asukaan toimintakykyä edistäviä vähimmäiskriteereitä, jotka esiintyivät ja koettiin tärkeiksi kaikissa kolmessa asukasryhmässä sekä sellaisia joiden hyödyntäminen painottui tai oli erityisen tärkeää jossakin kolmesta asukasryhmästä. Tarkoituksena oli löytää jokaisen kolmen asukasryhmän toimintakykyä edistävät erityistarpeet ja nostaa niistä olennaisimmat hoitotyön suunnittelua ja toteutusta ohjaaviksi vähimmäiskriteereiksi.

Kun kehittämishankkeen toteuttajana olin saanut valmiiksi ehdotuksen vanhainkotiasukkaan toimintakykyä edistävistä vähimmäiskriteereistä, vein kriteerit työyhteisölle kommentoitaviksi ja kritisoitaviksi. Esittelin vähimmäiskriteerit työyhteisölle 10.9.2009. Tilaisuuteen kutsuin koko Vanhustyön keskus Pirkankoivun hoitohenkilökuntaa. Tilaisuudessa tutkijana esittelin ja perustelin Vanhustyön keskus Pirkankoivun hoitohenkilökunnalle vähimmäiskriteerit ja he saivat kommentoida, kritisoida ja esittää lisäyksiä kriteereihin. Lisäksi pyysin heiltä myös vapaaehtoista kirjallista palautetta tilaisuuden loputtua. Tilaisuudessa oli mukana myös Pirkkalan kunnan seniorifoorumin edustaja.

Kehittämishankkeen toteuttajana otin vastaan suulliset ja kirjalliset vähimmäiskriteerien kehittämisehdotukset, arvioin niiden käyttökelpoisuuden ja toteutin muutokset ja lisäykset toimintakykyä edistäviin vähimmäiskriteereihin. Seuraava kuvio 4 (ks. sivu 50) kuvaa vähimmäiskriteerien osa-alueita (ks. myös sivu 48).



KUVIO 4. Vähimmäiskriteerien osa-alueet (ks. myös kuvio 3, sivu 48)

Vähimmäiskriteerien kehittämisen perimmäisenä ajatuksena oli löytää itsenäisen, tuettavan ja autettavan asukkaan toimintakykyä edistävän hoidon erityispiirteet, jotka tulisi huomioida arjen hoitotyössä ja hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Vähimmäiskriteerit jakautuivat kaikkia asukasryhmiä koskeviin yhteisiin vähimmäiskriteereihin ja ryhmäkohtaisiin erityistarpeet huomioiviin vähimmäiskriteereihin. Seuraavaksi erittelen kriteerejä yleisellä tasolla.

6.1.1 Toimintakykyä edistävä hoitotyön vähimmäiskriteerit

Vanhustyön keskus Pirkankoivun asukkaan toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit on kuvattuna kokonaisuudessaan seuraavan sivun kuviossa 5 (ks. sivu 52). Toimintakykyä edistävän hoidon kaikkien kolmen asukasryhmän yhteisiksi vähimmäiskriteereiksi nousivat tavoitteellisuus, asukaslähtöisyys, elämänlaatu, apuvälineiden hyödyntäminen, turvallisuuden kokeminen, muistelu, suoriutumisen seuranta ja nopea reagointi, positiivinen kannustaminen ja tukeminen sekä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen säännöllinen aktivointi yksilöllisten voimavarojen ja mielenkiinnon mukaisesti. Työelämästä saadun palautteen mukaisesti lisättiin yhteiseksi vähimmäiskriteeriksi vielä esimiesten sitoutuminen. Esimiesten sitoutuminen ja tuki toimintakykyä edistävän hoidon mahdollistamiseen ja toteuttamiseen koettiin olennaisena.

Hoitotyön tavoitteellisuus koettiin tärkeänä kaikissa ryhmissä. Tavoitteiden tuli vastata asukaan, omaisen ja hoitajan yhdessä kartoittamia tarpeita. Kun asukaan voimavarat kartoitettiin, saatiin asukaan hoitotyön tavoitteet vastaamaan asukkaan tarpeisiin. Tällöin vahvistui myös kaikkia kolmea ryhmää koskeva asukaslähtöisyyden kriteeri. Yhteiseksi kriteeriksi nousi aineistosta myös elämänlaatuun panostaminen, siten että laadukkaan elämän kokemus tulee nousta asukaan omista elämänarvoista. Muistelu koettiin tärkeäksi hoitotyön menetelmäksi kaikissa ryhmissä asukaan kanssa toimittaessa niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisen aktivoinnin näkökulmasta.

Apuvälineiden hyödyntäminen koski kaikkia ryhmiä, mutta jokaiselle ryhmälle painottuivat tarvelähtöisesti tietyntyyppiset apuvälineet. Positiivinen kannustaminen ja nähtiin tärkeänä työvälineenä sekä yksilön suoriutumisen seuranta ja sen heikentyessä nopea hoitajan reagointi. Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen aktivointi ja virikkeet koettiin olennaisena osana toimintakykyä edistävää hoitoa. Aktivoivan toiminnan säännöllisyys koettiin erityisen tärkeänä ja ihanteellisimmillaan se oli osa asukkaiden päivärutiineja. Liikunnan ja mielekkään toiminnan tuli kuitenkin olla suhteutettuna asukaan yksilöllisiin voimavaroihin ja yksilöllisiin mieltymyksiin.

| VANHAINKOTIASUKKAAN TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄT VÄHIMMÄISKRITEERIT | | |
|---|--|---|
| TOIMINTAKYKYÄ EDISTÄVÄ HOITOTYÖ Yhteiset vähimmäiskriteerit: Esimiesten sitoutuminen, Tavoitteellisuus, Asiakaslähtöisyys, Elämänlaatu, Apuvälineiden hyödyntäminen, Turvallisuuden kokeminen, Muistelu, Suoriutumisen seuranta ja nopea reagointi, Positiivinen kannustaminen ja tukeminen, Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen säännöllinen aktivointi yksilöllisten voimavarojen ja mielenkiinnon mukaisesti, | | |
| Ympäristötekijät: Esteettömyys, Turvallisuus, Viihtyisyys, Yksityisyys, Omatomaisuuteen aktiivisuus, Rauhoittavuus, Muistoja stimuloivuus, Kodinomaisuus | | |
| ITSENÄINEN | TUETTAVA | AUTETTAVA |
| Fyysinen toimintakyky Fyysisen kunnon ylläpito omaehtoisesti ja ohjatusti, Päiväruutiinit Liikkumisen vapaus sisällä ja ulkona Psyykinen toimintakyky Rohkaisu reiviirin laajentamiseen Tunteiden ja mielipiteen ilmaisun tukeminen Sanallinen ja kirjallinen aktivointi Sosiaalinen toimintakyky Ystävyysuhteiden tukeminen Tutustuttaminen samanhenkisiin asukkaisiin Omaisiin tutustumisen ja heidän tukeminen Mahdollisuus kotiloomiin Kuunteleminen ja keskusteleminen Kognitiivinen toimintakyky Muistitoimintojen seuranta, Ajankohtaisten asioiden seuraaminen, Osallistuminen, Orientaation seuranta, Yksilölliset virikkeet Tavoitteiden saavuttamiseen kannustaminen Itsestä huolehtimisen seuranta Puheen tuottamisen, ymmärtämisen ja hahmottamisen seuranta | Fyysinen toimintakyky Motorisen toimintakyvyn ylläpito Hoitajan sanallinen, sanaton ja fyysinen ohjaus, Hoitajan läsnäolo ja tuki Voimavara- ja lähtöisyys, Jalcojen hoito Psyykinen toimintakyky Mielialan seuranta, Ohjattu ulkoilu Päiväruutiinit, Itsetunnon tukeminen, Aivojen aktivointi, Merkityksellisten roolien tukeminen Sosiaalinen toimintakyky Osallistuminen yhteisön toimintaan Omaisten ohjaus asukkaan kanssa toimimiseen, Yhdessä tekeminen, Seurustelu, Sosiaalisten suhteiden tukeminen Kognitiivinen toimintakyky Muistitoimintojen tukeminen, Osittaminen, Ryhmävirikkeet ja ohjattu toiminta Itsestä huolehtimiseen ohjaaminen Orientaation tukeminen Puheen tuottamisen, ymmärtämisen ja hahmottamisen tukeminen | Fyysinen toimintakyky Aktiivinen ja passiivinen vuodevoimistelu Asentohoito, Ihonhoito Ravitsemus, Istumaan avustaminen Psyykinen toimintakyky Hoitotahdon noudattaminen Elämäntapomuksen arvostaminen, Toivon ylläpitäminen, Kuunteleminen Henkisiin tarpeisiin vastaaminen, Päivärytmi Sosiaalinen toimintakyky Kontaktin vahvistaminen omaisiin Hoitajan läsnäolo Sanallinen ja sanaton vuorovaikutus Yhteisön jäsenyyden säilyttäminen Kognitiivinen toimintakyky Muistamisessa avustaminen Itsestä huolehtimisessa avustaminen Soveltuvat virikkeet, Osallistaminen, Orientaatiiossa avustaminen Puheen tuottamiseen houkuttelu ja merkityksen tulkinta |
| GERIATRINEN ASiantuntijuus Yhteiset vähimmäiskriteerit: Elämänhistoriaan perehtyminen, Toimintakykyä edistävä työote, Dementia-asiantuntemus, Yksilöllinen hoitosuunnitelma, Hoidon vaikuttavuuden arviointi, Hoitajien yhteiset tavoitteet, Luovuus, Liikuntaan motivoiminen, | | |
| Moniammatillisina yhteistyötahoina: Omahoitaja, Sairaanhoidtaja, Geriatri, Fysioterapeutti, Sosiaaliohittaja, Terveyskeskus, Keskussairaala, Kotipalvelu, Kotisairaanhoito | | |
| ITSENÄINEN | TUETTAVA | AUTETTAVA |
| Hoitotyön asiantuntijuus Itsenäisen selviytymisen mahdollistaminen Toimintakykyä uhkaaviin riskitekijöihin puuttuminen, Asukkaan osallistuminen päätöksentekoon Asiantuntijoiden konsultointi Omahoitaja: Koordinaattori, Tiedon antaja, Kannustaja. Merkityksellisten virikkeiden tarjoaminen Tavoitteisiin kannustaminen, Kokonaishoidon koordinointi. Geriatri: Lääkehoidon suunnittelu, Sairauksien diagnosointi ja hoito Fysioterapeutti: Liikunnallisten voimavarojen kartoittaminen, Soveltuvan liikunnan suunnittelu asukkaan kanssa, Liikuntalukujärjestys | Hoitotyön asiantuntijuus Hoitajien yhteiset toimintatavat Voimavarojen käytön motivointi Ohjaus ja kannustaminen Asiantuntijoiden konsultointi Omahoitaja: Kannustaja, Opettaja, Terapian toteuttaja. Motivoitokeinot elämänhistoriasta Sitkeä kannustaminen Yhteisistä toimintatavoista sopiminen ja tiedottaminen Geriatri: Lääkehoidon suunnittelu, Sairauksien diagnosointi ja hoito Fysioterapeutti: Fyysisen toimintakyvyn ja soveltavan liikunnan kartoittaminen, Liikuntalukujärjestys, Apuvälineiden tarpeen arviointi ja opastus | Hoitotyön asiantuntijuus Kivunhoito, Ravitsemus Sanallinen ja sanaton viestintä Läheisten tukeminen, Saattohoito Asiantuntijoiden konsultointi Omahoitaja: Kanssakulkija, Auttaja, Terapian toteuttaja. Hoitotahdon toteuttaminen, Asentohoidon organisointi, Kivunhoidon kokonaissuunnitelma, Asukkaan edustaminen Geriatri: Kivunhoidon ja lääkehoidon suunnittelu, Hoitotahdon noudattaminen, Sairauksien diagnosointi ja hoito Fysioterapeutti: Säilyneen toimintakyvyn arviointi, Liikehoidon suunnittelu ja ohjaus, Siirtymisen apuvälineiden tarpeen arviointi ja opastus |
| YKSILÖN EÄMÄNHALLINTA Yhteiset vähimmäiskriteerit: Kodinomaisuus, Terveyslähetyisyys, Itsemääräämisoikeus, Yksityisyyden turvaaminen, Identiteetin tukeminen, Arvokkuus, Oman elämän asiantuntijuus, Elämän mielekkyys, Tasavertaisuus, Rutiinit | | |
| ITSENÄINEN | TUETTAVA | AUTETTAVA |
| Yksilöllisyyden tukeminen Valintojen arvostaminen Elämänhallinnan tukeminen Erilaisuuden salliminen Omatomaisuuden edistäminen Voimavarojen kartoittaminen ja hyödyntäminen Omatomaisuuteen aktivointi Päivittäiset askareet Itsenäisyyden tukeminen | Yksilöllisyyden tukeminen Yksilölliset ratkaisut Tuetaan valintojen tekemisessä Reiviirin kunnioittaminen Itsetunnon tukeminen Omatomaisuuden edistäminen Voimavaroihin suhteutetut haasteet Toimintakyvyn vaihtelun huomiointi Toiminnan alkuun ohjaaminen Osittaminen, Vihjeiden esittäminen Tavaroiden esille laittaminen | Yksilöllisyyden tukeminen Ainutlaatuisuus Pienet valinnat Mielipiteen kysyminen Mieltymysten huomiointi Omatomaisuuden edistäminen Ajan antaminen Motivointi |

KUVIO 5. Vanhainkotasukkaan toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit

Toimintakykyä edistävä hoito jakautui itsenäisellä, tuettavalla ja autettavalla asukkaalla fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, joihin tutkijana poimin vähimmäiskriteereitä heidän erityistarpeensa huomioiden. Työelämäpalautteessa nousi esiin ehdotus lisätä mukaan vielä kognitiivisen toimintakyvyn näkökulma kaikkiin asukasryhmiin ja tämä ehdotus lisättiin vähimmäiskriteereihin.

Itsenäisen fyysistä toimintakykyä edistävissä kriteereissä tuotiin esiin, että asukkaan tuli olla vapaa liikkumaan ja ulkoilemaan kognition salliessa. Päiväruutiinit tukivat ohjattua ja omaehtoista arkiliikuntaa, sekä arkiaskareista selviytymisen taitoja. Asukasta tuli kannustaa fyysisen kunnan omatoimiseen ylläpitämiseen omaehtoisuuteen ohjaamalla ja tarjoamalla myös ohjattua liikuntaa.

Psyykkistä toimintakykyä edistävissä kriteereissä hoitajan tuli rohkaista asukasta reviiirin laajentamiseen osaston ulkopuolelle, mikä tuki asukkaan itsenäisyyden kokemusta, mahdollisti sosiaalisten suhteiden laajentamisen ja aktivoi arkiliikuntaan. Tunteiden ja mielipiteen ilmaisun tukeminen tuki itsemääräämisoikeuden toteutumista. Asukasta aktivoitiin sanallisesti seurustelemalla, ohjaamalla, neuvomalla ja kannustamalla. Asukkaan kognitiosta riippuen myös kirjallinen aktivointi oli mahdollista kirjojen, lehtien ja television avulla.

Sosiaalisen toimintakyvyn edistämisen vähimmäiskriteereissä ystävyys-suhteiden tukeminen nähtiin sekä sosiaalista että psyykkistä toimintakykyä edistävänä tekijänä ja tätä mahdollisuutta tuettiin tutustuttamalla asukasta samanhenkisiin asukkaisiin. On tärkeää, että asukkaalla oli mahdollisuus myös talon ulkopuolisten ystävyys-suhteiden säilyttämiseen. Kotilomat olivat itsenäiselle asukkaalle tärkeä voimavara, jos omaisilla oli voimavaroja niiden toteuttamiseen. Hoitohenkilökunnan tuli myös tutustua asukkaan omaisiin ja pohjustaa hyvää yhteistyösuhdetta. Keskusteleminen ja kuulluksi tuleminen koettiin tärkeänä.

Kognitiivista toimintakykyä edistettäessä asukkaan muistitoimintojen ja orientaation seuranta oli oleellista. Ajankohtaisten asioiden seuraamisen mahdollisuus koettiin tärkeänä. Asukkaan osallistuminen toimintaan ja virikkeisiin yksilön mielenkiinnon mukaisesti tukivat kognitiota. Asukasta tuli kannustaa yhdessä asetettujen tavoitteiden savuttamisessa. Hänen kykyä huolehtia itsestään ja hahmottamiskykyä seurattiin. Myös puheen tuottaminen ja ymmärtäminen oli hoitajien tarkkailun kohteena.

Tuettavan asukkaan fyysisen toimintakyvyn tärkeänä vähimmäiskriteerinä oli motorisen toimintakyvyn ylläpito. Hän tarvitsi erityistä huomiota liikkumiseen ja omaehtoiseen toimintaan motivoinnissa. Sanallinen, sanaton ja fyysisesti vahvistettu ohjaus oli paikallaan. Tärkeää oli voimavaralähtöisyys, jolloin kompensoitiin menetettyjä taitoja niillä taidoilla jotka vielä osattiin. Jalkojen kuntoon tuli kiinnittää erityistä huomiota, jotta niiden ongelmat eivät olisi liikkumisen esteenä. Hoitajan läsnä olo ja tuki kannustamisessa omatoimiseen selviytymiseen olivat tärkeitä.

Psyykkisen toimintakyvyn vähimmäiskriteereissä painottui mielialan seuranta. Toimintakyvyn heikentymisen omakohtainen havaitseminen ja itsenäisyyden heikkeneminen saattoivat vaikuttaa mielialaa kuormittavasti. Ohjatulla ulkoilulla hoitajan avustamana saattoi olla mielialaa kohottava vaikutus. Päiväruutiinit helpottivat arkitoiminnoista suoriutumista ja säilyttivät toimintakykyä. Heikentynyt omaehtoinen suoriutuminen saattoi vaikuttaa asukkaan itsetuntoon, jonka tukemiseen hoitajan tuli kiinnittää erityistä huomiota. Ajattelun tarkoituksenmukainen aktivoiminen oli tärkeää ennaltaehkäisyä. Hoitajan tuli tukea asukasta säilyttämään itselleen merkityksellisiä rooleja ja tehtäviä, joiden vaaliminen ei ollut enää yhtä helppoa kuin ennen.

Sosiaalisen toimintakyvyn edistämässä tuettavalla korostui omaisten ohjaaminen asukkaan kanssa toimimiseen. Toimintakyvyn heikentyessä ja apuvälineiden käytön lisääntyessä omaisten kynnys yhdessä toimimiseen saattoi kasvaa. Asukas tarvitsi myös apua ja tukea osallistuessaan yhteisön toimintaan sekä sosiaalisten suhteiden ylläpitämisessä. Sosiaalisia taitoja tuki kokonaisvaltainen vuorovaikutus ja seurustelu. Sosiaalista aktivointia oli myös yhdessä tekeminen, kuten asukas ja hoitaja tai asukas ja omainen tai kaksi asukasta hoitajan valvonnassa.

Kognitiivisen toimintakyvyn edistämässä tuettavalle asukkaalle sopi ryhmävirikkeet ja ohjattu toiminta. Toimintakyvyn heikentyessä itsenäistä suoriutumista helpotti osittaminen, jossa kokonaisuus pilkottiin pienemmiksi osiksi, joita suoritettiin yksi toiminto kerrallaan. Muistitoimintoja ja orientaatiota oli tuettava aktiivisesti. Asukkaan itsestä huolehtiminen vaati hoitajalta enemmän ohjausta. Asukas tarvitsi puheentuottamisessa ja ymmärtämisessä sekä hahmottamisessa hoitajan tukea ja tulkintaa.

Autettavan asukkaan fyysisen toimintakyvyn edistämässä korostui aktiivinen ja passiivinen vuodevoimistelu hoitajan avustamana. Ihon hoitoon tuli kiinnittää erityistä huomiota. Asentohoidossa hyödynnettiin erilaisia asentotyynyjä ja painetta kehon osilta vähentäviä ratkaisuja. Asennon säännöllinen vaihtaminen oli olennaista. Autettavan asukkaan ravitsemukseen tuli kiinnittää erityistä huomiota ruuan koostumuksessa ja ravintoainesisällössä ja aterioinnissa avustamisessa. Istuvaan asentoon avustaminen ja mukaan ottaminen yhteisön arkeen asukasta kuunnellen oli asukasta aktivoivaa.

Psyykkisen toimintakyvyn edistämässä painottui elämänkatsomuksen arvostaminen ja hoitotahdon noudattaminen. Omahoitajalla oli molempien kriteerien täyttämässä tärkeä rooli. Elämänhistorian tuntemisen avulla saattoi asukkaan arkeen löytyä vielä mielekkäitä virikkeitä. Vuoteeseen hoidettavan asukkaan arjessa tuli korostua elämälaatu. Painotettiin sitä mikä tuo asukkaalle mielihyvää ja iloa. Toivon ylläpitäminen pienissäkin mittakaavassa oli tärkeää. Hoitajan oli oltava herkistynyt asukkaan henkisiin tarpeisiin vastaamisessa. Asukkaan turvallisuuden kokemuksesta tuli huolehtia. Osaltaan turvallisuutta asukkaalle toi päivärhythmin noudattaminen ja se auttoi myös orientoitumisessa aikaan.

Sosiaalista toimintakykyä edistäviä vähimmäiskriteereitä olivat sanallinen ja sanaton vuorovaikutus. Elekielellä tapahtui paljon vuorovaikutusta ja joskus sanat saivat uusia merkityksiä. Hoitaja pystyi osallistamaan asukkaan virikkeeseen tai tuokioon jos asukas ilmaisi suostumuksensa vuorovaikutuksessa tai hoitotahdossa. Omahoitajan tuli tuntea asukaan mieltymykset ja kiinnostuksen kohteet. Vuoteeseen hoidettavalla oli oikeus myös yhteisön jäsenyyteen ja mukaan ottamiseen, jos hän niin viesti. Tärkeä vähimmäiskriteeri oli myös hoitajan inhimillinen läsnä oleminen. Omahoitajalle oli tärkeää vahvistaa kontaktia asukkaan omaisiin ja varmistaa, että asukkaan hoitotahto ja hoitolinjaukset olivat selvillä kaikilla osapuolilla.

Kognitiivista toimintakykyä edistettäessä hoitaja avusti asukasta muistamisessa, orientaatioissa sekä itsestään huolehtimisessa. Asukas saattoi osallistua hoitajan osallistamana soveltuviin virikkeisiin joko aktiivisessa tai passiivisessa roolissa. Hoitajan rooli oli houkutella asukasta tuottamaan puhetta ja ajatuksia kykyjensä mukaisesti ja kuunnella sekä pyrkiä tulkitsemaan mitä asukas viesti.

Toimintakykyä edistävään hoitoon kuului myös toimintakykyä edistävä ympäristö. Toive ympäristötekijöiden lisäämiseksi vähimmäiskriteereiksi tuli työyhteisöltä. Kehittämishankkeen toteuttaja nosti kaikkia asukasryhmiä koskeviksi asuinympäristön vähimmäiskriteereiksi seuraavat elementit; esteettömyys, turvallisuus, viihtyisyys, yksityisyyden mahdollisuus, itsenäiseen toimintaan aktivoivuus, rauhoittavuus ja muistoja stimuloivuus ja kodinomaisuus. Kodinomaisuus nähtiin tässä yhteydessä fyysisen ympäristön kodinomaisuutena. Tukena ympäristötekijöiden vähimmäiskriteereiden hahmottamisessa tutkija käytti Elon artikkelia Hyvinvointia tukeva ympäristö, teoksessa Gerontologinen hoitotyö (2009).

6.1.2 Geriatrisen asiantuntijuuden vähimmäiskriteerit

Kaikkia asukasryhmiä koskeviksi geriatrisen asiantuntijuuden vähimmäiskriteereiksi nousivat asukkaan elämänselämään perehtyminen, toimintakykyä edistävä työote, dementia-asiantuntemus, yksilöllinen hoitosuunnitelma, hoidon vaikuttavuuden arviointi, hoitajien yhteiset tavoitteet, luovuus, liikuntaan motivoiminen ja moniammatillinen yhteistyö. Moniammatillisen yhteistyön tahoina kaikissa asukasryhmissä olivat tarpeen mukaan omahoitaja, sairaanhoitaja, geriatri, fysioterapeutti, sosiaalihoitaja, terveyskeskus, keskussairaala, kotipalvelu, ja kotisairaanhoido.

Toimintakykyä edistävässä hoitotyössä tuli hoitajien sitoutua toimintakykyä edistävään työotteeseen, jolloin kaikilla hoitajilla oli toiminnassaan yhteiset tavoitteet, jolloin toimintakykyä edistävä hoitotyö oli vaikuttavampaa. Asukkaan elämänselämään tuli tutustua, jotta sitä voitiin hyödyntää toimintakyvyn edistämässä ja motivoinnissa liikuntaan ja virikkeisiin. Hoidon vaikuttavuuden arviointi oli oleellista, koska sen perusteella hoitosuunnitelmaa muutettiin asukkaan tarpeita palvelevammaksi. Asukkaiden hoidossa tuli hyödyntää moniammatillista osaamista, hoidon suunnittelua ja toteutusta. Dementia-asiantuntemus oli tärkeä vähimmäiskriteeri, sillä suurimmalla osalla asukaista oli dementiaoireita. Luovuus oli tärkeä ominaisuus hoitajilla, jotta uskallettiin tehdä innovaatioita ja uudenlaisia ratkaisuja asukkaan parasta tavoitellen. Sillä turvattiin hoitotyön jatkuva kehittäminen. Luovuus lisättiin geriatrisen asiantuntijuuden vähimmäiskriteeriksi työyhteisön palautteen perusteella.

Geriatrinen asiantuntijuus jakautui kahteen kokonaisuuteen joita olivat hoitotyön asiantuntijuus ja asiantuntijoiden konsultointi.

Itsenäinen asukas tarvitsi *hoitotyön asiantuntijuutta* itsenäisen selviytymisen mahdollistamisessa. Oli tärkeää, että asukkaalla oli mahdollisuus käyttää jäljellä olevia taitojaan. Motivoinnissa saattoi hyödyntää elämänhistoriasta paljastuvia taitoja ja kokemuksia. Hoitajan tuli sijoitella tarvittavat välineet ja esineet siten ne houkuttelevat asukasta itsenäiseen toimintaan. Omahoitajan tuli kartoittaa myös toimintakykyä uhkaavia riskitekijöitä ja tarttua niihin. Asukas piti ottaa mukaan häntä koskevaan päätöksentekoon ja tavoitteiden suunnitteluun ja häntä piti tukea itsenäiseen päätöksentekoon voimavarojensa ja ymmärtämyksensä mukaisesti.

Tuettavalla asukkaalla hoitotyön asiantuntijuus tuli esiin ammattitaitoisessa ohjauksessa ja kannustamisessa. Hoitajan haasteena oli motivoida asukas jäljellä olevien voimavarojen käyttöön. Tärkeää tuettavaa asukasta hoidettaessa olivat hoitajien yhteiset toimintatavat ja kaikille selkeät tavoitteet.

Autettavan asukkaan hoidossa hoitotyön asiantuntemusta tarvittiin kivunhoidossa ja ravitsemuksen toteuttamisessa. Sanallinen ja sanaton viestintä sekä vuorovaikutus olivat keskeisiä taitoja vuoteeseen autettavan hoidossa. Ammattitaitoa ja asiantuntemusta tarvittiin asukkaan ja hänen läheistensä tukemisessa sekä saattohoidon toteuttamisessa. Läheisten tukeminen ja saattohoidon kokonaisuus lisättiin vähimmäiskriteereihin työyhteisön palautteesta.

Asiantuntijoiden konsultointia tarkasteltiin omahoitajan, geriatrin ja fysioterapeutin näkökulmista. Nämä kolme näkökulmaa valittiin siksi, koska ne olivat yleisimmät asukkaan kanssa yhteistyössä toimivat tahot.

Omahoitajan roolia pohdittaessa itsenäisen, tuettavan ja autettavan asukkaan näkökulmista lisäsin vähimmäiskriteereihin näkökulman omahoitajan eri rooleista asukasryhmien kanssa työskenneltäessä. Haapaniemi, Routasalo & Arve (2006, 207-208) jakavat sairaan- ja perushoitajan toiminnan autettavan kanssa erilaisiin rooleihin. Hoitajan rooleina nähdään koordinaattori, tiedon antaja, kanssakulkija, kannustaja ja auttaja. Lisäksi Long ym. (2002, 70- 78) näkee hoitajien rooleina myös opettajan ja terapioiden toteuttajan roolit.

Tarkastelen seuraavaksi omahoitajien asiantuntijarooleja ja tehtäviä edellä mainittuja asukasryhmiä hoidettaessa toimintakykyä edistävällä työotteella. Rooleja kuvaan tarkemmin sitä mukaa, kun ne tulevat ilmi.

Itsenäisen asukkaan *omahoitajan asiantuntijarooleja olivat koordinaattorin, tiedon antajan ja kannustajan roolit*. Koordinaattorin roolissa omahoitaja vastaa asukkaan taustatietojen, toimintakyvyn ja voimavarojen kartoittamisesta, toimintakykyä edistävien tavoitteiden moniammatillisesta suunnittelusta, hoitotyön menetelmien nimeämisestä ja hoidon tulosten jatkuvasta arvioinnista ja seurannasta. Tiedonantajana hän tiedottaa toimintakyvyn muutoksista ja hoitotavoitteiden mukaisista toimintatavoista kollegoille sekä edustaa tiimissä tarvittaessa asukasta. Rooliin kuuluu myös asukkaan ja omaisten tiedottaminen toimintakykyä edistävän hoitotyön mahdollisuuksista ja tuloksista. Kannustajana hoitaja rohkaisee ja tukee asukasta kulkemaan ja ponnistelemaan kohti sovittuja hoitotavoitteita osoittamalla ystävällisyyttä, käyttämällä huumoria ja vahvistamalla toivoa. (Haapaniemi ym. 2006, 197- 208)

Omahoitajan toiminnan vähimmäiskriteereiksi itsenäisen asukkaan kohdalla muotoutuivat elämänhistoriaan tutustuminen, merkityksellisten virikkeiden tarjoaminen ja tavoitteiden saavuttamiseen kannustaminen. Asukkaan elämänhistoriaan kannatti tutustua tässä vaiheessa kun hän pystyi siitä itse kertomaan. Sen pohjalta voitiin etsiä myös motivaatiota mielekkäille harrasteille. Paras motivaatio hoitotyön tavoitteiden saavuttamiseksi voitiin saavuttaa, kun otettiin asukas mukaan tavoitteiden asetteluun. Omahoitajan tehtävänä oli vastata asukkaan kokonaihoidosta.

Geriatrinen asiantuntijuus näkyi kriteereissä lääkehoidon suunnittelun ja kokonaisuuden hallintana sekä sairauksien diagnosointina ja hoitona. *Fysioterapeutin asiantuntemusta* käytettiin liikunnallisten voimavarojen kartoittamisessa, soveltuvan liikunnan suunnittelussa ja liikuntalukujärjestyksen laadinnassa.

Tuettavan asukkaan *omahoitajan* rooleina olivat kannustaja, opettaja ja terapian toteuttaja. Opettajan rooli nousee esiin silloin kun sairaus aiheuttaa asukkaalle äkillisentoimintakyvyn muutoksen ja hoitajan tarvitsee opettaa asukkaalle uusia toimintamalleja tai apuvälineiden käyttöä selviytymisen ja sopeutumisen tukemisessa.

Terapian toteuttajan rooli otetaan käyttöön silloin, kun hoitaja avustaa ja kannustaa asukasta toteuttamaan asiantuntijan laatimaa harjoitteluohjelmaa. (Vähänkangas 2008, 154- 155; Long ym. 2002, 70- 78.)

Tuettavan asukkaan omahoitajan vähimmäistehtäviä olivat sopiminen ja tiedottaminen yhteisistä toimintatavoista, joiden avulla asukasta autetaan päivittäisissä toimissa. Olennaista tämän ryhmän asukkaan kanssa toimittaessa olivat hoitajien yhteiset toimintatavat ja tavoitteet jotta jäljellä olevat voimavarat ja taidot säilyisivät mahdollisimman pitkään. Asiantuntemusta tarvittiin asukkaan motivoinnissa, kun itsenäinen toiminta ei ollut kovin helppoa ja se vaati ponnistelua ja houkutus turvautua hoitajan apuun oli suuri. Silloin asukkaan sitkeä ohjaaminen ja kannustaminen itse yrittämiseen vaativat ammattitaitoa. Omahoitajalla oli tärkeä tehtävä löytää asukkaan elämänhistoriasta motivoituneita omatoimisuudelle ja itse yrittämiselle.

Geriatrinen asiantuntijuus näkyi kriteereissä lääkehoidon suunnittelun ja kokonaisuuden hallintana sekä sairauksien diagnosointina ja hoitona. *Fysioterapeutin asiantuntemusta* käytettiin fyysisen toimintakyvyn ja soveltuvan liikunnan kartoittamisessa, liikuntalukujärjestyksen laadinnassa, apuvälineiden tarpeen arvioinnissa ja käytön opastuksessa.

Omahoitajan rooleina autettavan asukkaan kanssa olivat kanssakulkija, auttaja ja terapian toteuttaja. Kanssakulkijan roolissa hoitaja on asukkaan lähellä ja tavoitettavissa, joka edistää luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. Silloin hoitaja voi helpommin huomioida asukkaan yksilönä, auttaa häntä sopeutumisessa sekä toivon ja motivaation ylläpitämisessä. Kanssa kulkijana omahoitaja ottaa huomioon ja tukee omaisia ja yrittää luoda ja ylläpitää myönteistä ilmapiiriä. Auttajan rooliin kuuluu huolellinen asukkaan perustarpeista huolehtiminen, elintoimintojen turvaaminen, painehaavojen ja muiden riskitekijöiden ehkäisy sekä lääkehoito. Auttajan rooliin kuuluu myös yhtenäisistä työskentelytavoista huolehtiminen. (Haapaniemi ym. 2006, 197- 208).

Omahoitajan vähimmäistehtävinä oli tutustua asukkaan elämänhistoriaan ja elämänkatsomukseen. Hänen tuli kirjata ylös ja käydä omaisten kanssa läpi asukkaan hoitotahto, jonka lääkäri oli vahvistanut. Omahoitajan tehtävä oli huolehtia sen käytännön toteutuksesta mahdollisuuksien mukaan. Hänen tehtäviinsä kuului myös

asentohoidon ja virheasentojen ehkäisyn ohjelmoiminen. Kivun hoidon kokonaisseuranta oli myös omahoitajan valvonnassa. Tärkeä rooli oli myös asukkaan edustaminen häntä koskevissa asioissa, jos asukas ei itse kyennyt ilmaisemaan mielipidettään.

Geriatrin asiantuntijuutta käytettiin kivunhoidon kokonaisuuden suunnittelussa, lääkemuutosten suunnittelussa sairauksien diagnosoinnissa ja hoidossa sekä hoitotahdon noudattamisessa. Lisäksi hän vastasi sairauksien diagnosoinnista ja hoidosta. *Fysioterapeuttia* voitiin konsultoida säilyneen toimintakyvyn arvioinnissa, liikehoidon suunnittelussa ja ohjauksessa, siirtymisen apuvälineiden tarpeen arvioinnissa ja opastuksessa.

6.1.3 Yksilön elämänhallintaa edistävät vähimmäiskriteerit

Kaikkia asukasryhmiä koskeviksi vähimmäiskriteereiksi nousivat kodinomaisuus, terveyslähtöisyys, itsemääräämisoikeus, yksityisyyden turvaaminen, identiteetin tukeminen, arvokkuus, oman elämän asiantuntijuus, elämän mielekkyys, tasavertaisuus ja rutiinit.

Vanhustyön keskus Pirkankoivun asukkaan elinympäristön tuli olla mahdollisimman kodinomainen vaikka kuuluttiin laitoshoidon piiriin. Kodinomaisuus nähtiin tässä yhteydessä hoitohenkilökunnan asennoitumisessa. Kodinomaisuuteen ja joustavuuteen piti tietoisesti pyrkiä erilaisilla arjen valinnoilla. Terveyslähtöisyydessä tuettiin asukkaan voimavaroja ja toimintakykyä. Kunnioitettiin ja huomioitiin asukkaan itsemääräämisoikeutta. Dementoituneenakin asukkaalla oli oikeus yksityisyyteen ja arvokkaaseen kohteluun. Tuettiin ja kunnioitettiin asukkaan identiteettiä. Asukas nähtiin oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Aukkaita tuli kohdella tasavertaisesti. Rutiinit ja tottumukset toivat turvallisuutta ja edistivät toimintakyvyn säilymistä.

Yksilön elämän hallinta jakautui kahteen kokonaisuuteen joita olivat yksilöllisyyden tukeminen ja omatoimisuuden edistäminen.

Itsenäisen asukkaan *yksilöllisyyden tukemisessa* tuli huomioida asukkaan valintojen arvostaminen. Hänellä oli vielä toimintakykyä tehdä omaehtoisia valintoja, jolloin hoitajien tuli tukea asukasta valintojen tekemiseen. Asukkaan elämänhallinnan tukeminen oli myös tärkeä hoitajan tehtävä. Hoitajien tuli myös sallia erilaisten valintojen ja ratkaisujen tekeminen. Kaikkien asukkaiden ei tarvinnut toimia samalla tavalla ja mahtua samaan vanhuksen muottiin.

Tuettavan asukkaan yksilöllisyyden tukemisessa piti mahdollistaa yksilölliset luovat ratkaisut. Asukasta ohjattiin valintojen tekemisessä ja hänen itsetuntoaan tuettiin. Asukkaan omaa reviiriä tuli kunnioittaa, koska hoitaja joutui sinne toimintakyvyn heikentyessä enenevissä määrin astumaan.

Auttettavan yksilöllisyyttä tuettiin antamalla hänen tehdä voimavarojensa mukaisia pieniä valintoja. Hänen mielipiteensä tuli kysyä ja hänen mieltymyksensä tuli ottaa huomioon. Häntä tuli kohdella ainutlaatuisena yksilönä.

Omatoimisuuden edistämisen toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit olivat **itsenäisellä** asukkaalla voimavarojen kartoittaminen ja niiden hyödyntäminen päivittäisissä askareissa ja rutiineissa. Asukkaan omatoimisuutta piti aktivoida toimintakyvyn säilyttämiseksi ja itsenäisyyden tunteen tukemiseksi.

Tuettavalla huomioitiin se, että haasteet ja tavoitteet olivat suhteutettu oikein voimavaroihin nähden. Heillä myös toimintakyvyn vaihtelevuus oli tavallista. Ohjaaminen toiminnan alkuun saattoi aktivoida omatoimiseen suoritukseen. Osittaminen ja vihjeiden antaminen oli olennainen osa heidän kanssaan työskentelyä. Tavaraita laitettiin esille stimuloimaan itsenäiseen toimintaan.

Autettavalle annettiin aikaa suoriutua siitä mihin voimavarat riittivät. Voimavarojen käyttöön otto vaati hoitajalta ajan antamisen lisäksi hyviä motivointi taitoja.

6.2 Toimintamallin pilotointi Vanhustyön keskus Pirkankoivussa

Asukkaan toimintakykyä edistävien vähimmäiskriteerien pilotoinnissa asiantuntijaryhmän jäsenet testasivat niiden toimivuutta käytännön hoitotyössä. Testaus tapahtui siten, että tutkija pyysi asiantuntijaryhmän jäseniä arvioimaan ja kuvailemaan vastauslomakkeeseen, miten asukkaan toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit toteutuvat oman asukkaan hoidossa. Tutkija pyysi myös kertomaan mitkä vähimmäiskriteerit toteutuvat erityisen hyvin perusteluineen. Sekä myös kertomaan mitkä vähimmäiskriteerit toteutuivat huonosti tai ei ollenkaan perusteluineen. Kysymykset olivat avoimia kysymyksiä ja lomakkeeseen oli asemoitu vastaustiloja vähimmäiskriteerien otsikoita seuraten. Tutkija ohjasi kirjallisesti ja suullisesti vastaajia toteuttamaan arvioinnit siten, että arviointeja tulisi kaikkien kolmen asukasryhmän näkökulmista.

Pilotointi aloitettiin 17.9.2009 ja tavoitteena oli saada jokaiselta asiantuntijaryhmän jäseneltä arviointi pilotoinnista. Ensimmäiseksi palautteen keräämisen viimeiseksi palautuspäiväksi asetin 30.9.2009, mutta palautusaika osoittautui liian lyhyeksi. Tutkija sai viimeiset arvioinnit 12.10.2009.

Pilotointiin osallistuivat asiantuntijaryhmän varsinaiset jäsenet sekä varajäsenet. Yhteensä pilotointiin osallistuneita asiantuntijaryhmän jäseniä oli 8kpl. Lisäksi tutkija pyysi yhtä hoitohenkilökunnan jäsentä arviomaan omaa asukastaan, koska yksi asiantuntijaryhmän jäsenistä oli estynyt osallistumaan pilotointiin. Vanhainkodilla oli pilotoinnin alkaessa niukasti autettavia asukkaita. Jotta saataisiin enemmän mukaan myös tämän asukasryhmän näkökulmaa, tutkija pyysi pilotointiin mukaan yhtä hoivaosaston hoitajaa, jonka oma asukas oli autettava.

Ensimmäiseen määräaikaan mennessä sai tutkija viisi vastausta kymmenestä. Vastaukset olivat lähinnä yksittäisen asukkaan toimintakyvyn kuvailua. Tutkijana ymmärsin muotoilleeni asiantuntijaryhmälle osoitetun kysymyksen epätarkasti. Asiantuntijaryhmälle antamassani saatekirjeessä pyysin arvioimaan vähimmäiskriteerejä ja itse kysymyslomakkeessa pyysin kuvailemaan vähimmäiskriteerien toteutumista. Tämän havaittuani lähetin vielä vastaamatta olleille jäsenille sähköpostin, jossa kannustin jäseniä vastaamaan kyselyyn ja tarkensin kysymyksiä siten, että vastaajat huomioisivat arvioivan näkökulman. Annoin myös mahdollisuuden antaa pilotoinnin

palautteen sähköpostitse. Oleellista palautteen kannalta oli saada mahdollisimman monta vastausta asiantuntijaryhmältä. Vierailin työyhteisössä 7.10.2009 kartoittamassa vastaustilannetta. Paikalla oli kolme asiantuntijaryhmän jäsentä, jotka olivat jo vastanneet kyselyyn ja yksi, joka ei ollut vielä vastannut. Keräsin kaikilta neljältä asiantuntijaryhmän jäseneltä vielä yksilöllisissä keskusteluissa suullista arvioivaa palautetta vähimmäiskriteereistä ja tutkimusprosessista. Keskusteluista tein kirjalliset muistiinpanot. Tahdoin näin toimimalla saada vielä enemmän asiantuntijaryhmän arviointia vähimmäiskriteerien toimivuudesta ja käyttökelpoisuudesta.

Piltoinnissa asiantuntijaryhmän jäsenet arvioivat ja kuvailivat toimintakykyä edistäviä vähimmäiskriteereitä oman asukkaansa hoitotyön toteutumisen kautta. Vastauksia sain 10kpl. Vastauksissa oli arvioitu kaikkia kolmea toimintakyvyn luokkia. Yksi arvioiduista oli lyhytaikaisasukas. Vastaukset vaihtelivat vähimmäiskriteerien toteutumista arvioivista palautteista asukkaan hoitoa kuvaileviin vastauksiin ja yksityiskohtaisen tarkasta vastauksesta yleisluontoiseen niukkaan toteamiseen. Niukka kuvailu tai perustelu heikensi vähimmäiskriteerien toteutumisen ja vastauksen luotettavuutta. Vastauksista 8kpl sain manuaalisesti täytettyinä kaavakkeina ja 2 kpl sähköpostin välityksellä. Pelkistin kaavakkeista olennaiset ilmaisut ja asiat ja muodostin kaikista vastauksista yhtenäisen aineiston.

Hoitotyön menetelmiä ja toteutumista kuvaavat vastaukset analysoin yksi kerrallaan siten, että vertasin niiden sisältöä vähimmäiskriteereihin. Tarkastin sisältyvätkö vähimmäiskriteerit vastauksissa kuvattuihin asioihin. Tulkitsin vastauksia siten, että vastaajat olivat osoittaneet vähimmäiskriteerien toteutumista kuvaamalla vähimmäiskriteerit sisältävää hoitotyön toteutumista. Numeroin vähimmäiskriteerit ja merkitsin numerot vastausteksteihin sitä mukaa, kun vähimmäiskriteerit löytyivät kuvauksista. Lopuksi tarkistin vastauksista löytyneet toteutuneet vähimmäiskriteerit ja tein johtopäätökset kriteerien toteutumisesta.

6.2.1 Pilotoinnin tulokset

Kaikkia vastauksia kokonaisuutena arvioituna kuviossa 5 (ks. sivu 52) esiintyvät vähimmäiskriteerit toteutuivat yleisesti ottaen hyvin. Vähimmäiskriteerit toteutuivat silloin kun hoitaja tarjosi asukkaalle aktiivisesti mahdollisuutta niiden määrittämään

toimintaan. Useiden vastaajien mielestä vähimmäiskriteerit olivat käyttökelpoisia. Myös lyhytaikaisasukkaan näkökulmasta toteutettu vähimmäiskriteerien toteutumisen arvioiminen onnistui siinä missä pitkäaikaisasukkaidenkin. Se vahvisti käsitystäni siitä, että kehitetyt vähimmäiskriteerit soveltuivat sekä pitkäaikais- että lyhytaikaisasukkaiden toimintakykyä edistävän hoidon kivijalaksi. Kaikilla vähimmäiskriteereillä oli mahdollisuus toteutua, jos vain hoitaja huomioi toiminnassaan kriteerien olemassa olon ja sovelsi ne oman asukkaansa arjen hoitoon. Mitään sellaista organisaatiolähtöistä syytä ei löytynyt vastauksista, joka olisi ollut esteenä jonkun kriteerin toteutumiselle. Eräs vastaaja tosin totesi, että vähimmäiskriteerien toteutuminen on paljon kiinni hoitajien yhteistyökyvyistä.

Useat vastaajat olivat keskittyneet arvioimaan tai kuvailemaan pääosin asukasryhmäkohtaisia vähimmäiskriteereitä ja yleiset, kaikkia asukasryhmiä koskevat vähimmäiskriteerit, olivat jääneet vähemmälle kommentoinnille tai niitä ei noteerattu ollenkaan. Tulokseen saattoi olla merkitystä sillä, että vastauslomakkeeseen en tutkijana ollut huomannut jättää vastaustilaa isojen otsikoiden alle, mikä olisi ollut looginen paikka yhteisten vähimmäiskriteerien arvioinnille.

Vastauksissa lukumääräisesti eniten oli arvioitu **itsenäisen** asukkaan toimintakykyä edistäviä vähimmäiskriteereitä. Tämä asukasryhmän kohdalla vähimmäiskriteerit toteutuivat yleisesti tarkastellen hyvin. Erityisesti fyysisen toimintakyvyn vähimmäiskriteerien täytyminen oli erinomaista.

Toimintakyvyn määrittelyssä itsenäiseen, tuettavaan ja autettavaan useat vastaajat olivat toimineet siten, että he määrittelivät asukkaan fyysisen toimintakyvyn osalta itsenäiseksi, mutta psyykkisen, sosiaalisen tai kognitiivisen toimintakyvyn osalta tuettavaksi. Tämä oli vastaajilta mielestäni hyvä luova ratkaisu kuvaamaan toimintakykyä. Erityisesti tämä tuli esiin dementiaosastolla, jossa asukkaiden fyysisen-, psyykkisen-, sosiaalisen- ja kognitiivisen toimintakyvyn tasot saattoivat olla hyvin eri tasoilla samalla asukkaalla.

Psyykkinen ja sosiaalisen toimintakyvyn kriteerit toteutuvat hyvin itsenäisellä asukkaalla. Kognitiivisen toimintakyvyn vähimmäiskriteereistä jäi useammin joitakin mainitsematta, vaikka jossakin vastauksessa taas kerrottiin kaikkien kriteerien toteutuvan. Joissakin vastauksissa geriatrisen asiantuntijuuden osiossa hoitotyön

asiantuntijuus sisältöineen ja elämähistorian huomioiminen jäivät vähäiselle tarkastelulle.

Eräs vastaaja nosti konsultoitaviksi asiantuntijoiksi mukaan myös jalkahoitajan ja hierojan. Useissa vastauksissa hyödynnettiin kaikkien kolmen asukasryhmien vähimmäiskriteereitä sen mukaan mikä oli asukkaan toimintakyky suhteessa arvioitavaan asiaan. Kuljettiin siis asukkaan toimintakyvyn mukaan ”polulta toiselle”.

Aineistosta päätelin että itsenäisillä asukkailla asiantuntijoiden konsultoiminen toteutui tarpeen mukaan. Ympäristö tekijät jäivät useissa vastauksissa vähemmälle tarkastelulle, mutta niissä joissa ne oli otettu huomioon, ympäristön vähimmäiskriteerien koettiin toteutuvan. Yhdessä vastauksista oli eritelty kehittämissuhteita ympäristölle. Eräässä vastauksessa tuotiin esille, myös dementiaosaston näkökulma yksityisyyteen ja ympäristöön: salliva muiden huoneissa liikkuminen, joka oli dementiaosaston arkea.

Yksilöllisyyden ja omatoimisuuden vähimmäiskriteerit toteutuivat osassa vastauksista hyvin ja toisissa niitä sivuttiin tai vastaaja kuvasi omia näkemyksiään otsikoiden sisällöstä. Vastauksissa aihealueet olivat välillä sekaisin, siten että vähimmäiskriteerit kyllä täyttyivät, mutta asiat oli mainittu eri otsikoiden alaisuudessa.

Tuettavan asukkaan osalta fyysisen, psyykkisen-, sosiaalisen ja kognitiivisen toimintakyvyn osalta kriteerit toteutuivat hyvin. Yhteisiä toimintakyvyn kriteerejä vastauksissa ei noteerattu. Ympäristökriteerit huomioitiin osittain. Yksityisyys, rauhoittavuus ja muistoja stimuloivuus jäivät mainitsematta. Geriatrisen asiantuntijuuden yhteisistä kriteereitä toteutuivat elämänselämänsä perehtyminen, hoitajien yhteiset tavoitteet, toimintakykyä edistävät työote, hoidon arviointi ja moniammatillinen yhteistyö. Hoitotyön asiantuntijuuden vähimmäiskriteerit toteutuivat. Asiantuntijoiden konsultoiminen toteutuu tuettavan asukkaan kohdalla hyvin. Yksiön elämänselämänsä ja omatoimisuuden vähimmäiskriteerit toteutuivat osittain. Vastauksissa oli huomioitu myös yhteisiä kriteereitä. Erään vastaajan mukaan työskentelyn myötä tuli esiin paljon asioita joita voisi hyödyntää omassa työyksikössä. Hyödyt tulevat vaikuttamaan ajan kanssa työyhteisön toimintaan ja sitä kautta koituvat asukkaan, hoitajien ja muiden yhteistyötahojen hyödyksi.

Autettavan asukkaan näkökulmasta toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit toteutuivat seuraavalla tavalla. Fyysisen toimintakyvyn asentohoito, ihon hoito, ravitseminen ja istumaan avustaminen toteutuivat vastaajien mukaan hyvin. Parannettavaa vähimmäiskriteerien toteuttamisessa löytyi vastaajien mukaan vuodevoimistelun toteuttamisessa, voimavaralähtöisessä toiminnassa ja hoitajan läsnäolossa.

Psyykkisen toimintakyvyn vähimmäiskriteerit toteutuivat suurimmaksi osaksi. Kehittämisen varaa oli hoitotahdon selvittämisessä. Sosiaalisen toimintakyvyn vähimmäiskriteereissä toivottiin enemmän hoitajan läsnäoloa asukkaan luona. Myös vuorovaikutuksen kriteeri ei tullut vastauksista esiin. Kognitiivisen toimintakyvyn vähimmäiskriteerien toteutumisessa vastaajat katsoivat olevansa vahvoilla. Ainoastaan tuotiin esiin, että hoitajilla tulisi olla enemmän validaatio- osaamista. Osassa vastauksia ympäristötekijöiden nähtiin toteutuvan hyvin ja osassa vastauksissa niitä ei noteerattu tai ne oli rinnastettu ympäristön vaihdokseen. Vuoteeseen hoidettavalla todettiin korostuvan ympäristön turvallisuus.

Geriatrinen asiantuntijuuden toteutumisessa yhteistyön nähtiin toimivan hyvin. Toivottiin kuitenkin, että asiantuntijolla olisi enemmän aikaa paneutua asukkaan asioihin. Hoitotyön asiantuntijuuden vähimmäiskriteerien toteutumisessa oltiin tyytyväisiä saattohoidon toteuttamiseen. Kivunhoidon arvioitiin toteutuvan hyvin moniammatillisen yhteistyön ansiosta. Vuorovaikutukseen oltiin tyytyväisiä ja läheisten tukemiseen panostettiin. Vähimmäiskriteerien katsottiin täyttyvän. Asiantuntijoiden kanssa toimimisessa toivottiin hyödynnettävän enemmän fysioterapeutin osaamista. Omahoitajalla koettiin olevan tärkeä rooli autettavan asukkaan vähimmäiskriteerien mukaisen hyvän hoidon toteuttamisessa.

Yksilön elämänhallinnassa yksilöllisyyden nähtiin toteutuvan hyvin. Parantamisen varaa silti nähtiin asukkaan mielipiteen huomioimisessa ja tasavertaisuuden toteutumisessa. Itsemääräämisoikeuden toteuttaminen nähtiin haasteellisena asukkaan heikentyneen kognition vuoksi. Eräs vastaaja totesi, että vuodehoitovaiheesta yleensäkin oli hyvin haasteellista saada hoidettavalle mielekästä. Omatoimisuuden edistämisen vähimmäiskriteerit todettiin haasteellisiksi. Ajan antamisen itsenäiseen suoriutumiseen ei nähty aina toteutuvan ja motivoinnin todettiin olevan jossain vaiheessa kunnon heikettyä hyvin haastavaa.

6.2.2 Tutkimusprosessissa nousseet kehittämistarpeet

Sähköpostikyselyssä, asiantuntijaryhmän ja pilotoinnin pohdinnoissa syntyi paljon kehittämisehdotuksia ja ideoita toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämiseksi. Hoitajien toivottiin panostavan nykyistä enemmän asukasta tukevaan keskusteluun ja seurusteluun. Hoitajien haluttiin kehittävän vuorovaikutustaitojaan asukkaiden kanssa toimimisessa ja asukkaiden yksityisyyden turvaamisessa. Vuorovaikutus taidot koettiin erittäin tärkeiksi työvälineiksi asukkaita hoidettaessa. Hoitajien tulisi tiedostaa sekä sanallinen että sanaton kehon viestintä, joka tukee tai kumoaa hoitajan asukkaalle antamaa viestiä. Vuorovaikutustaidot ovat oleellisessa asemassa dementoituneiden ohjaamisessa ja puheentuottamisen ja ymmärtämisen heikentymisestä kärsivän asukkaan kanssa kommunikoidessa. Hyvät vuorovaikutustaidot myös edesauttavat työyhteisön sisäistä viestintää ja työilmapiiriä.

Pilotoinnin tuloksista päätettiin, että toimintakykyä edistäviä vähimmäiskriteerejä voitiin hyödyntää hoitosuunnitelman laadinnassa. Ne nähtiin selkiyttävän ja tuovan näkökulmia hoitosuunnitelman laadintaan. Palautteessa vastaajat tukivat ajatusta kriteerien käyttöön otosta.

Asukkaat tai omaiset eivät vastaajien mielestä tällä hetkellä osallistu hoitosuunnitelman laadintaan. Vähimmäiskriteerien otsikot tulisi lisätä Mediatri- ohjelmaan, joka Vanhustyön keskus Pirkakoivussa hoitotyön kirjaamisen välineenä. Sitä kautta vähimmäiskriteereillä olisi mahdollisuus alkaa elämään hoitosuunnitelmissa. Vähimmäiskriteerit perustuivat RAI- arviointi järjestelmään ja RAI:n tuloksia haluttaisiin enemmän hyödyntää hoitosuunnitelmien lähtökohtina.

Validaatio- koulutukselle nähtiin olevan tarvetta työyhteisössä. Myös koulutusta virikkeiden ja toiminnan ohjaamiseen ja järjestämisen kaivattiin lisää. Vanhustyön keskus Pirkankoivussa jouduttiin juuri luopumaan vanhuksia hyvin palvelleesta toimintakeskuksesta, jolloin virikkeiden ja toiminnan järjestämisvastuu siirtyi yhä enemmän osastojen harteille. Tällä seikalla voi olla merkitystä siinä, että hoitajat toivat esiin viriketoinnin toteuttamisen lisäkoulutuksen tarpeen.

Omahoitajuuden kehittäminen oli yksi tärkeä tema josta keskusteltiin asiantuntijaryhmässä paljon. Myös pilotoinnissa omahoitajalla nähtiin olevan omasta

asukkaastaan hyvä kokonaiskuva ja omahoitajan tärkeänä tehtävänä oli tuoda hoidon suunnittelussa se esiin yhteistyökumppaneille. Vähimmäiskriteerien kehittämisessä paljon vastuuta siirrettiin omahoitajalle. Omahoitajuutta tukemaan tuli luoda myös varaomahoitaja järjestelmä. Omahoitajiksi tuli ottaa mukaan myös pitkäaikaiset sijaiset, joita ei ollut ennen tehokkaasti hyödynnetty.

Asukkaiden elämänhistorian kartoittaminen ja sen hyödyntäminen nousi keskeiseksi teemaksi koko asukkaan voimavarojen kartoitusta, hoidon suunnittelua ja toteutusta tehtäessä. Elämänhistorian kartoittamisesta piti kehittää järjestelmällistä, jotta kaikki asukkaan voimavarat voidaan löytää käyttöön. Elämänhistorian kartoittamiseen oli otettava käyttöön selkeä ja yhteneväinen kaavake. Pilotoinnissa kehitettävää tuotiin esiin erityisesti asukkaiden elämänhistorioiden tuntemuksessa. Elämänhistorian kartoittaminen ei ollut vielä järjestelmällistä. Lisäksi elämänhallintaan pitäisi enemmän panostaa tuettavalla ja autettavalla asukkaalla, joiden kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt.

Omaisyyhteistyötä haluttiin kehittää ja elvyttää omaisten ilta perinnettä. Omaisista tulisi enemmän informoida kotilomien mahdollisuudesta ja kannustettava ja rohkaistava kotilomien ja retkien tekemisen mahdollisuuksiin. Omaisyyhteistyössä todettiin omahoitajalla olevan tärkeä ja vastuullinen rooli, josta tulisi koko työyhteisön kanssa keskustella. Hoitajien tuli rohkaistua ottamaan omaisiin aktiivisesti kontaktia ja luoda hyvää yhteistyöpohjaa jo hoitosuhteen alusta alkaen. Omahoitajan tuli kertoa omaisille roolistaan asukkaan omahoitajana ja yhteistyökumppanina. Muurin tutkimuksessa (2008, 5-6) todetaan, että sukulaiset ja tuttavat ovat edelleen ihmiselle tärkeä epävirallisen tuen ja avun verkosto, eivätkä erilaiset palvelut ole vähentäneet sen merkitystä.

Asiantuntijaryhmässä keskusteltiin yksilöllisen liikuntalukujärjestyksen laatimisesta jokaiselle asukkaalle. Sen suunnittelussa ja ohjauksessa voitiin hyödyntää fysioterapeutin osaamista. Itse liikuntalukujärjestyksen noudattaminen oli hoitajan ja asukkaan yhteistyön tulos. Asukkaiden hahmottamishäiriöt pitäisi huomioida paremmin ja antaa asukkaille niissä tukea. Lisäksi sauvakävelyryhmän perustamisesta dementiaosastolle suunniteltiin.

Miehille suunnattuja virikkeitä ja käsillä tehtävää puuhastelua kaivattiin lisää. Miehille sopivan arkipuuhastelun kehittämisessä tulisi hyödyntää laajempaa osastojen rajat ylittävää ideointia. Virikkeitä ideoitiin lisää myös hoitajien henkilökohtaisiin taitoihin ja kiinnostuneisuuteen perustuen. Sellaisia olivat mm. runotus-, maalaus- ja näytelmäryhmien suunnitteleminen ja toteuttaminen. Myös virikkeitä, joita asukas voi toteuttaa omassa huoneessaan, haluttiin lisää. Kodinomaisuuden ja viihtyisän ympäristön luominen koettiin tärkeinä. Laitosmaisuuutta oli mahdollista vähentää värien, tapettien, taulujen ja seinävaatteiden rohkeammalla käytöllä.

7. POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Valtakunnallisesti vanhustenpalvelujen laatu, palvelujen saatavuus ja kustannustehokkuus ovat hyvin ajankohtaisia pohdinnan ja kehittämisen alaisia kysymyksiä. Vanhusten toimintakykyä edistävällä hoitotyöllä on valtakunnallisella tasolla todettu olevan myönteinen vaikutus vanhusten hyvinvointiin. Se on myös keino parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. (Kaste- ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008- 2011, 2009, 12, 60.) Terveys 2015-kansanterveysohjelma suuntasi valtakunnallisesti koko vanhusten terveydenhuollon uuden kehityksen alkuun. Siinä todettiin, että ikääntyneiden sairauksia kannattaa ehkäistä, toimintakykyä edistää ja tukea vanhusten autonomisen elämän edellytyksiä. Iäkkäimpien ihmisten toimintakyvyn heikkeneminen vaikeuttaa enenevässä määrin itsenäistä selviytymistä ja elämänlaatua, mutta toimintakykyä on mahdollista parantaa ja heillä on yhtäläinen oikeus saada arjessa selviytymistä tukevaa laadukasta kuntoutusta, huolenpitoa ja hoivaa. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-ohjelmasta, 2001, 25.)

Ikääntyneiden palveluiden määrällisiä ja laadullisia tavoitteita on asetettu mm. sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa, Hyvinvointi 2015- ohjelmassa ja Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa, terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa, sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa 2008- 2011 (KASTE) sekä ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa. Aineistojen keskeiset ajatukset korostavat mm. ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn ja kuntoutumisen monipuolista tavoitteellista edistämistä ja kattavaa palvelutarpeiden arviointia. (Kauppinen, Voutilainen, Finne- Soveri & Heinola 2008, 46.)

Haverinen (2003, 333) toteaa artikkelissaan, että palvelujen vaikuttavuuden osoittaminen vaatii tulosten ja tuotosten mitattavuutta. Vanhuspalvelujen kehittämisen uusia näkökulmia ovat huomion kiinnittäminen kehittämishankkeissa itse työtapaan ja prosessiin, jossa yhteistyö, verkostoituminen ja luottamus kumppaneihin nousevat todelliseen arvoonsa. Hänen mukaansa erilaisten standardien, laatukriteerien- ja

mittareiden ja vähimmäistasojen määrittely ovat uudistamisen ja kehittämisen keskeisiä elementtejä.

Vanhustyön keskus Pirkankoivun asukkaan toimintakykyä edistävien vähimmäiskriteerien kehittämisellä ja toimintamallilla halutaan turvata hoidon vähimmäislaatu. Vähimmäiskriteerien kehittämisessä hyödynnettiin hoitohenkilökunnan sähköpostikyselyä, asiantuntijaryhmän pohdintoja, työelämästä saatua suullista ja kirjallista palautetta ja aihetta käsittelevää hoitotyön kirjallisuutta. Tärkeäksi osaksi kehittämishanketta nousi koko toimintatutkimuksen prosessi, jossa työyhteisö ohjattiin itsereflektioon ja oman työnsä kehittämiseen. Asiantuntijaryhmän jäsenet syvensivät luottamuksellisissa ryhmäkeskusteluissa toimintakykyä edistävän hoitotyön tietämystään ja heidän avulla tietoa juurtui hoitohenkilökunnan arjen työhön ja toimintatapoihin. Kehittämisprosessin aikana tapahtui yksikköjen sisäistä yhteistyötä ja yksikköjen välistä yhteistyötä asiantuntijaryhmätyöskentelyn ja pilotoinnin muodossa.

Pekurinen, Räikkönen & Leinonen (2008, 3) määrittelevä hoidon laatua siten, että laadukas ja korkeatasoinen sosiaali- ja terveydenhuolto on palvelua ja hoitoa, jossa ominaisuudet vastaavat vaatimuksia ja ajankohtaista tietotasoa. Toiminnan tulee olla suhteessa käytettävissä oleviin resursseihin. Palvelujen ja hoidon tulee täyttää ne odotukset, jotka kohdistuvat kansalaisen hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen. Uudessa hallitusohjelmassa korostetaan palvelujärjestelmän laadun, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden parantamista.

Vuonna 2006 ja 2007 toteutettiin Suomessa valtakunnallinen ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke (LAILA). Hankkeen päätavoitteena oli kehittää laitoshoidon laatua ja saada aikaan pysyviä parannuksia laitoshoidon palveluissa. Tiedon levittäminen, laitosten kodinomaisuuden lisääminen ja dementiahoidon kehittäminen olivat myös hankkeen tärkeitä päämääriä. (Lehtoranta, Luoma & Muurinen 2007, 4; Voutilainen 2007, 3) Vähimmäiskriteerien avulla Vanhustyön keskus Pirkankoivu määrittää siellä annettua hoidon laatua. Vähimmäiskriteerien tulee vähintään täytyä, jotta voidaan puhua laadukkaasta hoidosta. Hoito voi olla paljon muutakin, kuin vähimmäiskriteereissä määritelty kokonaisuus, mutta se on minimi, jonka tulee toteutua.

Hoidon laatua voidaan arvioida Vanhustyön keskus Pirkankoivussa käytössä olevan RAI- arviointi järjestelmän laitoshoidon laatuindikaattoreiden avulla. Hoidon laatua

voidaan arvioida myös mm. asukas- ja omaistyytyväisyys kyselyillä, henkilökunnan vaihtuvuudella, sijaisten sitoutumisella ja saatavuudella, hoitopaikan imagolla, henkilökunnan poissaoloja seuraamalla, hoitolaitoksen avoimuudella ja kutsuvuudella.

Suunnitelmallinen ja tavoitteellinen kuntoutus eli toimintakyvyn edistäminen on osa dementiaoireisen ihmisen hyvää hoitoa. Sillä tuetaan toimintakykyä, elämähallintaa ja -laatua sekä jäljellä olevien voimavarojen käyttöä ja osallistumista mielekkäisiin toimintoihin. Se on laaja-alainen kokonaisuus, jolla parannetaan muistisairaana mahdollisuuksia elää ja osallistua omilla edellytyksillään tai tuettuna. Muistisairasta ihmistä autetaan toteuttamaan itseään sairauden aiheuttamista rajoitteista huolimatta. Toimintakyvyn edistäminen sisältää myös ennaltaehkäisevän toiminnan, vaikuttamisen ympäristöön ja yhteiskuntaan. (Heimonen 2008, 81.)

Opinnäytetyössäni sähköpostikyselyn avulla tarkasteltiin sitä miten hoitohenkilökunta kuvaa toimintakykyä edistävää hoitotyötä ja miten he haluaisivat sitä kehitettävän. Vastaajat kertoivat millaisia hoitotyönkeinoja he käyttivät erilaisen toimintakyvyn omaavien asukkaiden hoidossa. Asiantuntijaryhmässä pohdittiin toimintakykyä edistävää hoitotyötä ja hoitoprosessia itsenäisen, tuettavan ja autettavan asukkaan näkökulmista. Toimintamalli kuvaa työyhteisön kanssa kehitettyä hoitoprosessia. Pilotoinnissa kehitettiin hoitoyhteisöön asukasryhmien erityistarpeet huomioivaa toimintamallia, joka konkretisoitui vähimmäiskriteerien kehittämiseen ja testaamiseen käytännön hoitotyössä.

Sähköpostikyselyn sisällön analyysissä taulukoinnin tuloksena muotoutui toimintakykyä edistävä toimintamallin raami (ks. kuvio 2, sivu 37), jossa tiivistyivät sähköpostikyselyssä esiin nousseet toimintakykyä edistävät hoitotyön keinot ja menetelmät. Asiantuntijaryhmä työskentelyssä teemahaastattelun runkona käytettiin toimintakykyä edistävää toimintamallin raamia, jota tarkasteltiin itsenäisen, tuettavan ja autettavan asukkaan näkökulmista. Asiantuntijaryhmän pohdintojen sisällön analyysissä tutkija havaitsi aineistossa kaikkia ryhmiä koskevia toimintakykyä edistäviä tarpeita ja ryhmien omia erityistarpeita. Näistä yhteisistä ja ryhmäkohtaisista erityistarpeista muodostuvat asukkaan toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit hoitotyön ammattihenkilön näkökulmasta tarkasteltuna (ks. kuvio 5, sivu 52). Asukkaiden tarpeiden ja voimavarojen peilaaminen vähimmäiskriteereihin ja niiden kautta, muodostavat toimintamallin ytimen.

Tarkasteltaessa kuviota 5 (ks. sivu 52), josta nähdään kaikki Vanhustyönkeskus Pirkankoivun asukkaan toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit, voidaan todeta, että ne ovat yhtenäisessä linjassa valtakunnallisesti asetettujen ja tutkittuun tietoon perustuvien vaatimusten kanssa. Vaarama (2002, 17) listaa laadukkaan vanhustyön keskeisiä ajatuksia mm. seuraavalla tavalla. Keskeistä on asettaa ikäihmisen hyvä elämänlaatu hoidon ja palvelun tavoitteeksi sekä antaa hänen itsensä määritellä oman elämänlaadunkannalta keskeiset tekijät ja kunnioittaa niitä arjessa. Keskeistä on myös huolehtia siitä, että voimavarat mahdollistavat hyvän palvelun ja hoidon ja että iäkästä asiakasta hoidetaan ja palvellaan ammattitaitoisesti ja arvostavasti. Olennaista on lisäksi huolehtia johtamisen selkeydestä ja asettaa laadulle kriteerit ja seurata niiden toteutumista arkipäivän työssä. Kehittämishankkeessa kehitetyt vähimmäiskriteerit sisältävät nämä keskeisiksi nostetut näkökulmat.

Voutilainen, Backman ja Paasivaara (2002, 120) listaavat ikäihmisen hyvän laitoshoidon tunnusmerkkejä seuraavasti. Keskeistä on kunnioittaa ikäihmisen oikeuksia laitoshoidossa. Hoito tulee suunnitella yksilöllisesti siten, että lähtökohtana on ikääntyneen eletty elämä ja siitä vanhuuteen siirtyneet näkemykset hyvän elämän elementeistä, sekä päivittää suunnitelma määrävälein. Keskeistä on myös varmistaa iäkkään välitön avunsaaminen, päätöksentekoon osallistuminen ja hienovarainen kohtelu sekä turvata hyvän laitoshoidon edellytykset huomioiden henkilöstön määrää ja laatua. Olennaisena pidetään myös sitä, että omainen tulee nähdä voimavarana iäkkään ihmisen elämänlaadun turvaamisessa. Kehitetyt vähimmäiskriteerit ovat sopusoinnussa myös näiden tunnusmerkkien kanssa.

Luoma (2007, 8) on tehnyt yhteenvedon laadukasta laitoshoidon luonnehtivista tekijöistä (ks. sivu 21-22). Yhteenvedo on tehty Stakesin aihetta koskevien raporttien ja suositusten pohjalta. Vanhustyön keskus Pirkankoivun asukkaan toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit sisältävät Luoman esittämät laadukasta laitoshoidon kuvaavat ominaisuudet (ks. kuvio 5, sivu 52). Asukkaiden toimintakykyä seurataan päivittäin ja muutoksia reagoidaan nopeasti. Asukkaan voimavaroja määritellään toimintakyvyn kaikki osa-alueet huomioiden itsenäisen, tuettavan ja autettavan asukkaan näkökulmista. Vähimmäiskriteerit tukevat asiakaslähtöistä hoitotyön toteuttamista ja ohjaavat hoitajia moniammatilliseen yhteistyöhön. Myös yhteistyö omaisten kanssa ja heidän tukeminen on huomioitu. Vähimmäiskriteerit tukevat

toimintakykyä edistävän hoitotyön ja työotteen toteuttamista asukkaiden hoidossa. Hoitoympäristölle asetetaan myös omat asukkaan toimintakykyä edistävät vaatimukset. Kodinomaisuus nousee yhdeksi tärkeäksi vähimmäiskriteeriksi sekä fyysisenä että kulttuurisena ympäristönä.

Hoitajien ammattitaitoa halutaan syventää ja esimiestason sitoutuminen toimintakykyä edistävän hoidon mahdollistamiseen huomioidaan vähimmäiskriteerinä. Yhtenä isona alueena vähimmäiskriteereissä on geriatrinen asiantuntijuus, jolla halutaan vahvistaa gerontologisen osaamisen läsnäoloa asukkaiden arjessa hyödyntämällä eri ammattiryhmien erikoisosaamista. Vähimmäiskriteerit tukevat ja ohjaavat hoitosuunnitelman laadintaa, toteutusta ja arviointia ja ovat kirjaamisen apuvälineitä.

Vähimmäiskriteerit nojaavat hoitotyötä ohjaaviin arvoihin sekä valtakunnallisesti terveyden- ja hyvinvointilaitoksen linjauksiin että paikallisesti Pirkkalan kunnan perusturvanstrategiaan ja ikäohjelmaan. Vähimmäiskriteerit ovat sopusoinnussa toimintakyvyn edistämisestä julkaistun tutkimustiedon kanssa. Niissä heijastuvat työyhteisön hoitotyön arvot, ammatillinen osaaminen, kehittämisen halu ja vastuu arvokkaan vanhustyön laadukkaasta toteuttamisesta.

Vähimmäiskriteerien avulla asukkaan voimavarojen ja tarpeiden löytämisestä, hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista pyritään saamaan mahdollisimman saumaton kokonaisuus, jossa hoitotyön interventiot ja asiantuntijoiden konsultoiminen olisivat oikea-aikaisia. Vähimmäiskriteerien avulla hoitotyön ammattilaisilla on käytössään työväline, joka huomioi toimintakyvyltään erilaisten asukasryhmien tarpeet ja joka nostaa esiin erilaiset näkökulmat, joista asukkaan yksilöllistä tilannetta tulee tarkastella. Ennaltaehkäisevä näkökulma ulotetaan vähimmäiskriteerien avulla myös laitoshoidossa olevien ikäihmisten hoitoon toimintakykyä edistävällä hoitotyöllä ja työotteella.

Vähimmäiskriteereissä vanhuksen toimintakyky nähdään fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muodostamana kokonaisuutena, jossa yhdistyvät osatekijöidensä vahvuudet ja heikkoudet muodostaen vanhuksen yksilöllisen toimintakyvyn. Toimintakyky konkretisoituu asukkaan selviytymisessä arkirutiineistaan. Selviytymisympäristönä on Vanhustyön keskus Pirkankoivu, jonka fyysinen ja kulttuurinen ympäristö joko mahdollistaa tai rajoittaa asukkaan itsenäistä

toimintaa. Toimintakykyä tarkastellaan usein kirjallisuudessa fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta, psykososiaalisesta, kognitiivisesta tai hengellisestä näkökulmista (Voutilainen 2008, 125-126; Lähdesmäki & Vornanen, 2009; 50 Kettunen ym. 2002, 22).

Geriatrinen asiantuntijuus on oma osionsa vähimmäiskriteereissä, joka osaltaan tukee laadukasta ja gerontologisen osaamisen hyödyntämistä asukkaiden hoidossa. Toimintakykyä edistävän hoitotyön toteuttaminen ja käytännössä toteutettava toimintakykyä edistävä työote ovat geriatrisen osaamisen ohella valtakunnallisestikin peräänkuulutettuja osatekijöitä vanhusten laadukkaassa hoidossa (Lehtoranta ym. 2007, 7-17; Lehto 2007, 3- 27; Voutilainen ym. 2002, 115- 121; Vaarama 2002, 11- 17).

Yksilön elämänhallinnan vähimmäiskriteereissä nousee esiin asiakaslähtöisyyden, itsemääräämisoikeuden ja ainutlaatuisuuden periaatteet sekä omatoimisuuteen pyrkimisen ja elämänhallinnan periaate. Myös nämä periaatteet sisältyvät valtakunnallisiin ja paikallisiin kehittämislinjoihin, joilla pyritään kehittämään vanhustenhoitoa ja sen laatua (Lehtoranta ym. 2007, 7- 17; Lehto 2007, 3- 27; Voutilainen ym. 2002, 115- 121; Vaarama 2002, 11- 17; Pirkkalan perusturvan strategia 2006- 2016, 1-20; Pitkää ikää Pirkkalassa 2009, 1-27).

Tällä hetkellä Vanhustyön keskus Pirkankoivu tuottaa palveluita Pirkkalan ikäihmisille. Asiantuntijoina voidaan hyödyntää Vähimmäiskriteerien mukaisesti Pirkkalan kunnan omaa geriatria, vanhuksiin erikoistunutta fysioterapeuttia ja sosiaalihoitajaa. Laboratorionäytteet voidaan ottaa talon sisällä ja lähettää eteenpäin asukkaita sen enempää vaivaamatta. Kaiken tämän Vanhustyön keskus Pirkankoivun asukas saa saman katon alta. Akuuttihoitoa, jota harvemmin tarvitaan, tarjoaa oman kunnan terveyskeskussairaala. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin kanssa tehdään yhteistyötä erikoissairaanhoidon sektorilla. Asukkaan näkökulmasta tarkasteltuna hän saa kaiken normaalissa arjessaan tarvitsevansa palvelun tarvittaessa suoraan omaan huoneeseensa. Vanhustyön keskus Pirkankoivun asukkaan näkökulmasta hän saa palvelunsa lähipalveluna.

Vähimmäiskriteerit (ks. kuvio 5, sivu 52) ovat linjassa paikallisesti asetettujen Pirkkalan kunnan ja perusturvan strategioiden ja kunnassa laaditun ikäpoliittisen strategian kanssa. Vähimmäiskriteerit edistävät vanhusten omatoimista selviytymistä, niiden

avulla pyritään huomioimaan itsenäisten, tuettavien ja autettavien laitoshoidossa olevien kuntalaisten erityistarpeet ja niillä pyritään tukemaan heidän jällellä olevia voimavaroja ja päätöksentekotaitojaan. Vähimmäiskriteerit määrittävät laitoshoidon palvelujen vähimmäislaatua ja ne edistävät hoidon vaikuttavuuden systemaattista arvioimista. Niissä konkretisoituvat Pirkkalan ikäohjelman eettisten kriteerien ja arvojen toteutuminen laitoshoidossa.

Pilotoinnissa kaikkia vastauksia kokonaisuutena arvioituina, vähimmäiskriteerit toteutuvat vastaajien mielestä hyvin. Ne nähdään hyödyllisinä, hyvin jäsennehtyinä ja konkreettisina. Kriteerit nähdään kattavina ja ne huomioivat hyvin eri hoitotyön osat alueet. Pilotoinnin myötä voin todeta, että vähimmäiskriteerit soveltuvat kaikkien Vanhustyön keskus Pirkankoivun asukkaiden käyttöön, myös lyhytaikaisille asukkaille.

Kaikilla vähimmäiskriteereillä on mahdollisuus toteutua, mikäli omahoitaja huomioi toiminnassaan kriteerien olemassaolon ja soveltaa ne oman asukkaansa arjen hoitotyöhön sekä on valmis yhteistyöhön moniammatillisen hoitoyhteisön kanssa. Vähimmäiskriteerien toteutumisessa lähdetään liikkeelle siitä, että asukkaan yksilölliset ominaisuudet määrittävät hänen tarpeensa ja mielenkiinnon kohteensa. Vähimmäiskriteerit toteutuvat silloin, kun hoitajat huomioivat ja tarjoavat asukkaalle mahdollisuutta vähimmäiskriteerien määrittämään toimintaan. Riippuu vanhuksen yksilöllisistä valinnoista ja tilanteesta toteutuvatko vähimmäiskriteerit sellaisenaan.

Vähimmäiskriteerit auttavat hoitajia hahmottamaan ja huomioimaan asukkaan toimintakyvyn eri osat alueita. Ne ohjaavat hoitajaa laajempaan ajatteluun viitoittamalla eri näkökulmia, joista sukkaan kokonaisvaltaista hoitoa voi tarkastella. Kriteerit toteutuivat eri asukkailla yksilöllisesti asukkaan ominaisuuksiin ja hoidon tarpeeseen suhteutettuna.

Pilotoinnissa vastaajat hyödynsivät muodostettuja asukasryhmiä siten, että he määrittivät fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn erikseen. Erityisesti dementiaosastolla nousi esiin se, että asukkaiden toimintakyky näillä eri osat alueilla voi olla hyvin eri tasoilla. Esimerkiksi siten, että asukas on fyysisen toimintakyvyn näkökulmasta itsenäinen, mutta psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa hän on tuettava. Useissa vastauksissa hyödynnettiin

kaikkien kolmen asukasryhmän erityispiirteitä asiakaslähtöisesti, eli kuljettiin ”polulta poluille” asukkaan toimintakyvyn ja tarpeen mukaisesti.

Sain pilotoinnista rohkaisevaa palautetta vähimmäiskriteerien käyttöönottoon. Vastaajissa oli mukana myös sellaisia hoitohenkilökunnan jäseniä, jotka eivät olleet mukana asiantuntijaryhmä työskentelyssä. He olivat kuitenkin vastauksissaan sisäistäneet erinomaisesti vähimmäiskriteerien idean ja osasivat yhteen sovittaa vastauksissaan vähimmäiskriteerien informaation ja käytännön hoitotyön toteuttamisen. Vastaajat osasivat soveltaa kriteerit hyvin asukkaansa toimintakyvyn vahvuuksiin ja heikkouksiin. Lomaketta oli tarkasteltu hoitosuunnitelmamaisesti ja siitä näkyi asukkaan voimavarat ja tuen tarpeet.

Vastauksien perusteella päättelen, että vähimmäiskriteerit ja lomake, jonka avulla asiantuntijaryhmän jäsenet arvioivat ja kuvailivat vähimmäiskriteereiden toteutumista pilotoinnissa, soveltuvat pienillä muutoksilla hyvin hoitosuunnitelman laatimisen, toteuttamisen ja arvioinnin sekä kirjaamisen pohjaksi, sekä asukkaan tarpeiden määrittelyyn. Olennaista on tarkastella asukasta voimavaroineen ja tarpeineen vähimmäiskriteerien esiintuomista näkökulmista.

Toimintamalli ohjaa hoitotyöntekijää ikäihmisen hoitoprosessin toteuttamisessa, jonka keskeiseksi alueeksi vähimmäiskriteerit ovat tarkoitettu (ks. kuvio 3, sivu 48 ja luku 6). Toimintamallissa arvioidaan asukkaan voimavarat, toimintakyky ja hoidon tarve sekä määrittellään asukkaalle hänen toimintakykyä vastaava asukasryhmä. Vähimmäiskriteerien näkökulmien avulla tarkastellaan asukkaiden yhteisiä ja yksilöllisiä erityistarpeita ja sisällytetään ne hoitosuunnitelman laadintaan toteutukseen ja arviointiin. Arvioinnissa tarkastellaan asukkaan toimintakyvyn muutosten lisäksi vähimmäiskriteerien täyttymistä. Se missä määrin vähimmäiskriteerit elävät ja toteutuvat asukkaan hoitoprosessissa kuvaavat toteutuneen hoidon laatua.

Asiantuntijaryhmän jäsenet suhtautuivat myönteisesti vähimmäiskriteerien käyttöönottoon. Niiden toteutumisen arvioinnista tuli kokonaisuudessa paljon positiivista palautetta ja meillä on kaikki mahdollisuudet täyttää ja toteuttaa toiminnassamme asettamamme asukkaiden toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit. Asiantuntijaryhmätyöskentelyä ja pilotoinnin pohdintoja pidettiin arvokkaina. Asukkaan toimintakykyä edistävää toimintamallia ja vähimmäiskriteereitä voidaan hyödyntää

myös uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Palautteessa todettiin, että kriteerit tuovat tasalaatuisuutta vanhusten huoltoon ja takaavat laadukkaan perushoidon.

Vähimmäiskriteereissä moniammatillinen yhteistyö ilmentyy hyvin. Vastaajat pystyivät hyvin refleктоimaan omaa ja työyhteisön toimintaa ja ovat innokkaita ja halukkaita kehittämään työtapojaan asukkaan toimintakykyä systemaattisesti edistäväksi. Pohdinnan saivat jo nyt yhtä työyksikköä kehittämään toimintaansa vähimmäiskriteerien pohjalta. Haasteeksi nousevat huomion kohdistaminen pilotoinnissa esiin nousseisiin kehitysalueisiin.

Vähimmäiskriteerien kehittämisen tuloksena korostuu yksilövastuisessa hoitotyössä tärkeä asukkaan omahoitajan rooli, joka koordinoi oman asukkaansa hoitoa. Omahoitajuus nousi yhdeksi keskeiseksi kehittämisen kohteeksi (ks. sivu 68). Omahoitajuuden kehittäminen systemaattiseksi ja luotettavaksi järjestelmäksi on vähimmäiskriteerien toteutumisen kannalta erityisen tärkeää. Omahoitajuuteen kaivataan syventävää työpaikkakoulutusta. Työyhteisöltä saadussa palautteessa pohdittiin sitä onko omahoitajalla resursseja kantaa vähimmäiskriteerien hänelle osoittamat vastualueet. Kehittämishankkeen toteuttajana näkemykseni on, että lisääntynyt vastuu kasvattaa mielenkiintoa ja tuo haasteita omahoitajan työhön. Pekkarisen tutkimuksessa (2007, 9-10) nousi esiin, että hoidon laatu on osittain riippuvainen siitä millaiset mahdollisuudet työntekijällä on vaikuttaa työhönsä ja käyttää monipuolisesti taitojaan ja kykyjään. Mäkisen & Sipola- Mäkisen, (2008, 99) tutkimuksessa nousi myös omahoitajuus keskeiseen rooliin vanhusten asiakaslähtöisen hoidon toteuttamisessa.

Lehtisen(2005, 39) opinnäytetyössä vanhusten hoidon ja palvelun laatutavoitteiksi ja -kriteereiksi nousivat yhteistyö omaisten kanssa, riittävän viriketoiminnan järjestäminen ja asukkaiden turvallisuuden kokemus. Nämä kolme kokonaisuutta nousivat myös tämän kehittämishankkeen aineistosta esiin muiden kriteerien ohella osaksi asukkaan toimintakykyä edistäviä vähimmäiskriteereitä.

Toiseksi kehittämisen alueeksi kehittämisprosessin myötä nousi omaisyhteistyön vahvistaminen (ks. sivu 68). Omaisyhteistyössä omahoitajan aktiivista roolia tulee lisätä. Omahoitajuudesta, sen vastuista ja merkityksestä tulisi keskustella koko

työyhteisön kanssa. Omaisille tulee myös avata omahoitajan roolia asukkaan hoidossa ja omaisten yhteistyökumppanina.

Kolmanneksi keskeiseksi kehittämiskohteeksi nousi asukkaiden elämänhistorioiden systemaattinen kerääminen ja dokumentointi niiden hyödyntäminen hoitoprosessissa (ks. sivu 68). Elämänhistorioiden kerääminen ei vielä kata kaikkia asukkaita. Elämänhistorian kartoittamiseen tulee ottaa käyttöön selkä ja yhtenäinen kaavake. Elämänhistoriaan tutustuttaessa voitaisiin tehokkaammin hyödyntää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tietopohjaa asukkaan suostumuksella.

Vanhustyön keskus Pirkankoivun asukkaiden toimintakykyä edistävillä vähimmäiskriteereillä ja toimintamallilla on kaikki mahdollisuudet jäädä elämään työyhteisössä. Uskon, että niiden avulla on mahdollista parantaa annettavan hoidon laatua ja ottaa paremmin huomioon asukkaiden tarpeita. Niiden avulla on mahdollista kehittää hoitosuunnitelmia asukkaiden tarpeita paremmin edistävimmiksi. Vähimmäiskriteerien ja koko kehittämishankkeen toteuttamisprosessin aikana hoitohenkilökuntaan on juurrutettu toimintakykyä edistävää ideologiaa. On työyhteisöstä itsestään kiinni, miten hyvin se onnistuu konkretisoimaan kehitetyt käytännön työkalut asukkaiden hyvinvoinnin maksimoimiseksi.

Ihminen ensin. Vanhustenhoitotyössä on olennaista nähdä asiakas, asukas, vanhus, vanha ihminen, kansalaisena, kuntalaisena, vaikuttajana, oman elämänsä asiantuntijana, vanhempana, isovanhempana ja isoisovanhempana. Hän on kulttuurinsa, ympäristönsä ja kokemustensa muovaama, ainutkertainen yksilö. Ihmisarvo ei lopu koskaan, vanhanakaan. Meidän tulee nähdä jokaisessa hoitoa tarvitsevassa ensisijaisesti ihminen ja kohdata hänet sellaisena kuin hän on.

7.2 Kehittämishankkeen luotettavuus

Toimintatutkimukselle on ominaista käytännön läheisyys, oman toiminnan kriittinen tarkastelu, muutokseen pyrkiminen ja kehittämissyhteisön osallistuminen prosessiin (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 35- 36). Tähän kehittämishankkeeseen soveltuu erinomaisesti toimintatutkimuksellinen ote, sillä tavoitteena on kehittää työelämän

käytäntöjä juurruttamalla toimintakykyä edistävää työtettä Vanhustyön keskus Pirkankoivun hoitohenkilökunnan arjen hoitokäytäntöihin.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tukee tutkijan tekemä yksityiskohtainen kuvaus tutkimuksen etenemisestä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226- 227). Kehittämishankkeeni ja toimintatutkimuksen etenemistä kuvaa kuvio 1 (ks. sivu 30). Toimintatutkimuksen eteneminen on kuvattu yksityiskohtaisesti syklisykliltä luvussa 4.4 ja 6.1.

Hope ja Waterman (2003, 120- 127) toteavat että toimintatutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa haasteiksi nousevat yleisten ja yhteisten arviointikriteerien puuttuminen, luotettavuuden arviointimenetelmän lainaaminen toiselta koulukunnalta ja yhteisen käsitteiden puuttuminen luotettavuuden arvioinnissa. Heikkisen ja Syrjälän (2006, 147-148) mukaan toimintatutkimuksen luotettavuutta on vaikea arvioida pelkästään reliabiliteetin ja validiteetin käsitteillä. Reliabiliteetin eli toistettavuuden avulla arvioidaan tulosten pysyvyyttä ja alttiutta satunnaisvaihtelulle. Ongelmaksi nousee se, että toimintatutkimuksella pyritään erityisesti muutoksiin eikä niiden välttämiseen, jolloin saman tuloksen saaminen uusintamittauksella ei ole tavoiteltavaa eikä edes mahdollista. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimusmenetelmän ja kohteen yhteensopivuutta eli sitä miten menetelmä sopii juuri sen ilmiön tutkimiseen, jota sillä on tarkoitus tutkia. Toimintatutkimuksessa validiteetin tekee hankalaksi se, että tulkinnat rakentavat sosiaalista todellisuutta. Näin ollen on mahdotonta tavoittaa objektiivista näkymää tai taustaa, johon tulkintaa verrataan.

Toimintatutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa puhutaan usein validoinnista, jolla tarkoitetaan prosessia, jossa ymmärrys maailmasta kehkeytyy vähitellen inhimillisten tulkintojen välityksellä, jolloin jokainen tulkinta voidaan tulkita aina uudelleen. Validoinnissa toimintatutkimusta arvioidaan viiden periaatteen pohjalta, joita ovat *historiallinen jatkuvuus, reflektiivisyys, dialektisuus, toimivuus ja havahduttavuus*. Luotettavuuden arvioinnissa tulee tarkastella viiden periaatteen kokonaisuutta eikä kriteereitä yksittäisinä arvoina. (Heikkinen & Syrjälä 2006, 149.)

Historiallinen jatkuvuus toteutui kehittämishankkeessa sen ankkuroituessa sekä valtakunnallisiin, kuten KASTE -ohjelmaan ja Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishankkeeseen, että paikallisiin tavoitteisiin, kuten Pirkkalan perusturvan

strategiaan ja ikäohjelmaan, kehittää vanhusten toimintakykyä edistävää hoitoa. Vanhustyön keskus Pirkankoivissa oli otettu käyttöön myös RAI- arviointijärjestelmä, jossa vanhusten voimavarat ja toimintakyvyn edistäminen tuotiin vahvasti esiin. Kunnassa oli käynnissä myös Mielekäs elämä- projekti edistämässä ikäihmisten hyvinvointia. Toteutettu kehittämishanke limittyi työyhteisössä jo aloitettuun vanhuksen toimintakykyä edistävään hoidon keittämiseen sekä toimintakykyä esiin tuovan RAI- arviointijärjestelmän käyttöön ottoon.

Reflektiivisyys toteutui sähköpostikyselyssä, asiantuntijaryhmätyöskentelyssä, vähimmäiskriteerien kehittämisessä ja kommentoinnissa sekä pilotoinnissa. Jokaisessa näistä kehittämishankkeen vaiheista työyhteisön jäsenet osallistettiin itsereflektioon, ohjaamalla heitä tarkastelemaan kriittisesti omaa toimintaansa sekä yksilön, että yhteisön jäsenyyden näkökulmista.

Dialektisuus tuli esiin asiantuntijaryhmässä, jossa työyhteisöstä vapaaehtoisesti mukaan suostuneet hoitotyön ammattilaiset vaihtoivat kokemuksiaan ja näkemyksiään toimintakykyä edistävästä hoitotyöstä ja sen kehittämismahdollisuuksista omassa työssään keskustelun ja itsereflektion avulla. Työyhteisön dialogia toimintakykyä edistävästä hoitotyöstä käynnistettiin myös vanhainkoti Pirkakoivun osastoilla, joiden yksikköpalavereissa pyrittiin yksikkökohtaisesti keskustelemaan toimintakykyä edistävästä hoidosta eri asukasryhmien näkökulmista aina ennen asiantuntijaryhmä tapaamista. Asiantuntijaryhmän jäsenien tarkoituksena oli tuoda myös yksikköpalaverien sisältö asiantuntijaryhmän hyödynnettäviksi. Dialektisuus toteutui myös vähimmäiskriteerien kommentoimisena, kritisoimisena ja ehdotusten tekemisenä työyhteisössä järjestetyssä tilaisuudessa.

Kehittämishankkeessa kehitetyn toimintamallin, eli vanhainkotiasukkaan toimintakykyä edistävien vähimmäiskriteerien, *toimivuuden arvioiminen* käytännön hoitotyössä toteutui pilotoinnissa. Asiantuntijaryhmän jäsenet arvioivat ja kuvasivat vähimmäiskriteerien toteutumista ja toimivuutta tarkastelemalla niitä oman asukkaansa näkökulmasta.

Havahduttavuus nousi esiin siinä, miten asiantuntijaryhmän jäsenet voimaantuivat ja innostuivat toimintakykyä edistävän hoidon toteuttamiseen ja kehittämiseen. Asiantuntijaryhmän keskuudessa tapahtui ammatillista tiedon vaihtoa ja näkökulmien

laajentumista. Havahduttavuus nousi esiin myös vähimmäiskriteerien esittelemistilaisuudessa. Toimintakykyä edistävän hoidon laaja-alainen tarkastelu monista eri olennaisista näkökulmista saattoi herättää uusia ajatuksia osassa kuulijoista. Kehittämishankkeen toteuttaminen ja sitä seurannut toimintakykyä edistävän hoidon ja työotteen esillä oleminen on jo sinällään voinut vaikuttaa toimintakykyä edistävän työotteen vahvistumiseen työyhteisössä ja sitä kautta muokannut hoitohenkilökunnan työtapoja ja ideologiaa asukkaan toimintakykyä edistävämmäksi.

Havahduttavuuden toteutuminen on vielä kesken, koska vähimmäiskriteerit on vasta testattu eli pilotoitu käytännön työssä, niitä ei ole vielä otettu työyhteisössä käyttöön. Käyttöönotto rajautui tutkimuksen ulkopuolelle. Kehittämishankkeen toteuttajana minulla oli tavoitteena käynnistää vähimmäiskriteerien käyttöön ottaminen työyhteisössä palattuani täysipainoisesti työhöni Vanhustyön keskus Pirkankoivuun.

Kiviniemen (1999, 78- 79) mukaan aineistonkeruuseen liittyvää vaihtelua ei oikeastaan voida pitää puutteena, sillä se on tutkimuksen kehitysprosessiin luontaisesti kuuluva elementti. Myös tutkittavassa ilmiössä voi ilmentyä omia muuttuvia elementtejä, joiden tarkastelu edellyttää tutkimusprosessin joustavaa muuntumista tutkimuskohteensa mukaisesti. Tutkimuksen kannalta on olennaista tiedostaa, minkälaista vaihtelua tutkimusprosessin myötä tutkijassa, aineistonkeruumenetelmissä tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuu, jotta tutkija osaa tuoda esille nämä kehitysprosessit raportoinnissa. Tällöin myös ulkopuoliset voivat arvioida vaihtelevan tutkimusprosessin hallintaa.

Kehittämishankkeeni eteneminen oli elävä prosessi, joka muotoutui yhteistyössä työelämän toimijoiden, heiltä saadun aineiston, palautteen ja kommenttien mukaisesti ja eteni toimintatutkimuksen syklin mukaisesti, toistaen syklin vaiheet useaan kertaan. Aineisto ohjasi toimintaani ja määritteli ja tarkensi seuraavia syklin vaiheita. Luotettavuutta ja läpinäkyvyyttä pyrin lisäämään perustelemalla ratkaisujani ja kuvaamalla tutkimusprosessia yksityiskohtaisesti raportissani, jotta lukijat voivat itse arvioida kehittämishankkeen luotettavaa toteutusta.

Iso muuttuva tekijä kehittämisprosessin aikana oli työyhteisön organisaatiouudistus. Kehittämishanke aloitettiin Pirkankoivun vanhainkodin henkilökunnan kanssa sähköpostikyselyllä syyskuussa 2008. Vuodenvaihteessa vanhainkoti Pirkankoivu laajeni Vanhustyön keskus Pirkankoivuksi ja siihen yhdistettiin tehostetun

palveluasumisen yksikkö ja terveyskeskuksen hoivaosasto asukkaineen ja hoitohenkilökuntineen. Touko-kesäkuussa 2009 toteuttamaani asiantuntijaryhmään pyysin kuitenkin vain vanhainkodin henkilökuntaa, koska olin heidät jo valmiiksi orientoinut kehittämishankkeeseen ja he olivat motivoituneita osallistumaan. Organisaatiouudistus oli silloin vielä niin tuore, että monet käytännöt olivat vielä vakiintumattomia ja hoitohenkilökunnan organisoiminen asiantuntijaryhmätapaamisiin yhtäaikaan kolmesta toimintayksiköstä olisi vienyt liikaa aikaa. Myös ryhmän kokoa, työskentelyä ja ryhmädynamiikkaa olisin joutunut pohtimaan uusista näkökulmista. Koko talon hoitohenkilökunta kutsuttiin kuitenkin mukaan vähimmäiskriteerien kommentointi ja kritisointi tilaisuuteen. Myös pilotointiin saatiin mukaan hoivaosaston edustaja, jonka kehittämishankkeen tekijä kävi erikseen orientoimassa mukaan.

Luotettavuuden näkökulmasta on keskeistä ilmentää miten ja millaisten olettamusten ohjaamina aineistoa on tutkimuksen erivaiheissa kerätty. Tutkijalla on velvollisuus ja oikeus tehdä omat tulkintansa tutkimuskohteesta, mutta hänellä on myös velvoitteensa toimintatutkimuksen yhteisöä kohtaan. (Kiviniemi 1999, 79- 80.) Työyhteisön osallistaminen kehittämishankkeeseen oli yksi tärkeä kriteeri, jonka tuli täytyä sekä toimintatutkimuksellisen otteen että työelämän kehittämiskriteerien näkökulmista. Tavoitteenani oli syventää hoitohenkilökunnan toimintakykyä edistävää hoitotyön osaamista ja juurruttaa työyhteisöön uusi toimintakykyä edistävä toimintamalli, joka jäisi elämään ja sitä kautta lisäisi asiakkaiden elämänlaatua. Työyhteisö osallistettiin kehittämishankkeeseen sähköpostikyselyn, asiantuntijaryhmän, vähimmäiskriteerien kommentoinnin, kritisoinnin ja ideoinnin sekä niiden pilotoinnin avulla.

Toimintatutkimuksen merkitystä ja luotettavuutta voidaan arvioida pragmaattisesta näkökulmasta. Pohditaan muuttiko toimintatutkimus yhteisön toimintatapoja. Onnistunut toimintatutkimus merkitsee siis järkevämpää uutta käytäntöä, joka osoittautuu toimivaksi. Mitä sitten pidetään toivottuna muutoksena tai parempana käytäntönä on arvokysymys. (Huttunen, Kakkori, Heikkinen 1999, 118- 119, 132.) Kehittämishankkeella yritettiin muuttaa hoitohenkilökunnan työtappaa ja arvomaailmaa asukkaiden toimintakykyä edistävämmäksi. Uuden toimintamallin järkevyyden näyttää tulevaisuus ja se, jääkö vähimmäiskriteerit elämään osaksi arjen hoitokäytäntöjä. Tämän tavoitteen saavuttamista voidaan arvioida vasta myöhemmin, tulevissa kehittämishankkeissa. Yksilön toimintatapojen ja arvomaailman muuttaminen on hidas prosessi.

Tuomen ja Sarajärven (2002, 87- 88) mukaan laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Siinä kuvataan jotain ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärretään tiettyä toimintaa tai annetaan teoreettisesti mielekäs tulkinta jollekin ilmiölle. Siten laadullisessa tutkimuksessa on periaatteessa tärkeää, että henkilöt joilta tieto kerätään, tietävät tutkittavasta ilmiöstä mieluusti mahdollisimman paljon tai että heillä on kokemusta asiasta. Tästä näkökulmasta tiedonantajien valinnan ei tule olla satunnaista vaan harkittua ja tarkoitukseen sopivaa.

Sähköpostikysely toteutin mahdollisimman laajalle joukolle, jotta saisin mahdollisimman paljon yksilöllisiä näkemyksiä toimintakykyä edistävän hoidon toteuttamisesta ja kehittämisehdotuksia. Asiantuntijaryhmään pyysin vakituista henkilökuntaa perustuen vapaaehtoisuuteen. Vakituksella henkilökunnalla oli työvuosien aikana käytännössä hioutunutta tietotaitoa. Tutkija esitti työyhteisölle toiveen sairaanhoitajan ja perus/lähihoitajan osallistumisesta jokaisesta yksiköstä. Toive toteutui osittain, mikä tukee vapaaehtoisuutta mahdollisuutta osallistumiseen.

7.3 Kehittämishankkeen eettisyys

Tarkasteltaessa kehittämishankkeen eettisiä näkökulmia tutkimuseetiikalla tarkoitetaan yhdessä yleisesti sovittuja sääntöjä joita tulee noudattaa suhteessa tutkimuskohteeseen, kollegoihin, rahoittajiin, toimeksiantajiin ja suureen yleisöön. Hyvällä tieteellisellä käytännöllä ohjataan tutkijat noudattamaan eettisesti kestäviä tiedonhankinta ja tutkimusmenetelmiä. Tutkijan on osoitettava tutkimuksellaan tutkimusmenetelmien, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten johdonmukaista hallintaa. Tutkimustulosten pitää täyttää tieteelliselle tutkimukselle asetetut kriteerit. (Vilkkä 2005, 30- 31.)

Perusajatuksena tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmiselle on annettava mahdollisuus päättää, haluavatko he olla tutkimuksessa mukana. Raportissa on selvitettävä miten henkilöiden suostumus hankintaan ja millaista tietoa heille annetaan tutkimuksesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 25.) Kehittämishankkeessa tutkimukseen osallistui hoitohenkilökunnan jäseniä, jotka olivat mukana vapaaehtoisesti ja heidän anonymiteettinsä turvattiin poistamalla aineistoista kaikki tunnistamista edesauttavat tekijät. Tutkimus noudatti toimintatutkimukselle

ominaista sykliä, jonka mukaisesti kehittämishanke eteni. Tutkijana käytin toimintatutkimukselle ylisesti soveltuviksi katsottuja tiedon keruu ja analysointi menetelmiä (ks. luku 4). Tutkijana neuvottelin ja sovin kehittämishankkeen toteuttamisesta vanhainkodin esimiehen ja laitoshoidon johtajan kanssa. Tarvittavat luvat anoin ja sain Pirkkalan kunnan ylilääkäriltä. Tutkijana vastasin itse kehittämishankkeen toteuttamisesta koituvista kustannuksista.

Pidin kehittämishankkeesta infotilaisuuden osastopalaverissa, jossa kaikilla paikallaolijoilla oli mahdollisuus kuulla tulevasta kehittämishankkeesta, sen tavoitteista ja toteuttamisesta sekä sähköpostikyselystä ja asiantuntijaryhmän toiminnasta. Lisäksi kertosin ja esittelin läsnäolijoille RAI- arviointijärjestelmää, ADL- mittaria ja kehitettyjä asukasryhmiä. Osallistuneilla oli mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä ja näkemyksiään tulevasta kehittämishankkeesta.

Vaikka esittelin osastotunnilla hoitohenkilökunnalle RAI- arviointijärjestelmää ja ADL- mittaria, oli henkilökunnalla silti vaikeuksia asukasryhmien hahmottamisessa sähköpostikyselyssä. Työyhteisö oli innokas vastaamaan kyselyyn ja minua lähestyttiin useasti ja pyydettiin tarkentamaan asukasryhmien ominaisuuksia nimenomaan ADL- mittarin näkökulmasta tarkasteltuina. RAI- arviointijärjestelmä oli ollut vasta puolivuotta käytössä, joten ADL- mittari oli vielä vieras, vaikka tutkija siihen yritti etukäteen varautua kertomalla mittarista tarkemmin osastotunnilla. Heikkoudeksi osoittautui se, että infotilaisuus tavoitti vain sillä hetkellä työpaikalla olijat. Sähköpostikyselyn jälkeen tutkija rupesi käyttämään apuvälinein liikkuvasta asukkaasta tarkempaa nimitystä itsenäisesti liikkuva, jotta asukkaan toimintakyky olisi helpompi mieltää.

Sähköpostikysely lähetettiin kunnan sisäisessä sähköpostissa ja vastauksia pyydettiin kehittämishankkeen toteuttajana minun sähköpostiini. Tutkimukseen vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyn mukana tuli vastaajille tutkimuksesta ja kehittämishankkeesta kertova saatekirje. Vastausaikaa kyselyyn annettiin neljä viikkoa. Koska vastauksia oli tullut niukasti vastausajan loppuun mennessä, pidennettiin vastausaikaa viikolla ja annettiin henkilökunnalle mahdollisuus vastata kyselyyn myös manuaalisesti kyselykaavakkeelle. Tutkija muistutti koko työyhteisöä useaan kertaan kyselyyn vastaamisesta sekä sähköpostitse, että yksikkökohtaisilla ja henkilökohtaisilla muistutuskirjeillä.

Kyselyitä lähetettiin 30kpl. Vastauksia tuli yhteensä 22kpl, joista puolet sähköpostitse ja puolet manuaalisesti kirjoitettuna. Tutkija siirsi paperille käsin kirjoitetut vastaukset kirjoittaen sanasta sanaan tietokoneelle ja yhdisti ne sähköpostilla tulleeeseen aineistoon. Yhden vastauksen oli tehnyt kaksi vastaajaa yhdessä. Ennen vastauksien analysointia tutkija poisti vastauksista tunnistetiedot vastaajien anonymiteetin turvaamiseksi ja muodosti niistä yhtenäisen aineiston.

Tutkimuksen kohdejoukko voi olla pieni tai suuri, mutta tutkimuksen tiedonantajiksi valitaan vain henkilöt, joilta oletetaan saatavan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Valinnan kriteerinä voivat olla esimerkiksi itsensä ilmaisemisen taito, puhekyky, kirjoitustaito tai orientaatio maailmaan. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 88- 89.)

Esittelin sähköpostikyselyn tulokset vanhainkodilla 4.5.2009 ja samalla kerroin hoitohenkilökunnalle tulevasta asiantuntijaryhmätyöskentelystä. Tutkijana toiveenani oli saada jokaisesta kolmesta yksiköstä mukaan sairaanhoitaja ja perus/lähihoitaja pari ja toive toteutui osittain. Tutkijan ihanteita asiantuntijaryhmää koottaessa olivat vapaaehtoisuus, innostuneisuus, ammattitaitoisuus ja kiinnostus toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittämiseen. Osa asiantuntijaryhmän jäsenistä ilmoittautui minulle heti tilaisuuden lopussa. Osaa pyysin itse mukaan. Asiantuntijaryhmä muodostui henkilökunnan oman motivaation pohjalta siten, että jokaisesta yksiköstä ja ammattiryhmästä saatiin mukaan edustajia. Asiantuntijaryhmään osallistuminen oli vapaaehtoista. Asiantuntijaryhmän paikat täytyivät hetkessä ja innokkaita ryhmään olisi ollut enemmänkin. Tutkijana päätin siitä, että aihe on kaikkia kiinnostava ja mielenkiintoa lisäsi se, että kyse oli konkreettisesta hoitotyön kehittämisestä, jossa hoitohenkilökunnalle luotiin työskentelyvälinettä. Motivaatiota edisti myös se että hoitajat nähtiin oman työnsä asiantuntijoina, joiden osaamista haluttiin hyödyntää asukkaiden hyväksi.

Tutkijan hyveinä on Heikkisen (2006, 19- 20) mukaan perinteisesti pidetty ulkopuolisuutta ja objektiivisuutta. Toimintatutkijan rooli on aktiivinen vaikuttaja ja toimija, eikä hänen tarvitse olla ulkopuolinen tai neutraali. Hän osallistuu tutkimaansa toimintaan tehden tutkimuskohteeseen tarkoitukselliseen muutokseen tähtäävän väliintulon, intervention. Tutkijana osallistuin aktiivisesti sähköpostikyselyn mainostamiseen, vastaaminen tai vastaamatta jättäminen oli kuitenkin jokaisen

hoitotyöntekijän oma valinta. Asiantuntijaryhmässä ohjasin keskustelua teemahaastattelurunkoa seuraavaksi ja poimin esiin olennaisina pitämiäni seikkoja ja toin esiin myös omia mielipiteitäni. Tutkijana minulla on tällä hetkellä työyhteisössä yhden pienyksikön sairaanhoitajan rooli, josta olen hoitovapaalla. Töihin palattuani siirryn apulaisosastonhoitajan rooliin Vanhustyön keskus Pirkankoivun työyhteisössä. Sitä miten roolini työyhteisössä ovat vaikuttaneet kehittämishankkeen toteutumiseen, on vaikea arvioida.

Asiantuntijaryhmän keskustelut nauhoitettiin, jotta tutkijana saatoin poimia keskustelujen olennaiset asiat esiin nauhalta. Tutkijana tuhosin nauhat, kun kehittämishanke oli valmis henkilökunnan anonymiteetin ja potilastietosuojan säilyttämiseksi. Sähköpostivastaukset, ääninauhat ja pilotoinnin vastaukset olivat ainoastaan minun käytössäni.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Vähimmäiskriteereitä ja toimintamallia voidaan hyödyntää asukkaan tarpeiden ja voimavarojen määrittelyssä, hoitosuunnitelman laadinnassa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Seuraavana haasteena työyhteisölle on asukkaan toimintakykyä edistävien vähimmäiskriteerien ja toimintamalli jalkauttaminen käytännön hoitotyöhön. Se onnistuu parhaiten avaamalla hoitotyöntekijöille vähimmäiskriteerien sisältöä ja merkitystä. Vähimmäiskriteerien syvällisempi tarkastelu voisi tapahtua työyhteisölle suunnatulla koulutuksella tai vähimmäiskriteereitä voisi avata osa-alue kerrallaan esimerkiksi osastotunneilla.

Toimintatutkimussyklejä jatkettaessa psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn luokittelun pohjaksi tulisi ottaa RAI -arviointijärjestelmästä mittarit ja pilotoida ne ryhmittelemään asukkaita itsenäiseen, tuettavaan ja autettavaan ryhmään, joiden erityistarpeisiin jo vastataan vähimmäiskriteereillä. Näin kaikki toimintakyvyn arvioinnin osa-alueet perustuisivat RAI- arviointijärjestelmään ja sen mittareista muodostettuihin asukasryhmiin.

Työyhteisö tarvitsisi myös koulutusta toimintakykyä edistävästä hoitotyöstä ja omahoitajuudesta, jonka rooli vähimmäiskriteerien toteutumisen kannalta on

merkittävä. Myös RAI- arviointijärjestelmän käytön ja hyödyntämisen syventämistä tarvitaan työyhteisössä. Kaikki eivät vielä olleet käyneet RAI- koulutusta. Tähän haasteeseen työnantaja onkin jo vastaamassa järjestämällä perus- ja lisäkoulutusta jo tänä syksynä. Mäkisen ym. (2008, 61) tutkimuksessa koulutuksella ja tukihenkilöillä koettiin olevan suuri merkitys RAI- arviointien tekemisen mielekkyyteen. Jatkotutkimuksena voisi kerätä tietoa esimerkiksi RAI- järjestelmän avulla toimintamallin vaikuttavuudesta asukkaiden elämänlaatuun ja toimintakykyyn.

Mielenkiintoista on seurata näkykö vähimmäiskriteereiden ja toimintamallin käyttöönotto pidemmällä aikajänteellä asukkaiden toimintakyvyn edistymisenä tai pidempänä säilymisenä. Tämä kysymyksen mittaamisessa voidaan hyödyntää RAI- arviointijärjestelmää. Pitkällä aikavälillä voidaan myös pohtia sitä, miten hoitohenkilökunta on sisäistänyt ja syventänyt asiantuntemustaan toimintakykyä edistävästä hoitotyöstä. Ja sitä miten sisäistetty ja syvennetty asiantuntemus näkyy käytännön arjessa. Haasteellista on myös huolehtia sijaisten ja uuden henkilökunnan perehdyttämisestä, orientoinnista ja sitouttamisesta toimintakykyä edistävään työotteeseen ja vähimmäiskriteerien toteuttamiseen. Mielenkiintoista olisi pystyä seuraamaan tietotaidon pysymistä ja leviämistä Pirkankoivusta lähiympäristöön.

Toimintakykyä edistäväntöötteen, toimintamallin ja vähimmäiskriteerien sisäistämisen tulisi tutkijan mielestä näkyä hoitosuunnitelmien kehittymisenä näkökulmiltaan laajemmiksi ja asukkaan tarpeista lähteviksi, toimintakykyä edistäviksi. Tulevaisuus näyttää auttavatko vähimmäiskriteerit hoitajaa asukkaan voimavarojen löytämisessä ja tarpeeseen vastaamisessa. Kehittämishankkeen toteuttajana odotan kovasti sitä, helpottavatko vähimmäiskriteerit hoitajien välistä tiedonkulkua. Laukaiseeko kriteerien olemassaolo työyhteisössä ammatillista dialogia. Osataanko paremmin hyödyntää moniammatillista yhteistyötä ja ammattiryhmien erityisosaamista. Miten omahoitajuus kehittyy, sillä vähimmäiskriteerien ja toimintamallin yksi keskeinen tukipilari, on asukkaan omahoitaja. Toisaalta onko aiheellista pohtia onko omahoitajalla liian suuri vastuu ja valta asukkaan kokonaishoidossa. Tärkeää olisi luoda työyhteisöön myös toimiva varaomahoitaja järjestelmä.

Yhtenä tulevaisuuden haasteena näen asukkaan toimintakykyä edistävien vähimmäiskriteerien ja toimintamallin jalkauttamisen kaikkiin Vanhustyön keskus Pirkankoivun sisäisiin yksiköihin. Kehittämishankehan alkoi vanhainkodilta.

Organisaatiomuutoksen myötä mukaan tulivat myös tehostettu palveluasuminen ja hoiva osasto. Haasteena on jälkimmäisten mukaan saaminen, koska suurin osa kehitystyöstä tapahtui vanhainkodin henkilökunnan kanssa. Tehostetun palveluasumisen ja hoivaosaston henkilökunta ovat vähemmän päässeet mukaan työskentelyyn ja vaikuttamaan kriteereihin. Heidän näkökulmastaan vähimmäiskriteerit ja toimintamalli saattavat vaikuttaa enemmänkin ulkoapäin tuoduilta kuin työyhteisöstä itsestään lähteneiltä. Silloin suhtautuminenkaan ei välttämättä ole yhtä avoin, kun prosessissa mukana olleella työyhteisöllä.

On ehkä tarpeellista tarkastella vähimmäiskriteereitä erikseen yhdessä kahden muun työyhteisön kanssa ja pohtia niiden soveltuvuutta heille ja muokata kriteerejä myös heidän tarpeitaan silmällä pitäen. Tähän toki oli heillä mahdollisuus myös tutkijan järjestämässä tilaisuudessa, mutta se ei ehkä ollut riittävää, vaan tarvitaan yksilöllisempää, juuri kutakin työyhteisöä kuulevaa keskustelua. Toisaalta Vanhustyön keskus Pirkankoivun tavoitteena on kuitenkin yksiköiden raja- aitojen hälventäminen, jolloin hoitohenkilökuntien yhteisille foorumeillekin olisi tilausta.

Tulevaisuudessa vähimmäiskriteerit voisi antaa asukkaiden ja omaisten tarkasteltaviksi ja kommentoitavaksi. Heidän kritiikkinsä, kommenttinsa ja kehitysideansa täydentäisivät ja kehittäisivät vähimmäiskriteereitä entistä paremmin tarkoitustaan palvelevimmiksi. Tässä kehittämishankkeessa se ei ollut resurssien ja aikataulun puitteissa mahdollista.

Mielenkiintoista on pohtia toimintakykyä edistävien vähimmäiskriteerien hyödyntämismahdollisuutta muuallakin kuin Vanhustyön keskus Pirkankoivussa. Pystykö toimintamallia soveltamaan muualla laajemmassa mittakaavassa? Miten paikkaan sidottuja kehitetyt vähimmäiskriteerit ovat? Valtakunnallisella tasolla pohditaan juuri tarvetta säätää erillinen laki vanhustenhuoltoja ohjaamaan. Siitä näkökulmasta vanhainkodin asukkaan toimintakykyä edistävät vähimmäiskriteerit ovat hyvinkin ajankohtainen kehittämishanke. Mielenkiintoista on seurata millaisia kriteerejä lakiin määritellään ja vuosien päästä, kun laki on joskus valmis, siitä olen vakuuttunut, on mahdollisuus verrata näitä laatimiamme kriteereitä valtakunnallisesti asetettuihin puitteisiin. Silloin näemme olimmeko aikaamme edellä.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Syrjälä, L., 1999. Tiede, toiminta ja vaikuttaminen. Teoksessa Heikkinen H.L.T, Huttunen, R., Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena Kustannus, 11- 23.

Aamulehti, 9.9.2009, A11. Artikkel: Virkamiehen idea: arvioidaan vanhusten laitokset julkisesti. Kirjoittaja Tuomo Björkstén.

Adams, T. 2008. Dementia care nursing. Promoting well- being in people with dementia and their families. Palgrave Macmillan.

Backman, K., Paasivaara, L., Voutilainen, P & Isola, A. 2002. Hyvän hoitotyön erityispiirteet ikäihmisen hoidossa -gerontologisen hoitotyön haaste. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi- Sulkava, U. Finne- Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. STAKES Oppaita 49. Saarijärvi:Gummerus Kirjapaino Oy. 70-76.

Elo, S. 2008. Hyvinvointia tukeva ympäristö. Teoksessa Voutilainen P. & Tiikkainen P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki:WSOY Oppimateriaalit Oy. 91- 107.

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

Etelä-Suomen lääninhallitus: Sosiaali- ja terveysosaston julkaisuja 2/2009. Hoivaa ja huolenpitoa vaiko rangaistuksia ja kiusantekoa. Selvitys pakotteiden ja rajoitteiden käytöstä Etelä- Suomen läänin sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä.

Haapaniemi H, Routasalo P, Arve S. 2006. Sairaanhoidajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. Hoitotiede, 18(4), 197- 208.

Haverinen, R. 2003. Laatudokumentit ja suomalainen sosiaalipalvelujen modernisaatio. Yhteiskuntapolitiikka 68 (2003): 4, STAKES. 325- 336.

Heikkilä, R., Finne- Soveri, H., Ripsaluoma, J., Parikka, A., Suojalehto, E., Noro, A. 2008. Koukkuniemen vanhainkodin asiakasrakenne ja hoidon laatu RAI- järjestelmällä arvioituna 2006- 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.

Heikkinen, H.L.T & Jyrkämä, J.1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen H.L.T, Huttunen, R., Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena Kustannus, 25-56.

Heikkinen, H.L.T. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Heikkinen H.L.T., Rovio E. & Syrjälä L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy. 16-37.

Heikkinen, H.L.T., Syrjälä L.2006. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa Heikkinen H.L.T., Rovio E. & Syrjälä L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy. 143- 161.

Heimonen, S. 2008. Toimintakykyä ja arjessa selviytymistä kannattaa tukea. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. Laadukkaat dementiaapalvelut. Opas kunnille. STAKES. Oppaita 72. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 81- 83.

Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Studies in sport, physical education and Health 71. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä University Printig house, Jyväskylä and ER-paino Ky, Lievestuore 2000.

Helin, S. 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen, T. Gerontologia. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 2. uudistettu painos. 416- 435.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Holma, T., Heimonen, S & Voutilainen, P. 2002. Kuntouttava työote. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Bacman, K., Paasivaara L., Eloniemi- Sulkava, U., Finne-Soveri, H. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. STAKES. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.43- 48.

Hope K. &Waterman, H. 2003. Methodological Issues In Nursing Research praiseworthy pragmatism? Validity and action research. Journal of Advanced Nursing. 44(2), 120-127.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2006. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa Heikkinen H.L.T., Rovio E. & Syrjälä L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy. 94- 113.

Huttunen, R., Kakkori, L. & Heikkinen, H.L.T., 1999. Toiminta, tutkimus ja totuus. Teoksessa Heikkinen H.L.T, Huttunen, R., Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena Kustannus, 111- 134.

Hyvinvointi 2015- ohjelma. Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:3. Helsinki

Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4, Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto. Helsinki: Oy Edita Ab.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3, Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto. Helsinki: Yliopistopaino.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2004. Kuntoutuksen perusteet. Vantaa: WSOY.

Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpano suunnitelma vuosille 2008-2011. 2009. Kallinen- Kräkin, S.(toim.) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kauppinen, S., Voutilainen, P., Finne-Soveri, H., Heinola, R. 2008. Indikaattorit palvelujen kehityksen seurantaan. Teoksessa Pekurinen, M., Räikkönen, O., Leinonen,

T. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Stakesin raportteja 38/2008, 47-59.

Kelly, D., Simpson, S. 2001. Action research in action: reflections on a project to introduce Clinical Practice Facilitators to an acute hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 33(5), 652- 659.

Kettunen, R., Kähärä-Wiik, K., Vuori-Kemilä, A. & Ihalainen, J. 2002. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Porvoo: WSOY.

Kiviniemi, K., 1999. Toimintatutkimus yhteisöllisenä prosessina. Teoksessa Heikkinen H.L.T, Huttunen, R., Moilanen, P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: Atena Kustannus, 63-83.

Koskinen, S., Aalto, L, Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuula, A., 1999. Toimintatutkimus. Kenttätöitä ja muutospyrkimyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Laukkanen, Pia., 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen -käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen, E., Rantanen, T.(toim). Gerontologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.261- 271.

Lax, W, Galvin., K. 2002. Reflections on a community action research project: interprofessional issues and methodological problems. *Journal of Clinical Nursing*. 2002:11: Issue 3:376- 386.

Lehtinen, A. 2005. Hoidon ja palvelun laatu Merilijakodilla -Laatutavoitteet ja -kriteerit hoidon ja palvelun kehittämisessä. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö ylempi amk.

Lehto, M. 2007. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Lehtoranta, H., Luoma, M-L. & Muurinen S. (toim.) 2007. Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Helsinki: Valopaino Oy

Lindbäck, R. 2008. Ikäihmisten itsenäistä selviytymistä tukevan toimintamallin kehittäminen palvelutalossa. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö ylempi amk.

Long, A. F., Kneafsey, R., Ryan, J., Berry, 2002. The role of nurse within the multi-professional rehabilitation team. *Journal of Advanced Nursing*. 37(1), 70- 78.

Luoma, M-L. 2007. Ikäpoliittiset tavoitteet ikääntyvien laitoshoidon laadun kehittämisen suuntaajina. Teoksessa Lehtoranta, H., Luoma, M-L., Muurinen, S.(toim.)

Ikäihmisten laitoshoidon laadun kehittämishanke. Stakesin raportteja 19/2007. Helsinki: Valopaino Oy. 7-12.

Luostarinen & Päivärinta, 2008. Kunta dementia palvelujen järjestäjänä. Teoksessa Sormunen, S & Topo, P. (toim.) Laadukkaat dementia palvelut, Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 137- 144.

Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.). 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Lyyra T-M & Tiikkainen P. 2008. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Voutilainen P. & Tiikkainen P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 58- 73

Lähdesmäki, L, Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: Edita Prima.

Matilainen, I. 2007. Ikääntyneen henkilön terveyden edistäminen - toimintamalli asiakaslähtöiseen ohjaukseen ja neuvontaan. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö ylempi amk.

Metsämuuronen, J. (toim.)2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Mielekäs Elämä projekti. 2009. Pirkkalan kunta. http://www.pirkkala.fi/terveys_ja_hyvinvointi/vanhusten_palvelut/mielekas_elama_projekti/ Luettu 9.19.2009.

Muuri, A. 2008. Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? STAKES. Tutkimuksia 178. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäkinen, S., Sipola- Mäkinen, J. 2008. Hoitotyön kehittäminen RAI-arviointijärjestelmän avulla asiakaslähtöisen hoitotyön ja osaamisen johtamisen näkökulmista tarkasteltuina. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö ylempi amk.

Noro, A. 2005, Vertailukehittämisshanke. Teoksessa Noro, A., Finne-Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P., (toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus-RAI- järjestelmä vertailukehittämissä. STAKES. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 27-34.

Noro, A., Finne- Soveri, H., Björkgren, M., Vähäkangas, P., (toim.) 2005. Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus - RAI- järjestelmä vertailukehittämissä. STAKES. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ojala, M., 2004. ICF- Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://sty.stakes.fi/FI/luokitukset/ICF/index.htm> Luettu 21.10.2009.

Pekkarinen, L.2007. The Relationships Between work Stressors and Organizational Performance in Long- Term Care for Elderly Residents. STAKES Research Report 171. Vaajakoski: Gummerus Printing.

Pekurinen, M., Räikkönen, O., Leinonen, T, 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun 2008. Stakesin raportteja 38/2008. Helsinki: Valopaino Oy.

Palvelujen Pirkkala. Kuntastrategia 2015 -visiot ja strategiset tavoitteet. 2005. Pirkkalan kunta. <http://www.pirkkala.fi/@Bin/110269/KUNTASTRATEGIAValtuuston19122005hyvaksyma.pdf> Tulostettu 9.10.2009

Pirkkalan perusturvan strategia 2006- 2016. 2007. Pirkkalan kunta, perusturvaosasto. <http://www.pirkkala.fi/@Bin/117466/PIRKKALAN+PERUSTURVAN+STRATEGIA+2006-2016.pdf> Tulostettu 9.10.2009

Pitkää ikää Pirkkalassa. Pirkkalan kunnan ikäohjelma 2009- 2025. Pirkkalan kunta. <http://pirkkala-fi-bin.directo.fi/@Bin/2795de4c4c6667878839b3f6eb345c21/1255106904/application/pdf/960088/Ikäohjelma%20Valtuuston%2017.8.2009%20hyvaksymä.pdf> Tulostettu 9.10.2009.

RAI käsikirja, päivitetty 8.11.2004, interRAI, Jyväskylän yliopisto, Cydenius-instituutti, STAKES

Resnick, B. 1999. Motivation to perform activities of daily living in the institutionalized older adult: can a leopard change its spots? *Journal of Advanced Nursing*; 1999 Volume 29(4), 792-799.

Resnick, B & Fleishell, A. 2002. Developing a Restorative Care Program. *American Journal of Nursing*. Volume 102(7) July 2002, 91- 95.

Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Oulu: Oulun yliopisto.

Routasalo, P. 2003. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön suositusten lähtökohdat ja edellytykset. Teoksessa Lauri, S. Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WS Bookwell Oy. 117-136.

Routasalo, P. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy. 86-93.

Ruoppala, I., Suutana, T. 2003 Kognitiivisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Hietanen, A., Lyyra, T-M. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Helsinki: Edita Prima Oy. 155- 170.

Sosiaali- ja terveystuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE- ohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita.

Syrjälä, L. 1994. Tapaustutkimus opettajan ja tutkijan työvälineenä. Teoksessa Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E., Saari, S. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: Kirjapaino West- Point Oy.

Tuomi, J., Sarajärvi, A., 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M., Luomahaara, J., Peiponen, A., Voutilainen, P. 2001. Koko kunta ikääntyneiden asialle. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäiseen selviytymiseen sekä hoidon ja palveluiden kehittämiseen. Raportteja 259. STAKES. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M. 2002. Tavoitteena vanhan ihmisen elämänlaatu. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Bacman, K., Paasivaara, L., Eloniemi- Sulkava, U., Finne- Soveri, H.(toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. STAKES. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 11-18.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä S-L. 2006. Vanhusten hoito. Porvoo: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001 Julkaisuja 2001:4

Vilka, H., 2005, Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy. 2007.

Voutilainen, P., Bacman, K., Paasivaara, L. 2002. Hyvän laitoshoidon tunnusmerkit. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Bacman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne- Soveri, H.(toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. STAKES. Oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy. 115-121.

Voutilainen, P. & Vaarama, M. 2005. Toimintakykyymmittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes Raportteja 7/2005. Helsinki: Stakesin monistamo.

Voutilainen, P. 2006. Toimintakyvyn ja elämänlaadun arviointi. Teoksessa Heimonen, S. & Voutilainen, p. Avaimia arviointiin. Dementoituvan kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima Oy. 21-42.

Voutilainen, P. 2007. Lukijalle. Teoksessa Lehtoranta,H., Luoma, M-L., Muurinen, S. (toim) Ikäihmisten laitoshoidon laadunkehittämishanke. Stakesin raportteja 19/2007.Helsinki: Valopaino Oy. 3.

Voutilainen, P. 2008. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Voutilainen P.& Tiikkainen P. (toim.). Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy. 123- 144

Voutilainen, p., Kauppinen, S. & Huhtamäki- Kuoppala, M. 2008. Palvelujärjestelmä vastaamaan dementiaoireisten ihmisten tarpeisiin. Teoksessa Sormunen, S. & Topo, P. Laadukkaat dementiaipalvelut. Opas kunnille. STAKES. Oppaita 72. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 15-24.

Vähäkangas, P. 2008. Toimintakykyä edistävä hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa Voutilainen, P., Tiikkainen, P. (toim). Gerontologinen hoitotyö. WSOY Oppimateriaalit Oy. 145- 157.

Tervehdys!

Apuasi ja ammattitaitoasi tarvitaan.

Pirkkalan vanhainkodilla käynnistyy kehittämishanke, jonka tavoitteena on kehittää Pirkankoivun vanhankotiin hoitotyötä ohjaava vanhusten toimintakykyä tukeva systemaattinen toimintamalli. Kehittämishanke liittyy tutkijan Pirkanmaan ammattikorkeakoulussa suoritettavaan ylempään ammattikorkeakoulututkintoon; Terveysten edistäminen, ikääntyvien ja pitkäaikaisten potilaiden hoito YAMK.

Hoitohenkilökunnalle ja pitkäaikaisasukkaiden toimintakykyä tukevaan hoitotyöhön osallistuville toteutetaan sähköpostikysely, johon vastaamalla sinulla on mahdollisuus osallistua arvokkaaseen kehitystyöhön, jossa edistetään vanhainkodin asukkaiden hyvinvointia kehittämällä toimintakykyä tukevaa hoitotyötä.

Sähköpostikyselyyn toteuttamiseen on saatu tarvittavat luvat Ylilääkäriltä.

Henkilökunnalta saadut vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymisti. Vastauslomakkeista poistetaan tunnistetiedot ennen vastausten analysointia.

Sähköpostikyselyyn vastaaminen tapahtuu normaaliin tapaan eli painamalla sähköpostin vasemmasta yläkulmasta VASTAA painiketta ja pääset kirjoittamaan vapaamuotoisen vastauksesi kunkin neljän esitetyn kysymyksen alapuolelle. Kirjoitettua omaa näkemyksesi valitse LÄHETÄ ja vastauksesi tulee automaattisesti sähköpostiini. Vastausaika on 19.10. 2008 saakka.

Kiitos osallistumisestasi!

Terveisin...

KYSELY VANHAINKOTI PIRKANKOIVUN HOITOHENKILÖKUNNALLE

Voit vastata vapaamuotoisesti jokaisen kysymyksen perään haluamasi pituisen vastauksen:

1. Kuvaile, mitä hoitotyön keinoja käytät apuvälineen turvin liikkuvan asukkaan toimintakyvyn ylläpitämisessä? (RAI- arvioinnissa ADL1-2)
2. Kuvaile, mitä hoitotyön keinoja käytät paljon apua tarvitsevan asukkaan toimintakyvyn ylläpitämisessä? (RAI- arvioinnissa ADL 3-4)
3. Kuvaile, mitä hoitotyön keinoja käytät vuoteeseen hoidettavan asukkaan toimintakyvyn ylläpitämisessä? (RAI- arvioinnissa ADL 5-6)
4. Kuvaile, miten kehittäisit asukkaiden toimintakyvyn ylläpitämistä vanhainkodilla?