

OPINNÄYTETYÖ

Miikka Aurala
Janne Konttinen
Eveliina Mäkelä

Esite ikääntyvien palvelutaloista



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja



Rovaniemen
ammattikorkeakoulu
University of Applied Sciences
LUC

ROVANIEMEN AMMATTIKORKEAKOULU
TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA
Sairaanhoitaja

Opinnäytetyö

Esite ikääntyvien palvelutaloista

Aurala Miikka, Konttinen Janne, Mäkelä Eveliina

2012

Toimeksiantaja Rovaniemen kaupungin terveyskeskus os. K3

Ohjaaja Arja Jääskeläinen

Tekijä	Miikka Aurala, Janne Konttinen, Eveliina Mäkelä	Vuosi	2012
Toimeksiantaja	Rovaniemen terveyskeskus os. K3		
Työn nimi	Esite ikääntyvien palvelutaloista		
Sivu- ja liitemäärä	51 +1		

Toiminnallinen opinnäytetyömme on esite ikääntyneiden palvelutaloista. Esite antaa tietoa ikääntyneen palveluasumismahdollisuuksista Rovaniemellä yksityisellä sektorilla. Työn toimeksiantajamme on terveyskeskusosasto K3.

Lähestymme työtämme hoitotyön näkökulmasta, sillä esite toimii osastolla hoitajien ja asiakkaiden tietolähteenä potilaan jatkohoitopaikkaa mietittäessä. Esitteen tarkoitus on kuvata eri palvelutalojen asiakaskuntaa, elinoloja, päivärutiineja ja muuta yleistä asiaa, jotka liittyvät olennaisesti palveluasumiseen. Tavoitteenamme on, että esitteestä tulisi työkalu osastolla työskenteleville ohjeistaen ja antaen olennaista tietoa potilaan jatkohoitopaikkaa suunniteltaessa.

Opinnäytetyömme on kaksiosainen. Se sisältää kirjallisen raporttiosuuden sekä yllä mainitun esitteen. Esitteemme tieto on kerätty haastattelemalla alkuvuodesta 2012. Jokainen palvelutalo on kierretty henkilökohtaisesti läpi. Esitteessä olevat tiedot on tarkistutettu oikeiksi palvelutalojen yhteyshenkilöillä.

Toivomme esitteen palvelevan mahdollisimman hyvin ikäihmistä ja hänen hoitoonsa osallistuneita päätettäessä siitä, mikä palveluasumisyksikkö olisi hänen tarpeisiinsa parhaiten vastaava.

Avainsanat ikääntyminen, ikääntyvien toimintakyky, ikääntyvien elämänlaatu, ikääntyvien palveluasuminen ja ikääntyvien hyvinvointia edistävä toimintaympäristö.

Authors	Miikka Aurala Janne Konttinen Eveliina Mäkelä	Year	2012
Commissioned by	Rovaniemi Health Center Ward K3		
Subject of thesis	A Brochure on Sheltered Accommodation for Elderly People		
Number of pages	51 +1		

Our thesis is functional and its final product is a brochure. It is about the sheltered accommodation of elderly people in the private sector of elderly care in Rovaniemi area. The commissioner of our thesis is a health center ward, K3.

Our thesis and its result, the brochure, were written from the viewpoint of the nursing profession. At the ward, the brochure will work as a source of information to the patients and nurses when arranging the patients' future accommodation. The purpose is to describe the residents, living conditions, daily routines and other common activities of various sheltered accommodations. The goal is that the brochure would work as a daily -used tool as well as possible.

Our thesis is divided in two. It involves the brochure and also a written theory part. The information was gathered in the early year of 2012 by interviewing the managers or employees in each place. The reliability of the brochure is verified afterwards by the managers.

We hope the brochure will serve aging people and their nursing staff as well as possible in deciding which sheltered accommodation unit would be the most suitable for the needs of an elderly individual.

Keywords aging, functional capacity of elderly people, quality of life of elderly people, sheltered accommodation of elderly people, health and welfare promoting environment of elderly people

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 IKÄÄNTYMINEN.....	3
1.1 VÄESTÖN IKÄÄNTYMINEN	3
1.2 IKÄÄNTYMINEN TUOMAT MUUTOKSET	4
1.2.1 IKÄÄNTYNEEN FYYSSINEN TOIMINTAKYKY	5
1.2.2 IKÄÄNTYNEEN PSYKKINEN TOIMINTAKYKY	7
1.2.3 IKÄÄNTYNEEN SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY	10
1.2.4 HENGELLINEN TOIMINTAKYKY	11
1.2.5 TOIMINTAKYVYN ARVIOINTI.....	12
2 IKÄÄNTYNEEN ELÄMÄNLAATU JA SEN TUKEMINEN.....	15
2.1 ELÄMÄNLAADUN MONIMUOTOISUUS.....	15
2.1.2 ROPER – LOGAN – TIERNEY 12 ELÄMISEN TOIMINTOA	17
2.1.3 ELÄMÄNLAADUN FYYSSINEN JA PSYKKINEN ULOTTUVUUS	20
2.1.4 ELÄMÄNLAADUN SOSIAALINEN ULOTTUVUUS.....	21
2.1.5 ELÄMÄNLAADUN YMPÄRISTÖULOTTUVUUS.....	22
2.1.6 KOETTU ELÄMÄNLAATU	25
2.2 EETTISET PERIAATTEET IKÄÄNTYNEEN ELÄMÄNLAADUN OHJAAJANA	26
3 IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUASUMINEN	30
3.1 IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUASUMISEN MÄÄRITELMIÄ	30
3.2 IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUASUMISTA OHJAAVAT LAIT JA SUOSITUKSET	32
3.3 VALINTAKRITEERIT JA HAKEUTUMINEN PALVELUTALON ASUKKAAKSI.....	33
3.4 TUET JA MAKSUT PALVELUASUMISEEN	33
4 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI	35
4.1 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN KUVAUS	35
4.2 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI	37
4.2.1 IDEOINTIVAIHE	37
4.2.2 SUUNNITTELUVAIHE	39
4.2.3 TYÖN KEHITTELY	40
4.2.4 RAPORTIN LAATIMINEN	43
4.2.5 PROSESSIN ARVIOINTI.....	44
5 POHDINTA	46
5.1 OMAPOHDINTA OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ	46
5.2 ARVIO TYÖN ONNISTUMISESTA JA OPPIMISTULOKSET	47

JOHDANTO

Väestö ikääntyy vauhdilla Suomessa. Tämä ikääntyvien määrä tulee kuormittamaan sosiaali- ja terveystalouksia. Tutkimustuloksien mukaan suurin osa ikääntyvistä tulee luultavasti olemaan tulevaisuudessa entistä toimintakykyisempiä ja elämään pitempään, mutta vanhuus tuo väistämättä mukanaan sairauksia jotka johtavat toimintakyvyn heikkenemiseen. Tämän myötä on selvää, että ikääntyminen vaikuttaa myös palvelutalouden lisääntyvään tarpeeseen.

Palveluasuminen on ollut paljon esillä viime aikoina mediassa. Vanhusten kohtelu on herättänyt keskustelua ja heidän asumisoloihinsa on kiinnitetty paljon huomioita. Tämä seikka vaikutti osaltansa siihen, miksi valitsimme juuri tämän aiheen opinnäytetyöksemme. Halusimme kantaa omalta osaltamme kortemme kekoon, jotta saisimme mahdollisuuden parantaa ja kehittää vanhusten tulevaisuutta.

Valitsimme aiheeksemme tehdä esitteen liittyen vanhusten palveluasumiseen Rovaniemellä. Opinnäytetyömme tarkoitus on luoda esite, joka kuvaa eri palvelutalouden asiakaskuntaa, elinoloja, päivärutiineja ja mahdollisesti muuta yleistä asiaa, jotka liittyvät olennaisesti palveluasumiseen. Esitteen tavoitteena on olla työkalu osastolla työskenteleville. Se ohjaa ja antaa olennaista tietoa potilaan jatkohoitopaikkaa suunniteltaessa sekä henkilökunnalle että omaisille. Opinnäytetyömme on toiminnallinen projekti, johon saimme toimeksiantannon Rovaniemen terveyskeskus osasto K3:lta. Osasto K3 on Rovaniemen terveyskeskuksen kuntoutusosasto, jossa on 27 potilaspaikkaa. Tällaiselle esitteelle on kysyntää, koska kyseisen osaston hoitajien, lääkäreiden ja potilaiden omaisten nykyiset tiedot Rovaniemen palvelutaloista ovat puutteelliset. Etenkin potilailla ja heidän omaisillaan on paljon epätietoisuutta palveluasumisvaihtoehdoista. Toimeksiantaja rajasi palvelutalot yksityisiin hoitopaikkoihin, joilta Rovaniemen kaupunki ostaa palveluja.

Keskeisiä käsitteitä työssämme ovat ikääntyminen, ikääntyvien toimintakyky, ikääntyvien elämänlaatu, ikääntyvien palveluasuminen ja ikääntyvien hyvin-

vointia edistävä toimintaympäristö. Ikääntyminen on yksi keskeisimmistä käsitteistämme, koska esitteemme koskee nimenomaan vanhuksien palveluasumista. Palveluasuminen tulee kysymykseen, kun henkilö tarvitsee runsaasti apua selviytyäkseen jokapäiväisistä toimitaan eli hänen toimintakykynsä on alentunut. Valitsimme käsitteiksemme myös elämänlaadun ja hyvinvointia edistävän toimintaympäristön, sillä mielestämme ihmisellä on oikeus hyvään ja tasapainoiseen elämään silloinkin, kun toimintakyky on rajoittunut siinä määrin, ettei voi asua enää kotona. Vanhukselle on turvattava eettiset periaatteet toteuttava ihmisarvoinen elämä hoidon ja hoivan tarpeesta ja hoitopaikasta riippumatta. Tarkastelemme työssämme näitä käsitteitä laajasti eri hoitotyön näkökulmista erityisesti palveluasumisen kannalta.

1 IKÄÄNTYMINEN

1.1 Väestön ikääntyminen

Ikääntyminen on yksilöllinen ja ainutkertainen prosessi. Väestö ikääntyy vauhdilla Suomessa. Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä ja pysyvän lähes samana seuraavat kymmenen vuotta. (Tilastokeskus 2007.) Tämä ikääntyvien määrä tulee kuormittamaan sosiaali- ja terveyspalveluita. Kuormittavuuteen kuitenkin vaikuttaa ratkaisevammin ikääntyvän väestön terveys ja toimintakyky kuin ikääntyneiden määrä sinänsä. Tutkimustuloksien mukaan suurin osa ikääntyvistä tulee olemaan tulevaisuudessa entistä toimintakykyisempiä ja elämään pitempään. Tämän todennäköisesti mahdollistaa entistä kehittyneempi lääketiede sekä teknologia. Kaikkeen tämä ei kuitenkaan päde, sillä esim. muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy nopeasti. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 13-43.)

Eliniän kasvaessa ikääntyvän elämään tulee lisää sekä toimintakykyisiä vuosia, että aikaa, jolloin toimintakyky on heikentynyt ja avuntarve on laaja (Lähdesmäki–Vornanen 2009, 17). Meidän työssämme käsittelemme avuntarvetta palveluasumisen kannalta. Tällöin toimintakyky on heikentynyt jo siinä määrin, että kotona pärjääminen on mahdotonta pienenkin avun turvin.

Erityisesti tämä näkyy vanhimmissa ikäryhmissä, joissa toiminnan vajavuuksien lisääntyminen hankaloittaa itsenäistä selviytymistä selkeästi ja alentaa tämän vuoksi vanhuksen elämänlaatua. Vanhustenhuollon tavoitteita ovat jo jonkin aikaa kuitenkin olleet laitospaikkojen vähentäminen, avopalveluiden kehittäminen ja ikäihmisten kotona asumisten tukeminen. (Lähdesmäki–Vornanen 2009, 17.)

Sekä väestön ikääntyminen että kuntien toimintaympäristön muutokset asettavat haasteita kunnille niiden palvelurakenteisiin ja toimintatapoihin liittyen. Väestön ikääntyminen vaikuttaa kaikkien toimialojen toimintaan. Tämä tarkoittaa, että ikäihmisten määrän kasvulla tulee olemaan lisääntyvä merkitys

ympäristön suunnittelussa, rakentamisessa ja eri palvelujen järjestämisessä. Vuonna 2001 annettiin sosiaali- ja terveysministeriön sekä kuntaliiton yhteinen ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sen mukaan jokaisella kunnalla tulee olla valtuuston hyväksymä vanhuuspoliittinen strategia ja sen osana palvelurakenteen kehittämisohjelma. (Holma 2003, 8.)

1.2 Ikääntymisen tuomat muutokset

Ikääntyneen ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttaa ratkaisevasti se, miten hän selviää jokapäiväisestä elämästään. Tätä arkirutiineista selviytymistä kutsutaan toimintakyvyksi, jota voidaan tarkastella joko toiminnanvaja-vuuksina tai jäljellä olevana toimintakykynä. Sitä tarkastellaankin eri tutkimusaloilla eri lähtökohdista ja näkökulmista. (Lyyra–Pikkarainen–Tiikkainen 2007, 21.)

Toimintakyky voidaan jaotella Voutilaisen ja Tiikkaisen (2009, 46.) mukaan seuraaviin rajattuihin käsitteisiin: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Käsittelemme lisäksi Lähdesmäen ja Vornasen (2009, 25.) yhtä toimintakyvyn aluetta, jota kutsutaan hengelliseksi toimintakyvyksi. Osa-alueet muodostavat tiiviin kokonaisuuden, jotka ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa ja riippuvuussuhteessa keskenään. Yhtä osa-aluetta ei voi erottaa erilliseksi ja toisista riippumattomaksi, sillä muutos yhdellä alueella muuttaa aina myös toisia toimintakyvyn osa-alueita. (Lähdesmäki–Vornanen 2009, 8.)

Ikääntyneen toimintakyky määräytyy aina hänen kokemuksiensa ja elinympäristön ehtojen perusteella. Näin ollen eri ikääntyneiden toimintakyvyn vertailu on vaikeaa. Toimintakykyyn vaikuttavat esimerkiksi ikä, sukupuoli, ammatti, kasvatus ja kulttuuri. (Lähdesmäki–Vornanen 2009, 50.)

Lisäksi ihmisen näkemys omasta itsestään ja persoonastaan muuttuu elämän aikana. Vanhuuden tuomat muutokset koskevat myös tulotasoja, ulkonäköä, asemaa ja rooleja. Ikäihmisillä on kuitenkin yleensä voimavaroja, jotka auttavat mukautumaan näihin muutoksiin. Niitä ovat esimerkiksi tieto ja

kokemus, henkilökohtaiset muistot sekä erilaiset minuuteen ja persoonallisuuteen liittyvät voimavarat. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 50.) Laajasti määritellen toimintakyvyn käsitteellä voidaan tarkoittaa sitä, että ihminen selviytyy itseään tyydyttävällä tavalla itselleen merkityksellisissä jokapäiväisen elämän toiminnoista siinä ympäristössä, jossa hän arkeaan elää (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 125).

1.2.1 Ikääntyneen fyysinen toimintakyky

Yksilön ikääntyminen on kokonaisvaltainen prosessi, jossa fyysiset muutokset tapahtuvat yleensä ensimmäiseksi ja vähitellen. Ne ovat luonteeltaan palautumattomia ja johtavat elimistön toimintakyvyn ja puolustuskyvyn heikentymiseen. Ikäihmisen liikuntakyky saattaa hidastua ja suorituskyky heiketä fyysisissä ponnistuksissa. Etukumara ryhti, lisääntyvä jäykkyys sekä vapina ovat muutoksia jotka ikääntyvä ihminen voi kokea kiusallisina. Terveystila onkin toimintakyvyn kannalta keskeistä. Usein toimintakyvyn heikkenemiseen liittyy jokin pitkäaikainen sairaus. Lisäksi fyysisiä iän tuomia muutoksia ovat aistitoimintojen kuten kuulon ja näön heikkeneminen sekä perusaineenvaihdunnan hidastuminen. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 47-50.)

Fyysinen toimintakyky säätelee yksilön selviytymistä jokapäiväiseen elämään liittyvien toimintojen fyysisistä vaatimuksista. Sillä voidaan tarkoittaa joko elimistön kykyä selviytyä fyysisistä ponnistelua edellyttävistä tehtävistä tai kehon yksittäisten elinten ja elinjärjestelmien toimintaa. Fyysinen toimintakyky määrittellään yleisesti yleiskuntoon, lihaskuntoon ja motoriseen taitoon. Fyysisen toimintakyvyn kannalta keskeistä on tuki- ja liikuntaelinten, hengitys- ja verenkiertoelimistön, sekä aistielinten toimintakyky. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 125-129.)

Mielestämme vanhuuden yksi selkeimmistä fyysisistä tuntomerkeistä on se, että tuki- ja liikuntaelimet alkavat rapistua. Alkaa esiintyä erinäistä vaivaa, sekä liikkuminen muuttuu entistä hankalammaksi, jolloin erilaisten apuvälineiden tarve kasvaa. Olemme huomanneet, että ikääntyminen näkyy suu-

rimmaksi osaksi myös hengitys- ja verenkiertosairauksina. Lisäksi aistitoiminnot heikkenevät, esimerkiksi useimmilla vanhuksilla kuulo ja näkö ovat huonontuneet.

Tuki- ja liikuntaelimiin kuuluu luusto nivelineen, liitoksineen ja siteineen sekä poikkijuovainen lihaksisto (Nienstedt–Hänninen–Arstila–Björkqvist 2004, 105). Ikääntymisen myötä elimistön lihasmassa vähenee ja sidekudoksen ja rasvan määrä kasvaa. Tällöin lihasten voima heikkenee ja kyky koordinoida eri lihasryhmien yhtäaikaista toimintaa laskee. Luuston haurastuminen eli osteoporoosi alkaa vähitellen jo 40. ikävuoden vaiheilla. Luuston haurastuminen lisää iäkkäiden alttiutta luunmurtumiin. Myös pituudessa tapahtuu muutoksia, jotka johtuvat asennon ja ryhdin muutoksista, nikamavälilevyjen kokoonpuristumisesta, nikamien luukadosta ja nikamia tukevien nivelsiteiden höllentymisestä. (Aejmelaeus–Kan–Katajisto–Pohjola 2007, 30.)

Hengitys- ja verenkiertoelimistö muodostuu sydäimestä, verisuonista ja hengityselimistä (Nienstedt ym. 2004, 185). Ikääntymisen myötä sydämen toiminnan heikkeneminen ilmenee erityisesti fyysisessä rasituksessa, jolloin vanha sydän ei kykene lisäämään työmääräänsä yhtä tehokkaasti kuin nuori. Verisuonten joustavuus vähenee ja ääreisverisuoniston vastus kasvaa, siksi verenpaineella on taipumus nousta iän mukana. Lisäksi ikääntyneen hengitys ei ole yhtä tehokasta kuin nuoren. (Aejmelaeus ym. 2008, 32.)

Ikääntyminen vaikuttaa ihmisen kykyyn aistia omassa elimistössään ja ympäristössään tapahtuvia muutoksia. Kosketustunto ja värinätunto heikkenevät. Kivunaistimiskyky muuttuu siten, että monet sellaiset sairaudet, jotka yleensä ovat hyvin kivuliaita, saattavat ikääntyneillä jäädä jopa huomaamatta. Kivun-sietokyky ei kuitenkaan iän myötä kasva. Ikänäkö on silmän vanhenemismuutos, joka johtuu silmän mykiön mukautumiskyvyn heikkenemisestä. Lisäksi kuulo huononee iän karttumisen mukana, jolloin etenkin korkeiden äänien kuuleminen heikkenee. (Aejmelaeus ym. 2008, 31.)

1.2.2 Ikääntyneen psyykkinen toimintakyky

Ikääntyminen sisältää psykologisia muutoksia mielessä ja mentaalisisessä kapasiteetissa, sekä sosiaalis-psykologisia muutoksia miten ajatella ja uskoa. Siihen sisältyy myös sosiaalisia muutoksia omakuvasta, sekä miten muut sen näkevät. (Atchley-Barusch 2004, 4.) Psyykkisen toimintakyvyn eri osa-alueita ovat kognitiiviset toiminnot, persoonallisuus sekä psyykkiset voimavarat. Psyykkinen toimintakyky vaikuttaa minäkäsitykseen, itsearvostukseen sekä päätöksenteko- ja ongelmanratkaisuvalmiuksiin. Se mahdollistaa ikääntyneen tarkoituksellisen mukautumisen ja selviytymisen hänelle itselleen välttämättömistä rooleistaan niin, että hän saavuttaa elämänhallinnan ja selviytymisen tunteen. (Lähdesmäki–Vornanen 2009, 23-24.)

Kognitiivisia toimintoja ovat muisti, oppiminen ja havaitseminen. Kognitiiviset kyvyt säilyvät normaaleina kauas vanhuuteen ja muutokset ovat usein hyvin vähäisiä. Esimerkiksi monet kyvyt, kuten looginen päättely eivät huonone iän myötä. (Lähdesmäki–Vornanen 2009, 23.)

Ihmisen kognitiivisista toiminnoista muisti jaetaan lyhytkestoiseen ja pitkäkestoiseen, jossa edelleen voidaan erottaa episodi (tapahtuma) muisti, semanttinen (tieto) muisti ja proseduraalinen (taito) muisti. Lyhytkestoisen muistin muutosten johdosta useaan tehtävään keskittyminen yhtä aikaa tulee iän myötä vaikeaksi. Tarkkaavaisuuden kohdistaminen ja ylläpito eivät varsinaisesti muutu, mutta ikääntyvien on todettu käyttävän huonoja muistamisstrategioita eli keinoja muistettavan asian mieleen painamisessa. Ikääntymisen myötä esimerkiksi episodi muisti heikkenee, jolloin iäkkäät muistavat esimerkiksi tarinoita tai sanalistoja suurin piirtein mutta yksityiskohdat unohtuvat. Semanttinen muisti sekä proseduraalinen muisti taas pysyvät muuttumattomina. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 51-52.)

Oppiminen on kiinteästi sidoksissa muistin toimintaan. Uudet asiat opitaan työmuistia ja episodimuistia hyväksi käyttäen semanttisen muistin avustuksella. Siksi voidaan pitää selvänä, että jo muistin normaalikin heikkeneminen iän myötä näkyy jossain määrin oppimisen hankaloitumisena. Samankaltainen vaikutus on myös tiedonkäsittelyn hidastumisella. Muutokset muisti- ja

tiedonkäsittelyn nopeudessa eivät kuitenkaan aina näy suoraan oppimistuloksissa. Aiempaa selkeämpi vastaanotettavan tiedon valikointi ja aiemmin opittujen asioiden käyttö uuden oleellisen tiedon suodattamisessa, voivat korvata muistin määrällisen heikkenemisen ja silti näkyä hyvin säilyvinä oppimissuorituksina. Toisaalta aiemmin opitusta voi olla haittaakin oppimistilanteissa, jos uutta materiaalia ei pystytä käsittelemään ilman vanhojen muistojen sekoittavaa vaikutusta. Vaikeudet oppimisessa ovat jossakin määrin yhteydessä myös tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn heikkenemiseen. Tilanteet, jotka vaativat pitkäaikaista samaan asiaan keskittymistä tai tarkkaavaisuuden kohdistamista yhtäaikaisesti useampaan eri tekijään, ovat tutkitusti iäkkäille ihmisille vaikeampia kuin nuorille. (Raitanen–Hänninen–Pajunen–Suutama 2004, 85.)

Uusien asioiden opiskelu on tehokas ja tuloksellinen keino ylläpitää ja kehittää kognitiivista toimintakykyä vanhemmalla iällä. Opiskelua ei kuitenkaan aina mielletä vanhuuteen kuuluvaksi toiminnaksi tai opiskelu saatetaan nähdä pelkkänä ajankuluna ja viihdyttävänä puuhasteluna. Olennaista oppimisen kannalta on uusiin asioihin kohdistuvan ahdistuneisuuden ja pelon lievittäminen oppimisessa edistymisen kautta. Uusien asioiden oppimiseen tarvitaan vanhemmalla iällä hieman enemmän aikaa kuin nuorempana. Myönteiset opiskelu- ja oppimiskokemukset pitävät yllä positiivista suhtautumista oppimisen tuomiin haasteisiin. Tärkeää on, että iäkäs ihminen voi kokea tyytyväisyyttä omaan toimintatapaansa sekä toimintojensa laatuun ja määrään. (Lyyra ym. 2007, 122.)

Iäkkäiden ihmisten aistien heikkeneminen saattaa vaikeuttaa havainnon tekoa ja tiedon käsittelyä. Toisaalta siihen on yhteydessä myös tarkkaavaisuudessa ja keskittymiskyvyssä havaittava heikkeneminen. Iän ja tarkkaavaisuuden väliset yhteydet ovat jossakin määrin edelleenkin epäselviä tai epävarmoja. Ikäerojen vaikutukset näyttävät olevan vähäisiä yksinkertaisissa tarkkaavaisuustehtävissä, mutta ilmeisempiä monimutkaisissa tehtävissä. Syyt tähän eivät ole täysin varmoja, mutta epäoleellisen tiedon ehkäisy näyttäisi heikkenevän iän mukana, mikä heikentää iäkkäiden ihmisten valikoivaa tarkkaavaisuutta varsinkin monimutkaisissa tilanteissa. Myöskään kysymyk-

seen, heikkeneekö tarkkaavaisuuden ylläpitäminen iän myötä, ei ole yksinkertaista vastausta. Erilaisista tarkkaavaisuustehtävistä suoriutuminen on suoraan yhteydessä havaintomotoriikkaan, joka viittaa aisti- ja liiketoimintojen yhteistyöhön. (Raitanen ym. 2004, 78-79.)

Havaintomotoriikan ajatellaan usein heikkenevän tai hidastuvan kun ikäännyttään. Tutkimuksissa on todettu iän mukana tapahtuvaa hidastumista niin reaktioajassa kuin liikeajassakin. Hidastuminen ei kuitenkaan ala vasta vanhuuden kynnyksellä, vaan jo paljon aiemmin nuorena aikuisuudessa. Hidastuminen ei välttämättä ole tasaista, vaan siinä saattaa tapahtua harppauksenomaisia muutoksia eri ikävaiheissa. Lisäksi nopeuden heikkenemistä voidaan treenata, ehkäistä ja hidastaa vielä korkeimmissakin ikävaiheissa. (Raitanen ym. 2004, 79.)

Psyykkisen toimintakyvyn osa-alueista persoonallisuudessa ja sen viidessä peruspiirteessä on havaittu aikuisiässä toistuvasti pysyvyyttä. Tämän selittää se, että useat psykologiset ominaisuudet kuten peruspiirteet ja temperamentti ovat osin geneettisesti määräytyneitä. Toisaalta tutkimukset ovat osoittaneet iän myötä tapahtuvan laskua neuroottisuudessa, kuten ahdistumistai-pumuksessa ja tunne-elämäntasapainottomuudessa sekä ulospäinsuuntautuneisuudessa. Ne ovat myös todistaneet, että tunnollisuus ja sovinnollisuus lisääntyvät iän myötä. Persoonallisuuden piirteissä havaituista muutoksista osa saa vahvistusta kehityspsykologisista teorioista, joiden mukaan vanhuudessa tapahtuu tyypillisesti kiinnostuksen kohteiden ja näkökulmien muuttamista, lisääntyvää pyrkimystä jäsentää elettyä elämää kokonaisuutena ja aiempaa suurempaa valikointia ympäristön tarjoamia virikkeitä kohtaan. (Raitanen ym. 2004, 110-112.)

Psyykkisen toimintakyvyn voimavaroihin katsotaan kuuluviksi muun muassa suhtautuminen omaan vanhenemiseen, elämän tarkoituksellisuus, mieliala ja suuntautuminen tulevaisuuteen (Ikäinstituutti 2012). Voimavaroihin kuuluvat varsinkin motivaatio, mieliala ja kyky tiedostaa omat vahvuudet sekä heikoudet. Laajasta näkökulmasta katsottuna psyykkinen toimintakyky kuvaa

sitä, missä määrin vanhus pystyy käyttämään näitä voimavarojaan tavoitteidensa täyttämiseen. (Lähdesmäki – Vornanen 2009, 23- 24.)

1.2.3 Ikääntyneen sosiaalinen toimintakyky

Ikääntyvät ovat yhä kirjavampi ihmisjoukko yksilöllisine pyrkimyksineen, menetyksineen ja toiveineen. Osalla ikäihmisistä elämä sujuu hyvin, toisilla puolestaan voi olla eriasteisia ongelmia. Vanhuus on aktiivisen toiminnan ja samalla myös vetäytymisen aikaa, painotus on yksilöllinen. Ikäihmiset omaavat kuitenkin erilaisia elämän vahvuuksia, joista on heille apua vanhetessaan. He ovat myös itse monella tavalla yhteisöissään voimavarana, sillä vanhuus on monelle vaikuttamisen aikaa yhteiskunnan, yhteisöjen ja perheen tasolla. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 52.)

Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä toimia elämässään toisten ihmisten kanssa erilaisissa tilanteissa ja yhteisöissä. Yhteisöt voivat olla esimerkiksi lähipiiriä, paikallisia, alueellisia ja kansallisia tai kansainvälisiä. Ikääntynyt toimii yhteisössä monipuolisissa rooleissa, kuten toimijana, kuuntelijana, kanssaeläjänä ja sivustakatsojana. Sosiaalisesti toimintakykyinen vanhus on kykeneväinen vuorovaikutukseen muiden kanssa sekä kykenee ylläpitämään ja luomaan uusia ihmissuhteita. Ikääntyneen sosiaalinen verkosto muodostuu sellaisista vuorovaikutussuhteista, joiden kautta hän säilyttää sosiaalisen identiteettinsä, solmii uusia sosiaalisia kontakteja sekä saa sosiaalista tukea. (Lähdesmäki–Vornanen 2009, 24-25.)

Toimiva sosiaalinen verkosto on vanhuksen terveyden ja toimintakyvyn tärkeimpiä peruspilareita. Se toimii puskurina stressiä ja vastoinkäymisiä vastaan ja suojaa näin esimerkiksi eri sairauksilta. Iän myötä oman perheen merkitys kasvaa (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 52). Yksi vanhuksen tärkeimmistä ihmissuhteista onkin usein suhde omiin lapsiin. Perheen sosiaaliset suhteet ja niiden toimivuus tukevat ikääntynyttä kaikilla elämän osa-alueilla. Tutkimusten mukaan laitoshoidossa olevien vanhusten sosiaalinen toimintakyky on parempi niillä, joilla on puoliso tai jotka ovat tekemisissä lastensa tai

lastenlastensa kanssa, kuin vanhuksilla, jotka eivät ole tekemisissä lähisuku-
laistensa kanssa ollenkaan. (Lähdesmäki–Vornanen 2009, 24-25.)

Tietty osa ikääntyneen sosiaalisen toimintakyvyn voimavaroista on vahvasti
kulttuurisidonnaista. Näitä ovat esimerkiksi luovuus ja sen ilmentäminen, tut-
tu asuinpaikka ja asuinympäristö sekä tarve jättää perinnöksi jotain kulttuuri-
sesti merkittävää. Vahva kulttuuri ja tapa jäsentää elämää osoittavat elämän
merkityksen. Kulttuurin hajotessa esimerkiksi paikkakunnalta muuton vuoksi,
elämän merkitys voi olla hukassa. Elämän merkityksen jäsentäminen on ih-
misen päättymätön tehtävä. Sen kannalta on merkittävää painaako ihmisen
mielessä enemmän tarpeellisuuden kokemus, voimavarat ja mahdollisuudet
vai saako hoitotaakka-ajatus hänen mielessään ylivallan. (Voutilainen–
Tiikkainen 2008, 53.)

1.2.4 Hengellinen toimintakyky

Hengellisyys on ihmisyyden osa. Hengelliseen toimintakykyyn kuuluvat luot-
tamus ja usko toisiin ihmisiin ja Jumalaan. Hengellisyyttä määrittää käsitys
siitä, että on olemassa jotakin pyhää, johon ihminen voi saada kosketuksen.
Se on uskoa siihen, että on olemassa muutakin kuin arkitodellisuutta. Hen-
gellisyys pitää sisällään myös elämäkatsomuksen, arvot, aatteet ja filosofi-
set pohdinnat. Myös yksilön suhde elämään ja kuolemaan ovat hengellisen
toimintakyvyn osa-alueita. (Lähdesmäki–Vornanen 2009, 25-26.)

Hengellinen toimintakyky merkitsee ikääntyneelle sisäistä voimaa, joka antaa
hänen elämälleen sisältöä ja tarkoitusta, elämäntahtoa ja toivoa. Siihen kuu-
luvat uskonnolliset ja moraaliset periaatteet. Hengellinen toimintakyky tarkoit-
taa joillekin ihmisille uskonnollisuutta, vakaumusta ja maailmankuvan muo-
dostamista, kun taas toiset yhdistävät sen henkilökohtaiseen uskoon, mielen-
rauhaan ja itsensä hyväksymiseen. Hengellisen toimintakyvyn eri osien tasa-
paino auttaa vanhusta kokemaan elämän merkityksellisenä ja mieleisenä.
Tasapainoinen elämä edellyttää hengellisten tarpeiden huomioonottamista ja

tydyttämistä uskontokunnasta riippumatta. (Lähdesmäki–Vornanen 2009, 25-26.)

1.2.5 Toimintakyvyn arviointi

Toimintakyvyn kartoittaminen on isossa osassa kun arvioidaan ikääntyneen kotona selviytymistä ja mahdollista palveluasumisen tarvetta. Tämän takia pidimme tärkeänä määrittää toimintakyvyn arvioinnin menetelmiä. Menetelmät ovat vain suuntaa-antavia, mutta silti niistä on suuri apu vanhuksen toimintakyvyn arvioinnissa. Arvioiden pohjalta toimintaterapeutti tekee viimeisen päätöksen yhdessä SAS-ryhmän kanssa.

Toimintakyvyn arvioinnin apuna on olemassa menetelmiä, jotka mittaavat joko yhtä tai useampaa toimintakyvyn osa-aluetta. Olennaista iäkkäiden henkilöiden yleisen toimintakyvyn arvioinnissa on suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista. Näitä toimintoja kutsutaan ADL-toiminnoiksi (Activities of daily living). Toimintoja ovat syöminen, pukeutuminen, peseytyminen, WC-toiminnot, liikkuminen ja asioiden hoitaminen. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 130-133.) ADL-toimintoihin liittyviä mittareita ovat muun muassa RAVA, RAI, Barthel ja FIM (Aejmelaesus ym. 2007, 37).

Suomessa käytetään toimintakyvyn arviointiin yleisesti RAVA-indeksiä. Se on saanut nimensä kehittäjiöidensä Rajala-Vaissin mukaan. Sen avulla arvioidaan iäkkään ihmisen toimintakykyä sekä päivittäistä avun ja palvelun tarvetta. Arviointeja varten kerätään tietoa muun muassa henkilön liikkumisesta, vaatteiden pukemisesta, ruokailemisesta, hygienian hoidosta, mielialasta ja muistista. Yhteensä osioita on 12, ja niitä arvioidaan asteikolla, jonka vastausvaihtoehtojen määrä on vähimmillään kolme ja enimmillään kahdeksan. Toimintakykymittarin avulla ikääntyneelle määritellään RAVA-indeksi, jonka arvo on 1.2-4.2. Mitä suurempi arvo tulokseksi tulee, sitä suurempi on arvioitavan henkilön avun tarve. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 130-133.)

RAI-tietojärjestelmä (Resident Assessment Instrument) on vanhuspalveluihin tarkoitettu joukko yhteismitallisia arviointivälineitä. Sen perustana toimii kokonaisvaltainen arviointilomake Minimum Data Set (MDS), jonka avulla kerä-

tään tietoja arvioitavasta. RAI-järjestelmään on yhdistetty monia ulottuvuuksia, jotka ovat tarpeellisia kokonaisarvioinnissa. Näitä ulottuvuuksia ovat dementia-aste, depressio, kuntoutus, hoidon ja voimavarojen tarve, ravitsemus, lääkkeet ja sairaudet. (Aejmelaeus ym. 2007, 40.)

Barthel Indeksi (BI) mittaa aikuispotilaiden itsenäistä toimintakykyä päivittäisissä perustoimissa (The Royal Australian College of General Practitioners 2006). Se kehitettiin pitkäaikaispotilaiden ennen ja jälkeen kuntoutusta tehtävään toimintakyvyn arviointia varten ja osoittamaan tarvittavan hoivan määrää. Se oli tarkoitettu mm. halvausoireisille potilaille, ja sen avulla on mm. arvioitu kuntoutuspotilaiden hoitoajan pituutta ja tehty hoito-, kuntoutumis- ja kotiutumisen nusteita. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2012.)

FIM (Functional independence measure) on kansainvälisesti käytetty ja Suomen oloihin sovellettu aikuisten kuntoutuksen arviointi- ja seurantakokonaisuus. Sillä voi systemaattisesti arvioida, dokumentoida, analysoida ja suunnitella kuntoutusta niin yksilön kuin koko organisaationkin tasolla. FIM-järjestelmän ytimen muodostaa FIM-toimintakykymittari, joka koostuu 18 päivittäisestä toiminnasta. Näitä ovat pidätyskyky, liikkuminen, kommunikaatio sekä kognitiiviset ja sosiaaliset taidot. Luokittelu vaihtelee itsenäisestä suoriutumisesta toisen henkilön avusta riippuvaisuuteen 7-portaisella asteikolla. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 136.)

Kognitiivisen toimintakyvyn ja dementoivan sairauden vaikeuden arviointiin on käytettävissä menetelmiä, kuten MMSE (Mini-Mental State Examination), CDR (Clinical Dementia Rating) ja CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease). MMSE on laajasti Suomessa käytetty asteikko, jonka tuloksena saadaan karkea kuva henkilön kognitiivisen suoriutumisen mahdollisesta heikentymisestä. Siihen kuuluu useita lyhyitä tehtäviä, joiden avulla arvioidaan kognition eri osa-alueita, kuten orientaatiota, keskittymistä, muistia, kielellisiä toimia ja hahmottamista. CDR on käyttökelpoinen mittari dementian vaikeusasteen ja hoidon vaikutuksien arvioinnissa. Mittarilla kerätään tietoa asiakkaalta ja hänen omaisiltaan. Kognitiota arvioidaan seuraavilla osa-alueilla: muisti, orientaatio, arvostelukyky, yhteisölliset toi-

minnat, koti ja harrastukset sekä itsestä huolehtiminen. Osa-alueet pisteytetään erikseen ja pisteytyksessä määritellyn laskentasäännön avulla saadaan yleisarvio 0-3, joista 0 edustaa normaalia, 0,5 lievästi poikkeavaa tai mahdollista dementiaa ja 1-3 eriasteista dementoitumista. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 130-133.)

CERAD-tehtäväsarja koostuu yhdeksästä kognitiivisiä toimintoja selvittävästä tehtävästä. Ne ovat seuraavat: kielellinen sujuvuus, nimeämistehtävät, MMSE, sanalistan oppiminen, sanalistan tunnistaminen, kopiointitehtävä, kuvien viivästetty mieleenpalautus ja kellotaulun piirtäminen. CERAD-tehtäväsarja ottaa huomioon ne keskeiset kognition osa-alueet, jotka muistihäiriöiden ja dementiaiden alkuvaiheessa heikentyvät. Tehtäväsarja ei kuitenkaan pyri olemaan täydellisen kattava, eikä se korvaa varsinaista neuropsykologista tutkimusta. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 130-133.)

2 IKÄÄNTYNEEN ELÄMÄNLAATU JA SEN TUKEMINEN

2.1 Elämänlaadun monimuotoisuus

Toimintakyvyn heikennyttyä elämänlaatu heikkenee väistämättä jossakin määrin. Omasta kodista palvelukotiin muuttaminen vaikuttaa olennaisesti elämänlaatuun. Omista tutuista rutiineista ja tutusta ympäristöstä luopuminen on suuri elämänmuutos ja se voi olla haastavaa. Siksi pidämme elämänlaatua tärkeänä osa-alueena opinnäytetyössämme.

Elämänlaatu merkitsee eri ihmisille eri asioita minkä vuoksi elämänlaadun käsitteelle ei voida asettaa yhtä yhtenäistä määritelmää. Yleensä sillä kuvataan hyvää elämää ja sen edellytyksiä. Sitä kuvaavat muun muassa elämään tyytyväisyys, onnellisuus, hyvä itsetunto ja tyytyväisyys omaan itseen. (Kautto 2006, 106.) Elämänlaadun käsitteen kehittymiseen on vaikuttanut WHO:n jo vuonna 1948 laatima määritelmä terveydestä ”täydellisenä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana, ei pelkkänä sairauden puuttumisena.” Terveyteen liittyvä elämänlaadun käsite sisältää ihmisen kokemuksen omasta terveydentilastaan sekä eri sairauksien ja niiden hoidon vaikutukset ihmisen toimintakykyyn ja hyvinvointiin. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 74.)

Hoiva- ja terveyspalvelut ja niiden laatu ovat keskeisiä hyvän elämänlaadun ylläpitäjiä. Mitä enemmän henkilö on riippuvaisempi ulkopuolisesta avusta, sitä enemmän elämänpiiri kapenee lähiympäristöön, omaan asuntoon, huoneeseen tai sänkyyn. Mitä riippuvaisempi iäkäs on, sitä tärkeämmäksi muuttuu ikääntyneen ihmisen auttamisen ja hoivan verkosto. Sillä tarkoitetaan niitä virallisen ja epävirallisen tukiverkoston toimijoita, jotka ovat ikäihmisille toimintakyvyn kannalta tärkeitä ja hänelle itselleen merkityksellisiä. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 77-78.)

lääkkään ihmisen elämänlaadun ehtoja ovat hyvä koettu fyysinen ja psyykinen toimintakyky ja myönteinen asenne omaan ikääntymiseen, riittävät sosiaaliset kontaktit sekä elinympäristön myönteiset olosuhteet, toisin sanoen

kodin ja lähiympäristön esteettömyys sekä oikeanlainen apu. Iäkkäiden ihmisten elämänlaadulle on keskeistä tyytyväisyys saatuun apuun, sekä se, että kokee säilyttävänsä hallinnan tunteen. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 77-78.)

Iäkkään ihmisen elämänlaatu määräytyy siis toisaalta subjektiivisesta tyytyväisyydestä elämään ja toisaalta toimintakyvyn ja ympäristön rajoitteista. Tavallisimmin elämänlaatu kuvataan koostuvaksi ainakin seuraavista osaluista; fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Siihen kuuluvat myös ympäristöön liittyvä ulottuvuus ja koettu elämänlaatu. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 75-77.)

Ihmisen elämänlaatu ei ole pysyvä samana jatkuvasti, mutta se ei myöskään vaihtelee kovin nopeasti. Se muuntautuu ja rakentuu elämän kuluessa sen mukaan miten ihminen tuntee hyvää oloa, mielekkyyttä ja oman arvon tunnetta. Minkäänlaista yleistä elämisen mallia ei kuitenkaan ole, vaan kriteerit painottuvat eri tavalla eri ihmisille. (Parviainen 1998, 14.)

Parviainen (Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön, 14.) mukaan ihmisen elämänlaatuun vaikuttavat niin sisäiset kuin ulkoisetkin tekijät. Keskeisiä sisäisiä tekijöitä ovat terveys, toimintakyky, selviytymisstrategiat ja persoonallisuus. Ulkoisiin tekijöihin kuuluvat biofyysinen ja sosiokulttuurinen ympäristö. Ihmisellä, jolla on hyvä terveys ja toimintakyky on paremmat edellytykset järjestää elämänsä niin, että hän kokee hyvää oloa, kuin jos hänellä on heikko terveys ja toimintakyky. Sen lisäksi hänellä on paremmat mahdollisuudet elää niin, että hän kokee mielekkyyttä, merkitystä ja oman arvon tunnetta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hyvä terveys ja toimintakyky olisivat välttämättömiä hyvän elämänlaadun edellytyksiä. Vakava sairastuminen tai toimintakyvyn heikentyminen voi johtaa elämänarvojen muuttumiseen ja arjen uudelleen järjestämiseen niin, että kohtalainen hyvä olo, mielekkyys ja oman arvon tunne säilyvät. Ihmisen selviytyminen tästä riippuu taas osittain hänen persoonallisuudestaan ja käytettävissä olevista selviytymisstrategioistaan. (Parviainen 1998, 14.)

2.1.2 Roper – Logan – Tierney 12 elämisen toimintoa

Hoitotyön kivijalkana voidaan pitää Roper – Logan – Tierneyn teoriaa, jossa käsitellään ihmisen 12 elämisen toimintoa. Tämä teoria pohjaa kaikkeen hoitotyöhön riippumatta siitä, missä sitä toteutetaan. Palvelutalot eivät ole tästä poikkeus. Mielestämme hoito, joka pohjautuu tähän malliin, vaikuttaa suoraan ihmisen koettuun elämänlaatuun. Oletamme, että ihminen, jonka jokapäiväisistä elämäntoiminnoista huolehditaan riittävästi, kokee elämänlaatusa ainakin joltain osin hyväksi.

Nancy Roperin, Winifred W. Logan ja Alison J. Tierneyn kirja esittelee ”elämisen malliin” pohjautuvan hoitotyön teoreettisen mallin, johon kuuluu 12 elämisen toimintoa. Edellä mainittu Malli tarjoaa perustan, jonka avulla sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja alan opiskelijat voivat suunnitella potilaan tai asiakkaan elämisen toiminnoista lähtevää hoitotyötä. Kyseinen malli on laaja, pelkistetty ja joustava. Sitä voidaan soveltaa suoraan käytännön hoitotyöhön ja se auttaa yksilöllisen kokonaishoidon toteutuksessa. (Roper-Logan-Tierney 1992, 7.) Nämä elämisen perusmallit vaikuttavat siis myös ikääntyneiden hoitotyöhön ja siten heidän elämänlaatuunsa. Hoitotyön tehtävänä on auttaa ihmistä saavuttamaan mahdollisimman suuri riippumattomuus päivittäisen elämän toiminnoissa sekä rohkaista ja auttaa häntä pitämään sitä yllä (Lauri 2006, 25).

12 elämisen toimintoon kuuluvat syöminen, juominen, työskenteleminen, leikkiminen, nukkuminen, erittäminen, viestiminen, hengittäminen, lämpötilan säätely, kuoleminen, sukupuolisuus ja liikkuminen. (Roper ym. 1992, 26-27.) Miettiessämme mitä ihmisten jokapäiväiseen elämään sisältyy, mieleemme tulee ikäihmistä ajatellen ensimmäisenä syöminen ja juominen, harrastaminen ja liikkuminen, viestiminen, erittäminen, nukkuminen ja henkilökohtaisesta puhtaudesta huolehtiminen sekä kuoleminen. Mielestämme nämä edellä mainitut toiminnot korostuivat lähes poikkeuksetta kiertäessämme palvelutaloja opinnäytetyön haastattelujen merkeissä. Vaikka muutkin toiminnot ovat tärkeitä, päätimme avata näistä hieman enemmän.

Ilman syömistä ja juomista hengissä säilyminen sekä kasvu ja kehitys olisivat

mahdottomia. Ilman niitä inhimillistä elämää ei käytännössä ole, joten hengittämisen ohella nämä toiminnot ovat ehdottoman välttämättömiä. Syömis- ja juomistoimintojen ympärille liittyy runsaasti aikaa vieviä toimintoja, sillä ateriointiin käydyn ajan lisäksi ruoka on hankittava ja siitä on valmistettava syömäkelpoista. (Roper ym. 1992, 27.)

Perusolemukseltaan ihmiset ovat sosiaalisia ja viestiminen muiden ihmisten kanssa tavalla tai toisella on olennainen ihmiselämän osa. Viestiminen ei tapahdu ainoastaan sanallisella vyöhykkeellä, kuten puhuttaessa ja kirjoitettaessa, vaan tiedon välitys tapahtuu myös ilmein ja elein, eli sanattomasti. Sanattomassa ilmaisussa korostuu tunteiden ilmaiseminen. (Roper ym. 1992, 27.)

Virtsan sekä ulosteen erittäminen ovat kaksi eri toimintajärjestelmää, mutta elämisen viitekehyksessäärkevintä on tarkastella näitä yhtenä käsitteenä. Näille elämisen toiminnolle on luonteenomaista, että varhaislapsuudessa ne tapahtuvat vaistonvaraisena reaktiona, kun rakkoon on kertynyt virtsaa ja suoleen ulostetta, mutta varhaisvuosien kehityksessä niistä kehittyy tahdonalaisen hallinnan piiriin kuuluva toimintoja. (Roper ym. 1992, 27.) Ikäännytyessä tämä tahdonalainen hallinta voi kuitenkin häiriintyä ja toimintoja joudutaan jopa keinotekoisesti avustamaan..

Ihmiset ovat useimmiten kiinnostuneita omasta ulkonäöstään, mutta heillä on myös sosiaalinen velvollisuus huolehtia kehonsa ja vaatteidensa puhtaudesta. (Roper ym. 1992, 27.) Vanhemmiten tämä kiinnostus ulkonäköön voi vähentyä mutta myös hygieniasta huolehtiminen voi erinäisten sairauksien takia heiketä. Tällöin hoitajan rooli asukkaan puhtaudesta huolehtimisessa korostuu.

Liikkuminen elämisen toiminnossa on suurten lihasten aikaansaamaa liikettä, jotta ihminen voi seistä, istua, kävellä ja juosta. Sen ohella se on myös pienten lihasten aikaansaamia liikkeitä, jotka tuottavat ilmeitä, käsien liikkeitä ja eleitä. Liikkuminen on selkeästi yhteydessä muihin elämisen toimintoihin. Liikkumista tapahtuu hengittämisessä, syömisessä, juomisessa, erittämisessä, työskentelemisessä, harrastamisessa, leikkimisessä ja jopa nukuttaessa.

(Roper ym. 1992, 28.) Ikääntyessä liikkuminen voi tulla vaikeammaksi ja siksi sitä tulisi tukea ja ylläpitää mahdollisimman hyvin myös palvelutalossa. Monissa palvelutaloissa käykin fysioterapeutteja ja hoito perustuu kuntouttavaan hoitotyöhön. Nykyään myös erilaiseen viriketoimintaan on panostettu paljon. Tällä saadaan luotua sisältö joskus hieman rutiininomaiseen päivään. Tähän harrastamiseen sisältyy fyysistä ja psyykkistä toimintaa, joka vaikuttaa myönteisesti yleiseen terveyteen. (Roper ym. 1992, 28.)

Nukkumisen pitämistä yhtenä elämisen toiminnoista voi tuntua oudolta, ellei muisteta, etteivät kehon prosessit keskeydy nukkumisen ajaksi. Aikuiset käyttävät nukkumiseen jopa kolmasosan elämästään. Näin ollen se on tärkeä elämisen toiminto jo pelkästään siihen käytetyn ajan näkökulmasta. Nukkuminen on myös elintärkeää, sillä sen aikana solut kehittyvät, kasvavat ja uusiutuvat. Lisäksi se suo ihmiselle mahdollisuuden vapautua päivittäisen elämän stressistä, rutiineista ja vaatimuksista niin, että herättyään voi suoriutua niistä virkistyneenä. (Roper ym. 1992, 28-29.)

Monien mielestä kuoleamisen sisällyttäminen elämisen toimintoihin on kyseenalaista. Se tuntuu epäloogiselta, jollei mukaan oteta myös syntymistä. Kuolema merkitsee elämän loppumista samoin kuin syntyminen merkitsee sen alkamista. Kysymyksenä ei kuitenkaan ole niinkään pelkkä kuolemista-pahtuma, vaan koko prosessi. Elämisen prosessin voidaan sanoa johtavan kuolemaan. Kuoleamisen prosessilla on vaikutus elämisen kaikkiin toimintoihin. Ne lakkaavat kuoleman tapahtuessa. Elämistä kuvattaessa on muistettava, että ainoa varma asia elämässä on kuolema. Kuoleman väistämättömyydestä ollaan tietoisia lähes koko tietoisien elämän ajan. (Roper ym. 1992, 29.) Palvelutalo on useimmille vanhuksille viimeinen koti.

2.1.3 Elämänlaadun fyysinen ja psyykinen ulottuvuus

Fyysinen ulottuvuus tarkoittaa sitä, että ihmisen terveys ja toimintakyky ovat tallella, hänellä on ymmärrystä ja taitoa toimia itsenäisesti. (Voutilainen – Tiikkainen 2008, 75-77.) Koettu hyvä terveys ja tarmokkuus sekä asianmukaisesta lääkityksestä sekä riittävästä kivunhoidosta huolehtiminen ovat tärkeitä ikäihmisen elämänlaadun fyysisen ulottuvuuden kannalta. Mikäli kyky liikkua tai pukeutua on alentunut, tärkeää on riittävä avun saanti. Hyvää fyysistä elämänlaatua pitävät yllä hyvä terveys, kivuttomuus, tarmokkuus, hyvä liikuntakyky sekä riittävä apu. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 80.)

Mielenterveyttä voidaan pitää yhtenä elämänlaadun ja hyvinvoinnin keskeisenä osatekijänä ihmisen kaikissa ikä- ja elämänvaiheissa. Psykkisestä hyvinvoinnista ja elämänlaadusta vanhuuden kohdalla ollaan erityisen huolestuneita korkeiden depressio ja dementiapotilaiden lukumäärien lisääntymisen takia. Niiden seuraukset näkyvät paitsi yhteiskunnassa kasvavina hoitokustannuksina myös inhimillisenä kärsimyksenä. (Raitanen ym. 2004, 132.)

Elämänlaadun psyykinen ulottuvuudesta puhuttaessa, tarkoitetaan sitä, että iäkäs ihminen voi hyvin, jos hän ei ole masentunut eikä ahdistunut ja hän kokee onnellisuutta ja tyytyväisyyttä elämässään. Hyvää psyykkistä elämänlaatua ylläpitävät sopeutuminen omaan ikääntymiseen ja mielenvoimavarat. Näillä tarkoitetaan tunteidenhallintaa, tietoja, taitoja, osaamista ja ymmärtämistä, joita ikääntyneillä ihmisillä on runsaasti. Siihen kuuluvat myös elämisen kokeminen tarkoitukselliseksi, negatiivisten tunteiden vähäisyys, aktiivisuus ja tyytyväisyys hoitoon. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 75-80.)

Hoitotyön keinoja vaikuttaa ikäihmisen elämänlaatuun ovat muun muassa asiakkaille välittyvä tunne siitä, että hän tulee kuulluksi ja että hänelle on varattu aikaa riittävästi. On myös tärkeää huolehtia siitä, että iäkäs voi pitää itsensä niin puhtaana kuin haluaa, hän voi nousta ja mennä nukkumaan silloin kun haluaa, sekä se että hoitajat ovat ammattitaitoisia ja tekevät niitä asioita, joita asiakas tarvitsee. Lisäksi iäkkäiden elämänlaatua voidaan voimistaa myös kokemuksella, että hoitajat ymmärtävät hänen tarpeitaan. Näin ollen hoitotyö, joka tukee kuulluksi tulemistä ja täten vahvistaa hallinnan tun-

netta, on omia vahvistamaan iäkkään ihmisen elämänlaatua. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 75-80.)

2.1.4 Elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus

Elämänlaadun sosiaalisen ulottuvuuden keskeisimpiä kulmakiviä ovat sosiaaliset suhteet ja kyky vuorovaikutukseen muiden kanssa. Siksi sosiaalisten suhteiden merkitystä ikäihmisen elämänlaadulle ei voida aliarvioida. Voutilaisen ja Tiikkaisen mukaan (Gerontologinen hoitotyö, 80.) elämänlaatua parantavia tekijöitä ovat sosiaaliset roolit, suhteet, aktiviteetit sekä osallistuminen. Passiivisuus ja riittämätön sosiaalinen verkosto puolestaan huonontavat iäkkään elämänlaatua. Esimerkiksi ruokailutilanteiden merkitys korostuu vanhuksen elämänlaadussa, sillä ruoka ei vain tyydytä ravinnontarvetta, vaan ruokailutilanteen tulisi olla kiireetön ja ikääntyvien yksilöllisiä tottumuksia mukaileva. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 80.)

Lyyra, Pikkarainen ja Tiikkainen (Vanheneminen ja terveys, 108.) korostavat harrastuksien ylläpitoa yhtenä elämänlaadun tekijänä. Harrastustoiminnat tulisi mahdollistaa myös niille ikääntyneille, jotka elävät palvelutaloissa ja pitkäkestoisessa laitoshoidossa. Pelkästään ulkopuolisen avun ja hoivan sekä arkirutiinien odottaminen kapeuttaa koti- ja laitospäristössä asuvan elämää. Pienikin osallistuminen esimerkiksi virkistys- ja harrastustoimintaan laajentaa kuvaa itsestä toimijana ja antaa mahdollisuuden kokea autonomisuutta. (Lyyra ym. 2007, 108.)

Vaikka vanhuksen terveydentila ja toimintakyky ovat heikentyneet, on hänellä harrastuksiin ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyviä taitoja ja päivittäisiä tarpeita, kuten hengellinen toiminta, käsityöt tai vaikkapa lukeminen. Nämä voimavarat tulisi ottaa käyttöön suunniteltaessa ikääntyneen hoito- ja palvelusuunnitelmaa ja sen aktiivista käyttöä. Omaha-ohjelmassa käytäntö ja tiimityö antavat mahdollisuuden tutustua vanhukseen yksilöllisesti ja laatia hänelle päivittäisiä virkistys- ja toimintahetkiä. (Lyyra ym. 2007, 108.)

2.1.5 Elämänlaadun ympäristöulottuvuus

Elämänlaadun ympäristöön liittyvällä ulottuvuudella tarkoitetaan fyysisen ympäristön olosuhteita ja elinoloja. Parviaisen mukaan (Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön, 14-15.) jo edellä mainitut Biofyysinen ympäristö (esimerkiksi luonto, asuinympäristö, liikenne, tekniikka) ja sosiokulttuurinen ympäristö (esimerkiksi sosiaaliset suhteet, vuorovaikutus, traditiot, estetiikka) vaikuttavat elämänlaatuun suoranaisesti ja sisäisten edellytysten kautta. Suotuisat olosuhteet voivat edistää terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämistä ja persoonallisuuden kehittämistä, kun taas sitä vastaavasti haitallinen ympäristö saattaa ihmisen mahdollisuuksia ylläpitää hyvää elämänlaatua. (Parviainen 1998, 14-15.)

Satu Elon väitöskirjassa puhutaan käsitteestä ikääntyneiden hyvinvointia tukeva toimintaympäristö. Se koostuu fyysisistä, sosiaalisista ja symbolisista ominaisuuksista. Hyvinvointia tukevaa fyysistä ympäristöä määrittävät viihtyisä fyysinen ympäristö ja turvallisen toiminnan mahdollistava ympäristö. Hyvinvointia tukeva sosiaalinen ympäristö muodostuu avun saamisesta, yhteydenpidosta omaisiin, ystäviin ja viihtyisästä asuinyhteisöstä. Hyvinvointia tukeva symbolinen ympäristö rakentuu hyvinvoinnin ideaalisista ominaisuuksista, hengellisyydestä, hyvinvoinnin normatiivisista ominaisuuksista ja historiallisuudesta. (Elo 2006.)

Fyysinen ympäristö määräytyy fyysisen tilan ja konkreettisten rakenteiden kautta ja on ikääntyneiden toiminnan elämänpiiri. Nämä fyysisen ympäristön toiminnan rakenteet voivat olla joko luontoon liittyviä (esimerkiksi luonnon ympäristö ja ilmasto) tai ihmisen tekemiä, kuten taloja, katuja, kauppia, palveluja, melua, turvallisuutta ja viihtyisyyttä. Fyysinen ympäristö muuttuu jatkuvasti lukemattomin eri tavoin. Osa muutoksista on nopeita, kuten valoisuuden vaihteluista aiheutuvat muutokset kaupungin ilmeessä, ja osa hyvin hitaita kuten, rakennusten rapistuminen. Hyvinvoinnin kannalta on keskeistä, että fyysiset rakenteet ovat sellaisia, että ihmiset voivat olla aktiivisia. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 93-94.)

Sosiaalisesta ympäristöstä puhuttaessa, voidaan sen ominaisuuksia tarkas-

tella sosiaalisten instituutioiden, yksilöä ympäröivän alueen ja sosiaalisten suhteiden kautta. Nämä asiat sisältävät sosiaaliset rakenteet ja hierarkian, erilaiset sosiaaliset ryhmät ja sosiaaliset verkostot. Sosiaaliseen ympäristöön sisältyy ihmiset ja yhteisöt. Se on valtaan, arvovaltaan ja odotuksiin sidottu systeemi, jossa yksilön odotetaan toimivan tietyllä tavalla. (Elo 2006, 36.) Laajakaan sosiaalinen verkosto ei aina poista yksinäisyyden kokemusta. Tällöin sosiaalisten suhteiden laatu nousee määrää tärkeämmäksi hyvinvointitekijäksi. Yhteisellä tasolla asuinyhteisö on keskeisin ikääntyneen ja hyvinvointikokemuksiin liittyvä tekijä. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 97.)

Kun tarkastellaan symbolista ympäristöä yhtenä ympäristön osa-alueena, taustalla on kokonaisvaltainen käsitys hyvinvoinnista ja elinympäristöstä. Fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä poiketen symbolisella ympäristöllä ei ole konkreettista muotoa, vaan se esiintyy ainoastaan ikääntyneiden ajatuksissa. Kieli on keino, jolla symbolista ympäristöä tuodaan näkyväksi. Sosiaaliseen ja fyysiseen ympäristöön liittyy kulttuurisia symboleja, kieli, merkityksiä, tapoja ja sääntöjä, joista käytetään yhteisnimitystä symbolinen ympäristö. Se on siis vahvasti sidoksissa kahteen muuhun ympäristön osa-alueeseen. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 100-101.)

Ikääntyvän ihmisen omien valintojen ja toiminnan sekä ympäristön antamien mahdollisuuksien tulee olla tasapainossa. Iän myötä ihmisen elämänpiiri tavallisimmin supistuu ja juuri silloin kodin merkitys on hänelle suuri. Valtaosa ikääntyneistä pitääkin kotia parhaana asuinpaikkana. He perustelevat kotona asumisen ensisijaisuutta muun muassa kokemuksella itsemääräämisestä ja vapaudesta sekä itsenäisen elämän säilymisestä ja turvallisuudesta. Lisäksi kokemukset sosiaalisten suhteiden säilymisestä, tasavertaisuudesta avunantajien kanssa, arvokkaasta elämästä ja arvostetuksi tulemisesta, oman minuuden vahvistumisesta, sekä mahdollisuudesta ilmaista tunteita ovat perusteita kotona asumiselle. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 81-82.)

Koti tai asunto ovat elämän jatkuvuuden kannalta oleellisia, ja tästä syystä myös puolittain itsenäisen asumisen, tuetun ja ryhmäasumisen tai laitoshoidon kodinomaisuus on tärkeää. Jatkuvuuteen voidaankin vaikuttaa tuke-

malla kotona asumista mahdollisimman pitkään. Kun toimintakyky heikentyy niin paljon, ettei kotona asuminen enää tuettunakaan onnistu, pitäisi pyrkiä siihen, ettei iäkkään tarvitse muuttaa kuin kerran. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 81-82.)

Koska kodin tai asunnon merkitykseen liittyy keskeiset inhimilliset piirteet, on ikääntyvän ihmisen kodin olosuhteilla suuri merkitys elämänlaadun tuottajana. Fyysisen ympäristön esteillä tai esteettömyydellä on välitön merkitys toimintakykyyn, sillä iäkkään ihmisen elämänlaatu määräytyy toisaalta subjektiivisesta tyytyväisyydestä elämään ja toisaalta toimintakyvyn ja ympäristön rajoitteista. Elinympäristöön tehtävillä muutoksilla tai apuvälineiden avulla voidaan osittain palauttaa menetettyä toimintakykyä tai lievittää toimintarajoituksista aiheutuvaa haittaa. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 81-82.) Myös Eurofoundin vuonna 2003 tekemässä tutkimuksessa, *Quality of life in Europe*, korostetaan kodin merkitystä eurooppalaisten ihmisten elämänlaadun osatekijänä (Eurofound 2004).

Fyysinen ympäristön turvallisuus, virikkeellisyys ja lämminhenkisyys ovat tekijöinä tärkeitä. Laitoshoidossa omien tottumuksien toteuttaminen on usein vaikeaa, koska hoitoon joutumisen syynä on itsenäisen toimintakyvyn rajoittuminen. Kodinomaisuutta voi vähentää päivärutiinien noudattaminen tiukan aikataulun mukaisesti. Viihtyisyyttä lisäävinä tekijöinä pidetään muun muassa tekstiilejä, viherkasveja, sukulaisten valokuvia, omia tavaroita, koriste-esineitä, sekä radiota ja televisiota huoneissa. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 81-82.)

Lisäksi kodinomaisuutta voidaan lisätä tarjoamalla vanhuksille mahdollisuuksia yhteiseen tekemiseen ja sosiaalisiin suhteisiin jotka lisäävätkin omalta osaltaan laitoksen kodintuntuisuutta. Yhteiseen tekemiseen tarvitaan ajan lisäksi myös siihen varattuja välineitä kuten pelikortteja sekä muita harrastevälineitä. Mahdollisuus päästä ulos on tärkeää, sillä ulkoilu edistää tutkitusti iäkkäiden kokemaa terveyttä ja erityisesti ulkoilun myönteinen vaikutus korostuu masentuneeksi itsensä tuntevilla iäkkäillä. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 81-82.)

Mielekkään elämänlaadun saavuttamisen suurimmat esteet iäkkäillä laitoshoidon asiakkailta ovat yksinäisyyden kokemukset, masentuneisuus, fyysiset sairaudet ja riittämättömäksi koettu apu. Näitä elämänlaadun esteitä voidaan lieventää laadukkaalla hoivalla jossa avaintekijöinä ovat asiakkaiden toiveet, huomioon ottava ammattitaitoinen palvelu, asiakasta arvostava ja ystävällinen kohtelu, kuuntelu ja masentuneisuuteen puuttuminen. Tärkeää on myös merkityksellisyyden ja toimivuuden edistäminen, rehellisyys ja luotettavuus sekä asiakkaan puhtaudesta huolehtiva hoito. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 81-82.)

2.1.6 Koettu elämänlaatu

Koettu elämänlaatu on ikääntyneen kokemuksia eri elämän osa-alueista kuten perheestä, toiminnasta, ystävistä, vauraudesta ja ympäristöstä. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 75-77.) Elämänlaadulle tärkeiden tekijöiden merkitys vaihtelee elämäntilanteiden ja elämäntilanteiden eri vaiheiden mukaan, esimerkiksi nuoret aikuiset kokevat aivan erilaisia asioita tärkeinä kuin hyvin vanhat ihmiset. Ikääntyessä, erityisesti ”neljännessä iässä”, eli 80:n ikävuoden jälkeen koetussa elämänlaadussa korostuvat eräät juuri tähän elämäntilanteeseen liittyvät erityispiirteet, jotka eivät normaalisti nouse esiin eri ikäryhmillä. Näitä ovat päivittäisen toimintakyvyn ongelmat, riippuvuus muiden avusta, saadun avun koettu tarkoituksenmukaisuus ja riittävyys. Niihin kuuluu myös kyky selviytyä kognition toimivuutta vaativista tehtävistä sekä turvattomuuden tunne. Näitä tunteita ovat esimerkiksi eläketulojen niukkuus, pelko toisten avusta riippuvaiseksi tulemisesta sekä muistin heikkeneminen ja laitoshoidon joutumisen pelko. (Vaarama–Moisio–Karvonen 2010, 151.)

Suomalaisväestön elämänlaatu on korkea, mitattiin sitä yleisenä elämänlaadun kokemuksena tai eri ulottuvuuksilta. Suurinpiirtein 80% suomalaisista kokee yleisen elämänlaatunsa hyväksi. Alle 70-vuotiaista terveydentilansa kokee huonoksi noin 10%, kun taas 70 vuotta täyttäneillä osuus kohoaa 18%:iin. Yli 80-vuotiaista jo 37% kokee terveytensä huonoksi. Näin ollen voidaan sanoa, että suomalaiset kokevat elämänlaatunsa hyväksi aina 80 ikä-

vuoteen saakka, minkä jälkeen fyysiset vaivat ja psyykkisen hyvinvoinnin heikentyminen alkavat tasaisesti vähentää sitä. (Vaarama ym. 2010, 131.)

2.2 Eettiset periaatteet ikääntyneen elämänlaadun ohjaajana

Suomen perustuslaissa sanotaan, että julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen mukaan lukien oikeus yhdenvertaisuuteen ja välttämättömään huolenpitoon. Ihmisarvoisen vanhuuden saavuttaminen edellyttää tietoisia arvovalintoja, jotka konkretisoidaan toimintasuunnitelmissa ja talousarvioissa palveluiden määrällisiksi ja laadullisiksi tavoitteiksi. Keskeisimpiä ihmisarvoisen vanhuuden turvaavia eettisiä periaatteita ovat ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan itsemääräämisoikeus, voimavara-lähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.)

Nämä yhteisesti sovitut ja määritellyt arvolähtökohdat muodostavat ikääntyneiden ihmisten terveyden perustan. Iäkäs ihminen nähdään arvokkaana autonomisena ja yksilöllisenä ihmisenä jolla on oikeus osallistua kokonaisvaltaisenä jäsenenä omaan elämäänsä koskevaan päätöksentekoon. (Lyyra ym. 2007, 6.) Siitä huolimatta ikääntyneiden hoidon laiminlyönti sekä erilaiset virheelliset hoidot ja toimintatavat ovat lisääntyneet. Ne ovatkin viime aikoina nousseet puheenaiheeksi ja herättäneet laajaa eettistä pohdintaa Suomessa. Erityisesti laitoshoidossa olevilla ikääntyneillä eettisen ongelmat korostuvat, koska heidän hoidossaan hoitotyöntekijöillä on keskeinen vastuu ja sen vuoksi siinä voi ilmetä ikääntyneiden oikeuksien väheksymistä. Siksi on huolehdittava erityisen tarkasti, ettei ikääntyneiden oikeuksia kavenneta heidän luonnollisten tai sairauden mukanaan tuomien rajoitusten vuoksi. (Leino-Kilpi–Välimäki 2008, 283.)

Ihmisarvo on sekä ikääntyneiden hoitotyön että koko yhteiskuntamme perusarvo. Ihmisarvon ajatukseen sisältyy kolme merkitystä. Se tarkoittaa sitä, että jokaisella ihmisellä on itseisarvo: ihminen on arvokas sinänsä, ei pelkästään välineenä muiden arvojen toteuttamisessa. Toiseksi kaikilla ihmisillä on

sama ihmisarvo, mikä tarkoittaa sitä, että kaikki ihmiset ovat yhtä arvokkaita. Sen vuoksi kaikilla ihmisillä on myös samat oikeudet esimerkiksi hoitoon ja palveluihin. Ihmisarvo liittyy siis läheisesti oikeudenmukaisuuteen. Lisäksi ihmisarvo sisältää idean, että ihmisten kohtelu ja heidän elämisen puitteet voivat olla enemmän tai vähemmän ihmisarvoisia. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 31.)

Ihmisarvon idea on siinä, että jokaisella ihmisellä on oma henkilökohtainen reviirinsä, johon kuuluu määräysvalta omasta kehosta, omien ajatusten ja tunteiden yksityisyys, oikeus elää oman vakaumuksen mukaan sekä oikeus määrätä omista asioista. Tähän perustuu henkilön oikeus itsemääräämisoikeuteen. (Voutilainen–Tiikkainen 2008, 33.) Itsemääräämisoikeuden toteuttaminen vaatii, että ikääntynyt ihminen pystyy tietoisien valintojen tekemiseen, ja että hän saa päätöksentekoaan varten tietoa ja muuta tukea. Itsemääräämisoikeutta voidaan edistää ikääntyneiden voimavarojen tunnistamisella, niitä vahvistamalla sekä käyttämällä niitä voimavaralähtöisyyden periaatteen mukaisesti. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.)

Oikeudenmukaisuus on vahvasti sidoksissa inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseen ja hyvinvointiin. Palveluiden oikeudenmukainen kohdentaminen edellyttää ikäihmisten yhdenvertaisuutta turvaavan palveluntarpeen arviointia ja palveluiden yhtenäisiä myöntämiskriteerejä. Lisäksi oikeudenmukaisuus tarkoittaa syrjinnän estämistä, epäoikeudenmukaisuuteen puuttumista ja erilaisuuden hyväksymistä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.) Kaikkia ihmisiä on kohdeltava samojen periaatteiden mukaisesti. Hoitotyön näkökulmasta oikeudenmukaisuuden periaatteeseen kuuluvat oikeus hoitoon pääsyyn, oikeus perusteltuun hoitoon ja velvollisuus välttää eriarvoistamista minäkään yksilön tai ryhmän ominaispiirteen tai terveyteen liittyvän ongelman perusteella. (Leino ym. 2008, 30.)

Osallisuutta voidaan tarkastella yksilön ja laajemmin koko yhteiskunnan tasolta. Yksilön tasolla kyse on osallisuuden periaatteen tekemisestä näkyväksi ikääntyneiden palveluissa, sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämisestä ja vah-

vistamisesta sekä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden turvaamisesta. Siten ihminen on iäkkäänäkin yhteisönsä täysivaltainen jäsen. Laajemmassa tarkastelussa sosiaalinen osallisuus tarkoittaa ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehitykseen. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.)

Yksilöllisyydessä korostetaan ihmisen näkymistä ainutlaatuisena ja yksilöllisenä persoonana. Palveluissa tehtäviä päätöksiä tulee arvioida siltä kannalta, kuinka ne vaikuttavat ihmisen kykyyn kokea itsensä arvokkaaksi yksilöksi ja tuntea elämänsä mielekkääksi. Yksilöllisyys on sekä vapautta ja valinnanmahdollisuuksia, myös vastuunottoa omasta elämästä. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.) Yksilöllisyyden periaatteen mukaan jokainen potilas on ainutkertainen yksilö ja arvokas olento. Jokaisen potilaan ihmisarvoa kunnioitetaan riippumatta hänen iästään, uskonnostaan, rodustaan, kansallisuudesta, yhteiskunnallisesta asemastaan, terveydentilastaan tai tavoistaan. Periaatteen mukaan potilasta pidetään tietoisena ja vastuullisena yksilönä, joka on oman elämäntilanteensa ja hoitonsa paras asiantuntija ja osallistuu aktiivisesti omaan hoitoonsa. Hänellä on omia tapoja, toivomuksia, arvostuksia ja näkökantoja. Yksilöllisyyden periaatteessa jokainen hoitotilanne alkaa potilaan tarpeista, minkä vuoksi sairaanhoitaja kerää oleellisen tiedon potilaasta, sekä suunnittelee ja tekee hoitotyötä tämän tiedon perusteella. Omahoitajan osoittaminen potilaalle hänen hoitojaksonsa ajaksi edistää yksilöllisen hoidon toteutumista. (Kassara–Paloposki–Holmia–Murtonen–Lipponen–Ketola–Hietanen 2005, 13.)

Turvallisuus tarkoittaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden rakentamista. Turvallisuuden periaatetta toteutetaan muun muassa turvaamalla sosiaalisen tuen ja palveluiden saatavuus ja laatu, sekä luottamus palveluntuottajien ja kuntalaisten välillä. Sitä toteutetaan myös huolehtimalla asuin- ja hoitoympäristöjen palo- ja muusta turvallisuudesta sekä ehkäisemällä tapaturmia, väkivaltaa ja kaltoin kohtelua. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.) Turvallisuuden periaatteen mukaan hoitotyössä on tarkoitus auttaa potilasta ja saada hänet tuntemaan olonsa mahdollisimman turvalliseksi. Monet hoitoon liittyvät tekijät saattavat aiheuttaa potilaalle turvattomuuden

olon. Sisäistä turvallisuuden tunnetta korostaa potilaan kokemus siitä, että hänellä on mahdollisuus vaikuttaa omaan hoitoonsa. Häneltä voidaan esimerkiksi pyytää suostumus tutkimukseen tai toimenpiteeseen tai hänelle voidaan antaa mahdollisuus valita kahden hoitovaihtoehdon tai toimenpiteen väliltä. Ulkoinen turvallisuus tarkoittaa sitä, ettei ihmisen hoitoympäristössä ole minkäänlaisia vaaraa aiheuttavia asioita. Hoitotyössä tällaisiksi voidaan luetella esimerkiksi monet hoidossa käytettävät laitteet, sängystä putoamisen vaara, toisten potilaiden toiminta, hoitovälineet ja lääkehoitovirheet. (Kassara ym. 2005, 14-15.)

3 IKÄÄNTYNEIDEN PALVELUASUMINEN

3.1 Ikääntyneiden palveluasumisen määritelmiä

Laadukas palvelutoiminta on asiakaslähtöistä ja mahdollistaa asiakkaan ja hänen omaistensa osallistumisen palvelua koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja arviointiin. Se perustuu kattavaan palvelutarpeen, elinympäristön ja asiakkaan voimavarojen kartoittamiseen. Siinä ihmisen fyysiset, kognitiiviset, psyykkiset, sosiaaliset, kielelliset ja kulttuuriset tarpeet ja voimavarat sekä ympäristötekijät arvioidaan. Laadukas palvelutoiminta on tavoitteellista ja säännöllisesti arvioitua, mikä tarkoittaa, että se toteutetaan yhden kirjallisen hoito-, kuntoutus- tai palvelusuunnitelman mukaisesti. Lisäksi se perustuu toimintakykyä ja kuntoutumista edistävään työotteeseen ja toteutetaan yhteistyössä asiakkaan, eri palveluntuottajien sekä omaisten kanssa. Laadukas palveluasuminen toteutuu turvallisesti ja oikea-aikaisesti. Se käyttää hyväksi olemassa olevaa tutkimustietoa ja tietoa hyvistä käytännöistä, sekä on vaikuttavaa eli saavuttaa palveluille asetetut yksilölliset ja yhteiskunnalliset tavoitteet. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.)

Palveluasumisesta ei ole olemassa virallista määritelmää. Sosiaali- ja terveydenhuolto kuitenkin korostaa määritelmässään, että palveluasuminen sisältää aina sekä asumisen (vuokrasopimus) että siihen kiinteästi liittyvät hoi-va- ja hoitopalvelut. Osa yksiköistä on palvelutaloja, joissa asiakkailla on omat huoneistot ja osa esimerkiksi dementiaoireisten ryhmäkoteja. Palveluasuminen jaetaan ns. tavalliseen ja tehostettuun palveluasumiseen. (Stakes 2012.)

Tavallisessa ikääntyneiden palveluasumisessa henkilökunta on paikalla vain päivisin. Kuitenkin palvelutalojen ympärivuorokautinen turvallisuus on turvattu hälytysjärjestelmin. Tällaisia turvallisuutta edistäviä laitteita ovat esimerkiksi turvapuhelin ja turvaranneke. Tavallisen palveluasumisen hoito perustuu hoito ja palvelusuunnitelmaan. Asiakasta tuetaan päivittäisissä toiminnoissa ja autetaan perushoidossa asiakkaan omatoimisuutta vaalien. (Rusanen

2012.)

Tehostetun palveluasumisen yksiköitä ovat ne ikääntyneille tarkoitetut palveluasumisyksiköt, joissa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Ne eroavat vanhainkodeista muun muassa siinä, että Kela on hyväksynyt ne avohoidon yksiköiksi ja asiakas maksaa erikseen asumisesta ja käyttämisestä palveluista. Kuten tavallisessa palveluasumisessa, myös tehostetussa palveluasumisessa hoito perustuu yksilöllisesti laadittuun hoito- ja palvelusuunnitelmaa, jota toteuttaa asukkaan nimetty omahoitaja. Asiakkaiden päivittäinen avuntarve tehostetussa palveluasumisessa on usein suurempi kuin tavallisessa palveluasumisessa. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 42-52.)

Palveluasumisessa hoitajien määrä on valtakunnallisesti määritelty. Ympäri-vuorokautisen hoidon henkilöstön vähimmäismääräksi on suositus 0,5-0,6 hoitotyöntekijää asiakasta kohden vuorokaudessa. Korkeampi vaihtoehto vähimmäismitoitukseksi (0,6) on suositeltavaa silloin, kun asiakkailta on vaikeita somaattisia sairauksia tai käytösoireita tai kun hoitoympäristön koko tai rakenteelliset puitteet aiheuttavat henkilökunnan lisätarpeita. Hyvä henkilöstömitoitus ympärivuorokautisessa hoidossa on 0,7-0,8 hoitajaa asiakasta kohti. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 36.)

Palveluasunnoissa asuvien hoitoa ohjaa hoito- ja palvelusuunnitelma. Työntekijä ottaa omalta osaltaan vastuun asiakkaan palvelujen ja hoidon yhteistyössä eri osapuolten kanssa tapahtuvasta suunnittelusta ja toteutumisesta. Asiakkaan tarpeet, toiveet, tavat ja tottumukset sekä hänelle merkittävät jokapäiväiset asiat ovat lähtökohtana hoito- ja palvelusuunnitelmia laadittaessa. Vanhustyön kaikissa vaiheissa on erityisen tärkeää tunnistaa asiakkaan voimavarat sekä toimintakyky. Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteena on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä. Asiakkaan tarpeiden tai käytettävissä olevien voimavarojen muuttuessa suunnitelmaa tarkistetaan ja sitä muutetaan yhteistyössä asiakkaan kanssa. (Päivärinta–Haverinen 2002, 5.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmasta vastaa asukkaan omahoitaja. Hän on yhteishenkilö ja yhteistyökumppani asiakkaan ja palvelutalon välillä. Omahoitaja toimii asiantuntijuutensa ja osaamisensa turvin yhdessä sopien ja tuloksia jatkuvasti tarkistaen asiakkaan kanssa. (Päivärinta–Haverinen 2002, 35.)

3.2 Ikääntyneiden palveluasumista ohjaavat lait ja suositukset

Ikääntyneiden palveluasumista ohjaavat lait ovat sosiaalihuoltolaki (3.8.1992/733) ja sosiaalihuoltoasetus (29.6.1983/607) sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta vuodelta 1992. (Finlex 2012.) Sosiaalihuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava sosiaalipalveluna muun muassa asumispalveluista. Asumispalveluilla laissa tarkoitetaan palvelu- ja tukiasumisen järjestämistä. Tätä palvelua annetaan henkilölle, joka erityisestä syystä tarvitsee apua tai tukea asunnon tai asumisen järjestämisessä. Kunta voi perustaa, hankkia tai muuten varata tarvetta vastaavan määrän palvelu- ja tukiasuntoja sekä laitospaikkoja. (Stakes 2007, 9.)

Sosiaalihuoltoasetuksen mukaan ”laitoshuoltoa toteutettaessa on henkilölle järjestettävä hänen ikänsä ja kuntonsa mukainen tarpeellinen kuntoutus, hoito ja huolenpito. Hänelle on lisäksi pyrittävä järjestämään turvallinen, kodinomainen ja virikkeitä antava elinympäristö, joka antaa mahdollisuuden yksityisyyteen ja edistää hänen kuntoutumistaan, omatoimisuuttaan ja toimintakykyään. Laitoshuoltoa voidaan järjestää lyhytaikaisena tai jatkuvana päivä- tai yöhoitona tahi ympärivuorokautisena hoitona. Laitoksessa voidaan lisäksi järjestää itsenäistä asumista tukevaa sekä kuntouttavaa toimintaa.” (Finlex 2012.)

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta vuodelta 1992 (3.8.1992/733) mukaan valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi hallituksen valtionaloutta koskevien päätösten kanssa yhteensopivan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman. Kehittämissuunnitelmassa määritellään koko ohjelmakauden kattavat keskeisimmät sosiaali- ja terveyspoliittiset tavoitteet, kehittämissuunnitelman ja valvonnan painopisteet sekä nii-

den toteuttamista tukevat keskeiset uudistus- ja lainsäädäntöhankkeet, ohjeet ja suositukset. (Finlex 2012.)

3.3 Valintakriteerit ja hakeutuminen palvelutalon asukkaaksi

Rovaniemellä yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa vuoteen 2015 mennessä 29,5 prosenttiyksiköllä ja yli 85-vuotiaiden 82 prosentilla (Rovaniemen ikäpoliittinen strategia 2008). Tämä vaikuttaa omalta osaltansa palvelutalojen kysyntään ja tarjontaan. Rovaniemen kaupungin tehtäviin kuuluu järjestää lakisääteiset peruspalvelut asukkailleen. Näihin kuuluu muun muassa palveluasunnot. Palveluasumista tarjoaa Rovaniemellä kaupungin omat yksiköt sekä yksityiset palvelutalot, joita on 18. Rovaniemen omia palvelutaloja ovat Nämänkieppi, Aaltoranta, Kaartokoti ja Rautiosaari. Palveluasumista tarjotaan kaupungin sitoumuksella pääsääntöisesti vain ympärivuorokautiseen hoitoon. Asukkaaksi valitaan henkilö, jolle kotihoitoon palvelut eivät riitä. Palveluasumiseen voidaan hakea jatkuvasti. Omien palveluasumisyksikköjen lisäksi kaupunki ostaa palveluasumispaikkoja yksityisistä palvelutaloista. (Rovaniemen kaupunki 2012.)

Ennen kuin palveluasumisvaihtoehtoa ryhdytään miettimään, kartoitetaan ikääntyneen mahdollisuudet selviytyä kotihoidon turvin kotona. Kun kaikki mahdollinen tuki on saatu kotiin ja todettu sen riittämättömyys, aletaan pohtia palveluasumisvaihtoehtoa. Valintakriteerinä palveluasumiselle on ensisijaisesti palvelujen tarve. Siihen ei vaikuta esimerkiksi runsaat sairaudet, korkea ikä, asunto ongelmat tai taloudellinen tilanne. Uudet hakijat esitellään aina SAS-työryhmälle (=selvitä, arvioi, sijoita), joka valitsee palvelutalojen asukkaat. Valinnat tehdään aina kiireellisyysjärjestyksessä. SAS-työryhmään kuuluu kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilökuntaa, lääkäreitä, sosiaalityöntekijä ja SAS-hoitaja. (Rovaniemen kaupunki 2012.)

3.4 Tuet ja maksut palveluasumiseen

Palvelutalojen asukkaat ovat oikeutettuja tiettyihin tukiin. Näistä yleisimpiä

ovat eläkkeensaajan hoitotuki, lääkekorvaukset, asumistuki ja kuljetustuki. Eläkettä saavan hoitotuki on tarkoitettu tukemaan pitkäaikaisesti sairaan tai vammaisen eläkkeensaajan selviytymistä jokapäiväisessä elämässä. Lisäksi se tukee hänen toimintakykynsä ylläpitämistä, kuntoutustaan ja hoitoaan. Tuki korvaa osittain myös toimintakyvyn heikentymisestä aiheutuvia kustannuksia. Hoitotuen voi saada vain eläkkeensaaja, jonka toimintakyky on heikentynyt sairauden tai vammaisuuden vuoksi vähintään vuoden ajan yhtäjaksoisesti. Lisäksi sairauden tai vamman pitää aiheuttaa säännöllistä avun, ohjauksen sekä valvonnan tarvetta tai jatkuvia erityiskustannuksia. Eläkkeensaajan asumistukea voivat saada pienituloiset 65 vuotta täyttäneet henkilöt tai alle 65-vuotiaat eläkkeensaajat. Heidän täytyy asua pysyvästi Suomessa vuokra- tai omistusasunnoissa. Asumistuen saamiseen ja määrään vaikuttavat muuan muassa eläkkeensaajan asumismenot, perhesuhteet, vuositulot ja omaisuus. (Kela 2012.)

Suuren osan ikääntyneen kuluista muodostavat lääkekulut, sillä osa lääkekuluista maksetaan omavastuuosuutena. Jos saman kalenterivuoden aikana korvatuista lääkkeistä, kliinisistä ravintovalmisteista ja perusvoiteista maksama omavastuuosuus ylittää 700,92 euroa, on ikäihminen oikeutettu lisäkorvaukseen. Tätä kutsutaan lääkekatoksi. Lääkekaton ylittyttyä maksetaan jokaisesta korvattavasta lääkkeestä 1,50 euroa. Lisäksi tiettyjen vaikeiden, pitkäaikaisten sairauksien lääkkeistä voi saada peruskorvausta suuremman erityiskorvauksen. (Kela 2012.)

Palvelutalon asukkaat ovat vuokrasuhteessa kaupunkiin tai yksityiseen palveluntuottajaan. Asukas maksaa itse vuokran, aterian, vaatetuksen, lääkkeet sekä palvelumaksun eli maksun hoivasta ja hoidosta, joka perustuu asukkaan tuloihin. (Rovaniemen kaupunki 2012.) Vuokran sekä omien henkilökohtaisten maksujen lisäksi asukas voi joutua maksamaan palvelutalokohtaisia maksuja, jotka ovat erikseen määriteltä. Tällaisia voivat olla mm. hygieniamaksut, liinavaatemaksut ja kalustemaksut. (Palo 2012.)

4 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN PROSESSI

4.1 Toiminnallisen opinnäytetyön kuvaus

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoite ammatillisella sektorilla on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistämisen. Se voi olla alasta riippuen esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön tarkoitettu ohje, ohjeistus tai opastus kuten perehdyttämisoas. Toinen toiminnallisen työn muoto voi olla myös jonkun tapahtuman toteuttaminen eli projektityyppinen. Toteutustapana voi olla kohderyhmän mukaan kirja, kansio, vihko, esite, cd, portfolio, kotisivu tai johonkin tilaan järjestetty tapahtuma. Tällöin opinnäytetyön tyyppi on tuotekohtainen toteutustapa. (Vilka-Airaksinen 2003, 9.)

Onnistuneen opinnäytetyön aihe on sellainen, jonka idea nousee koulutusohjelman opinnoista. Aiheen tulisi myös nivoutua siten, että sen avulla pystyy luomaan yhteyksiä työelämään, mahdollisesti ylläpitämään suhteita aiempiin harjoittelupaikkoihin sekä syventämään tietotaitoa jostakin itseänsä alalla kiinnostavasta aiheesta. (Vilka–Airaksinen 2003, 16.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tarkoituksenmukaista, että löytäisi opinnäytetyölleen toimeksiantajan. Toimeksiannetun opinnäytetyön ja –prosessin avulla voi ilmaista osaamistaan kattavammin ja herättää työelämän kiinnostusta itseensä sekä mahdollisesti myös työllistyä. Toimeksiannetun opinnäytetyön kanssa voi luoda suhteita sekä päästä mahdollisesti kehittämään ja kokeilemaan omia taitojaan työelämän kehittämisessä ja harjoittamaan omaa innovatiivisuutta. Toimeksiannettu opinnäytetyöaihe lisää vastuuntuntoa opinnäytetyöstä ja opettaa projektin hallintaan. Projektin hallintaan kuuluu täsmällisen suunnitelman tekeminen, tietyt toimintaehdot ja tavoitteet sekä aikataulutettu toiminta ja tiimityö. (Vilka–Airaksinen 2003, 16-17.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on luoda uutta, jonka tarpeellisuus kohdistuu tietyille ihmisryhmälle. Tärkein pohdittava asia toiminnallisessa opinnäytetyössä on juuri kohderyhmä ja sen rajaus. Myös toimeksiantajan toivomuksia kohderyhmästä pitää kuunnella ja ottaa huomioon. (Vilkkä–Airaksinen 2004, 27-38.)

Ihminen kerää koko ajan aistikanaviensa kautta sisäiseen kokemusmaailmaansa tietoa esimerkiksi muodoista, väreistä ja sanoista. Uusi aistikanavien kautta saatu informaatio tuotteen väristä ja muodosta voi herättää lukijan huomion ja lisätä kiinnostusta kyseisestä tuotteesta. Lukija muodostaa tämän jälkeen itselleen ensivaiheen käsityksen kyseisestä tuotteesta. Käsitys muodostuu tiedostettujen ja tiedostamattomien tarpeitten sekä aikaisempien kokemusten ja tuotteesta saadun informaation pohjalta. Tuotteen esteettisen kokonaisuuden avulla voidaankin vaikuttaa lukijan mielenkiinnon herättämiseen ja siihen, että hän viihtyy lukemansa parissa. (Jämsä–Manninen 2002, 103.)

Tärkeää on myös se, että tuotteen tekstissä puhutellaan kohderyhmää ja käytetään sisällön kannalta tarkoituksenmukaista kirjoitustyyliä. Huomioon tulee ottaa kohderyhmän ikä, asema ja tietämys aiheesta, sekä tuotteen käyttötarkoitus ja erityisluonne. Tuotteen tekstin tyylistä ja sävystä on hyvä keskustella sekä toimeksiantajan, että ohjaajan kanssa. Heidän tulisi tutustua tehtyihin tekstiluonnoksiin ja antaa palautetta tekstiprosessin eri vaiheissa. Yksittäisten tekstien ripottelun sijaan voi esimerkiksi antaa ohjaajalle eri vaiheiden versioita palautteen saamista varten. Tuotteen toimivuuden testaaminen tulisi mahdollisuuksien mukaan suorittaa myös kohderyhmän tai tuotteen käyttäjien edustajilla. Heiltä voi saada arvokkaita kommentteja ja parannusehdotuksia. Kannattaisi hyödyntää myös mahdollisen opponoinnin anti. Opinnäytetyön raportissa selostetaan ja arvioidaan tuotteen tekstin prosessointia ja tuotteen eri versioita. (Vilkkä–Airaksinen 2003, 129.)

4.2 Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi

4.2.1 Ideointivaihe

Sosiaali- ja terveysalan tuotteiden kehittäminen ja suunnittelu jäsentyy tuotekehityksen perusvaiheiden mukaisesti. Ensimmäinen vaihe on ongelmien tai kehittämistarpeiden löytäminen. Korkeakouluissa ja muissa oppilaitoksissa tehdään selvityksiä ja tutkimuksia, joista selviää tietoa sosiaali- ja terveyspalvelujen nykytilanteesta ja käytännöistä. Näiden tietojen analysointi osoittaa, mitkä ovat eri organisaatioiden ja palvelumuotojen kehittämistarpeet. Ongelmalähtöisten lähestymistapojen tavoitteena onkin yleensä jo käytössä olevan palvelumuodon parantaminen tai tuotteen edelleen kehittäminen. (Jämsä-Manninen 2002, 28-29.)

Työskennellessämme koulun ohella eri hoitotyön osa-alueilla olemme kuulleet useammasta lähteestä kuinka Rovaniemen ikääntyneiden palvelutalot ovat jokseenkin vieraita, eikä niistä tiedetä juuri mitään. Tämä johtuu osaltaan osastojen luonteista, sillä joka paikassa ei välttämättä tarvitse olla kiinteästi tekemisissä palvelutalojen kanssa, mutta myös siitä ettei niistä ole olemassa mitään koottua tietopakettia kaikkien saatavilla. Kaupungin omista yksiköistä on kyllä tietoa Rovaniemen kaupungin nettisivuilla, mutta yksityisistä palvelutaloista ei ole koottua materiaalia esillä.

Edellä mainittu asia nousi erityisesti esille ja konkretisoitui yhden meistä ollessa töissä osastolla K3 kesällä 2011. Työskentelyn ohessa sai vaikutelman siitä, että tiedot palvelutaloista olivat todellakin puutteelliset. Keskusteltuaamme henkilökunnan kanssa, esiin nousi ajatus että aiheesta voisi tehdä opinnäytetyön. Osastolla oltiin yritetty koota kyseisestä aiheesta yhteneväistä esitettä myös itsenäisesti, mutta se oli jäänyt ajan puutteen vuoksi kesken. Aiheelle oli näin myös jo hieman valmista pohjaa hahmoteltuna.

Tähän asti meillä ei ollut selkeää kuvaa mistä tekisimme opinnäytetyömme, joten idea aiheesta kuulosti mielenkiintoiselta ja tärkeältä sekä varteenotettava vaihtoehdolta. Halusimme kuitenkin vielä miettiä eri vaihtoehtoja työlemme, joten emme tehneet lopullista päätöstä hätiköiden. Mietittyämme

tarkkaan kaikki vaihtoehdot läpi päädyimme siihen, että esite palvelutaloista tulisi olemaan hyvä aihe opinnäytetyöllemme. Päätökseemme vaikutti suuresti se, että esite tulisi todelliseen käyttöön osastolle.

Opinnäytetyön seuraava vaihe on ideointiprosessi eri vaihtoehtojen löytämiseksi. Tällöin varmuus kehittämistarpeesta on saatu, mutta ratkaisukeinoa ei ole vielä löydetty. Vaihtoehtojen tarkoitus on löytää ratkaisu juuri niihin, usein paikallisiin ja organisaatiokohtaisiin ongelmiin, jotka sillä hetkellä ovat ajankohtaisia. (Jämsä–Manninen 2002, 35-38.)

Aloitimme opinnäytetyön prosessin mukaisesti ideointivaiheen syksyllä 2011, johon kuului ideapaperin luonnostelu. Työmme tilaaja terveyskeskussairaalan osasto K3 on perusterveydenhuollon kuntouttavanhoidon osasto. Potilaspaikkoja on 27. Osastohoitoon potilaat tulevat lähetteellä Lapin keskussairaalan erikoissairaanhoidon tarpeen päätyttyä ja kuntoutushoidon alettua. Jatkohoitoon voidaan tulla myös muista sairaaloista ja hoitopaikoista ja jaksohoitoon kotoa sekä lääkärin lähetteellä lääkinnälliseen kuntoutukseen. Osastolla hoidetaan pääasiassa kuntoutushoitopotilaita sekä pitkäaikaishoito potilaita, jotka odottavat palvelutalopaikkaa. Esite olisikin tärkeä hoitohenkilökunnalle, jotta he voivat ohjata potilaiden omaisia hoitopaikkaa valittaessa. Ideointivaiheessa yhdessä toimeksiantajan kanssa päädyimme tekemään palvelutaloista esitteen, jossa tieto Rovaniemen palvelutaloista olisi yksien kansien sisällä, helposti saatavissa.

Painotuotteet, niin kuin ohjelehtiset ja esitteet, ovatkin yleisimpiä informaation välittämisen muotoja. Esitteen suunnittelu etenee tuotekehityksen vaiheiden mukaisesti, mutta varsinaisessa tekovaiheessa suoritetaan lopulliset tuotteen sisältöä ja ulkoasua koskevat päätökset. Tavallisesti sosiaali- ja terveysalan esitteiden tavoitteena on informoida tai opastaa viestin vastaanottajaa. Tällöin tekstityyliksi tulisi valita asiatyyli, jolloin tekstin on auettava lukijalle heti ensimmäiseltä lukemalta ja tekstin ydinajatuksen on oltava selkeä. Onnistunut jäsentely sekä otsikoiden muotoilu selkeyttävät tekstin. Tekstin lisäksi tärkeä asia on painoasu, joka on myös osa produktin oheisviestintää. Ulkoasu on osa organisaation imagoa, minkä lisäksi se auttaa eri organisaatiois-

sa valmistettujen painotuotteiden tunnistamista. (Jämsä–Manninen 2002, 56-57.)

Työtä ideoidessa mietimme miten saisimme esitteeseen kaikki Rovaniemen alueen palvelutalot. Ideapaperiseminaarissa nousikin ongelmaksi palvelutalojen suuri lukumäärä. Jouduimmekin tämän jälkeen miettimään palvelutalojen rajaamista johonkin tiettyyn ryhmään. Toimeksiantajan kanssa keskusteltaessa päädyimme siihen, että palvelutalot rajattaisiin yksityisiin palveluntarjoajiin ja nimenomaan niihin yksikköihin, joihin kaupungilla on voimassa oleva maksusitoumus.

Mietimme työllemme keskeisiä käsitteitä, jotka tulisivat muodostamaan työn teoreettisen viitekehyksen. Aluksi niiden löytäminen ja rajaaminen tuntui haastavalta. Lähdimme miettimään käsitteitä palveluasumisen kannalta, ja sen mukaan miten ikääntyneen elämänlaatu voitaisiin turvata palveluasumisessa. Valitsimme käsitteiksemme ikääntymisen, ikääntyneen toimintakyvyn, ikääntyneen elämänlaadun, ikääntyneiden palveluasumisen sekä ikääntyneiden hyvinvointia edistävän toimintaympäristön.

4.2.2 Suunnitteluvaihe

Ideointivaiheen jälkeen on vuorossa luonnosteluvaihe, jossa tehdään opinnäytetyön suunnitelma. Suunnitelmaan sisältyy tiedon hankinta asiakkaista, aiheesta, toimintaympäristöstä, tuotteesta ja sen valmistamismenetelmistä sekä tuotteen laatutekijöistä. Tietoa analysoimalla tarkennetaan, mitä ollaan tekemässä sekä valitaan toteuttamisen vaihtoehdot ja periaatteet. (Jämsä–Manninen 2002, 85.)

Kun idea opinnäytetyöstä oli selkeytynyt ja hyväksytty, pääsimme aloittamaan opinnäytetyön suunnitelman tekemisen. Tässä vaiheessa aloitimme työn teoreettisen tiedon etsimisen keskeisten käsitteidemme kautta. Pian törmäsimme ongelmaan, että teoretietoa ei ollut saatavilla kovinkaan paljoa tietyistä aihepiireistä. Tämän vuoksi kyseenalaistimme myös oman osaamisemme tiedonhankinnan yhteydessä. Lähteiden puutteellisuudesta johtuen suunnitelman tekeminen tuntuikin aluksi erittäin haastavalta. Saimmekin oh-

jaavalta opettajalta palautetta, että teoritietomme oli liian suppeaa ja sitä tarvittaisiin lisää. Hän muistutti myös, että kattavan teoritiedon etsiminen auttaisi myös opinnäytetyömme loppuraportin laatimisessa. Tämä ajatus sai meidät etsimään lähteitä entistä tehokkaammin ja löysimmekin lähteitä reippaasti lisää. Näin saimme työn teoreettisen viitekehyksen kattavammaksi.

Suunnitelmavaiheessa jouduimme miettimään tarkkaan työn tavoitteen ja tarkoituksen eroa. Koimme ongelmaksi ymmärtää ja hahmottaa itsellemme kumpi on työn tavoite ja kumpi tarkoitus. Pohdimme pitkään onko työn tavoite se, että esite tulisi hyötykäyttöön osastolle ohjaten ja antaen olennaista tietoa potilaan jatkohoitopaikkaa suunniteltaessa vai se, että se kuvaisi eri palvelutalojen asiakaskuntaa, elinoloja, päivärutiineja ja mahdollisesti muuta yleistä asiaa, jotka liittyvät olennaisesti palveluasumiseen. Päädyimme ensimmäiseen vaihtoehtoon.

Itse esitteen suunnittelu oli mielestämme helppoa. Päätimme melko heti, että jokaisesta palvelukodista tulisi oma aukeaman kokoinen esittely ja asiat siihen kerättäisiin kiertämällä palvelutalot läpi. Haastattelu suoritettaisiin haastattelurungon avulla. Lisäksi esitteeseen tulisi jokaisesta paikasta kuvia.

4.2.3 Työn kehittäminen

Tuotteen kehittäminen käsittää konkreettisen tekemisvaiheen, jonka jälkeen aloitetaan työstämään suunnitelman pohjalta itse tuotetta eli produktia. Tuotteen kehittäminen edistyy luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuvaihtojen, periaatteiden, rajausten ja asiantuntijayhteistyön mukaisesti. Informatiivisen tuotteen kehittelyn yleisiä ongelmia ovat asiasisällön valinta ja määrä sekä tietojen muuttumisen tai vanhenemisen mahdollisuus. (Jämsä–Manninen 2002, 54.)

Lähdimme työstämään itse opinnäytetyötä ottamalla yhteyttä palvelutaloihin, jotka olimme suunnitelleet ottavamme mukaan esitteeseen. Luonnostelimme yhdessä sähköpostiviestin, jossa esittelemme itsemme, kerroimme mitä teemme ja kysyimme voisimmeko tulla tekemään kyseisestä paikasta haastattelun. Ehdotimme itsellemme sopivia aikoja ja odotimme vastauksia. Ongelmaksi tässä kohtaa muodostui ensinäkin se, että kaikilla palvelutaloilla ei

ollut sähköpostia, joten jouduimme joko etsimään sähköpostin tai soittamaan itse paikkaan. Toinen ongelma oli joidenkin palvelutalojen kohdalla sopivan ajankohdan löytäminen haastattelulle. Jouduimme joustamaan aikataulustamme tämän vuoksi jonkin verran ja se aiheutti meille aikataulun uudelleen sovittamista.

Kun haastatteluajat palvelutaloihin oli sovittu, teimme niitä varten haastattelu-
rungen, jonka mukaan kävisimme kaikista palvelutaloista läpi samat asiat. Tämän haastattelu-
rungen kysymyksiä mietittäessä päätimme muodostaa ne siten, että niiden vastaukset rakentaisivat suoraan esitteen asiasisällön.

Kun aikataulut ja haastattelu-
runko olivat järjestyksessä, aloitimme vierailut palvelutaloihin tammikuun 2012 lopulla. Haastatteluiden edetessä huomasimme että kysymysrunkoa pitäisi hieman muuttaa, sillä vastaukset eivät välttämättä vastanneet sitä mitä olimme ajatelleet. Jouduimme myös lisäämään muutamia tarkentavia kysymyksiä, jotka huomasimme vasta muuttaman haastattelun jälkeen tarpeellisiksi. Paikkoihin, joista nämä kysymykset jäivät kysymättä, olimme myöhemmin yhteydessä sähköpostin välityksellä.

Kokonaisuudessaan haastattelut olivat mielenkiintoisia. Vastaanotto palvelutaloissa oli suurimmaksi osaksi hyvä ja ystävällinen. Kuitenkin joistakin paikoista jäi hieman negatiivinen tuntemus. Vastaanotto oli kyllä asiallinen, mutta meille jäi se tunne, että heillä ei ollut riittävästi aikaa varattuna meille. Osasta paikoista jäi myös se tunne, että he aliarvioivat työtämme eivätkä ehkä ymmärtäneet täysin sen merkitystä. Suurimmassa osassa palvelutaloista kuitenkin ymmärrettiin esitteen arvo sekä palvelutalolle itselleen, että sitä lukevalle asiakkaalle. Onhan tämä esite kuitenkin aika iso mainosta heille.

Päätös siitä, että teimme haastattelut paikan päällä palvelutaloissa, oli hyvä päätös. Se auttoi hahmottamaan palvelutalojen toimintaa käytännössä. Lisäksi vastaukset haastatteluihin olivat laajempia, kuin että olisimme esimerkiksi lähettäneet paikkoihin valmiin kyselykaavakkeen, johon he olisivat luultavasti vastanneet suppeammin. Paikan päällä oli myös helpompi esittää täydentäviä kysymyksiä.

Aloitimme esitteen tekemisen helmikuun alussa. Mietimme aluksi esitteen tekoa käyttäen Microsoft Publisher –ohjelmaa, joka on tarkoitettu juuri esitteiden ja oppaiden laatimiseen. Huomattuamme ohjelman käytön olevan kuitenkin liian monimutkaista, päädyimme käyttämään Microsoft Word –ohjelmaa. Olimme luonnostelleet paperille esitteen rakennetta aikaisemmin, joten tiesimme suurin piirtein minkälaiseen muottiin aukeamat rakentuisivat. Itse koneella esitteen tekeminen kuitenkin oli melko hankalaa. Wordin käyttö muodostui ongelmaksi, sillä esitteen rakennetta sai kokoajan korjailla. Kukaan meistä ei ollut varsinainen asiantuntija Wordin käytössä, joten ensimmäisen luonnoksen tekeminen vei todella monta työtuntia. Saatuamme ensimmäisen aukeaman valmiiksi, tulivat loput aukeamat melko yksinkertaisesti ensimmäisen pohjalle. Onnistumisten myötä saimme tekemisen intoa työlemme.

Sisältö pohjautui toimeksiantajan toiveisiin. Päädyimme kokoamaan joka palvelutalosta tietoa asumisesta, hoitotyöstä ja sen toimintaa ohjaavista arvoista sekä viriketoiminnoista ja maksuista. Pohdimme, miten joka palvelutaloista saisi lyhyen kattavan kuvauksen ennen faktojen luettelemista. Ajattelimme, että tämä auttaisi esitettä lukevaa henkilöä löytämään heti esitiedot etsimästään palvelutalosta, jotta hänen ei välttämättä tarvitsisi lukea koko kuvausta paikasta. Tämän myötä päädyimmekin tekemään pienen tiivistelmän joka aukeaman alkuun. Se sisältää tiedon paikan sijainnista, arvoista ja asukaskuntoisuudesta.

Tiivistelmän jälkeen keräsimme tiedot edellä mainittujen otsikkojen alle. Asuminen-otsikon alle sisällytimme tietoa muun muassa asukaspaikoista ja asumistiloista. Hoitotyö-osiossa kerroimme yleisiä hoitotyöhön liittyviä asioita palvelutalo kohtaisesti. Viriketoiminnassa kerroimme palvelutalon vapaa-ajan aktiviteeteistä ja harrastusmahdollisuuksista. Lopuksi kerroimme palvelutalo kohtaisista maksuista.

Yleensä esitteet ovat ulkoasultaan melko yksinkertaisia ja värittömiä. Suunnittelimme tehdä esitteen ulkoasusta värikkään, jotta esitettä olisi miellyttä-

vämpi lukea ja se herättäisi mielenkiinnon. Ajattelimme, että vaikka esite sisältää faktaa, ei ulkoasun tarvitsisi olla kovin virallinen. Siksi päädyimme tekemään esitteestä mahdollisimman värikkään. Halusimme joka palvelutalolle oman väriteeman, jotta ne erottuisivat toisistaan myös tältä osin. Kansikuvaa mietimme melko kauan. Pohdimme, sopisiko kanteen maisemakuva Rovaniemestä, mutta toisaalta ajattelimme sen olevan aika kulunut idea. Kysyimme toimeksiantajan mielipidettä ja toivetta asian suhteen. Hän ehdotti hilpeää, karikatyyrimaista kuvaa, joka kuvastaisi vanhoja ihmisiä. Saimme kuitenkin aikalailla vapaat kädet kannen suunnitteluun. Pyysimmeekin piirustustaitoista tuttavaamme tekemään meille kansikuvan kyseisestä aiheesta.

Kun produkti mahdollisten eri vaiheissa tehtyjen versioiden jälkeen valmistuu, aloitetaan sen viimeistely. Se voi sisältää yksityiskohtien hienosäätöä, käyttö- tai toteutusohjeiden laatimista tai päivittämisen suunnittelua. Tämä sisältää myös tuotteen jakelun suunnittelun. (Jämsä–Manninen 2002, 80-85.) Tähän vaiheeseen emme käyttäneet enää kovinkaan paljoa aikaa, sillä hienosäätö tuli ikään kuin esitteen teon lomassa. Tarkistimme esitteen ulkoasun ennen painattamista, mutta varsinaista säätelyä emme tehneet. Esite oli hyvin pitkälle viimeistelty ulkoasullisesti ensimmäisten aukeamien jälkeen. Loput esitteestä tuli rutiininomaisesti.

4.2.4 Raportin laatiminen

Viimeistelyvaiheen lopuksi tuotetaan tuotekehitysprojektin loppuraportti (Jämsä–Manninen 2002, 80-85). Aloitimme raportin tekemisen helmikuun lopussa melko stressaantuneissa tunnelmissa. Ajattelimme, että olemme jäljessä aikataulusta ja että raportin tekemisellä on kiire, koska harjoittelumme alkoi maaliskuun puolessavälissä ja raportin tekemiselle oli aikaa vain muutama viikko. Kun tekstiä alkoi syntyä, stressikin hälventyi. Ennen varsinaista raportin kirjoitusprosessia suunnittelimme ajatuskartan avulla raportille rakenteen. Aloimme kasaamaan avainkäsitteiden alle alakäsitteitä, joista muodostuisi sitten opinnäytetyön teoreettinen viitekehys. Ajatuskartta syntyi helposti aiemman suunnitelman pohjalta. Siitä oli hyvä jatkaa raportin laatimiseen.

Ryhdyimme tekemään kirjoitusprosessia keräämällä teoreettista tietoa. Teoreettisen viitekehyksen pääotsikoiksi päädyimme valitsemaan ikääntymisen lähtökohdat, ikääntyneiden elämänlaatu ja sen ulottuvuudet, elämisen toiminnot sekä ikääntyneiden palveluasuminen. Päädyimme näihin otsikoihin prosessin alkuvaiheissa, sillä meillä oli hyvin aikaisessa vaiheessa selvää miten tulisimme jaottelemaan teorian. Teoriatietoa oli aluksi vaikea muokata omiksi sanoiksi, mutta pikkuhiljaa se alkoi sujua. Luulimme myös, ettei teoriaosuuteen saisi liittää omia pohdintoja, mikä teki tekstistä melko raskasta luettavaa. Myöhemmin liitettyämme omaa pohdintaa teoriaosuuteen, tuli tekstistä sujuvampaa sekä teorian ja käytännön välinen kuilu kaventui. Prosessin loppuvaiheessa löysimme tekstistämme epäloogisuutta, joka johti tekstin karsimiseen.

Aluksi käytimme lähteitä huomaamattamme melko suppeasti. Saimme palautetta asiasta ja laajensimme lähdevalikoimaamme muun muassa etsimällä ulkomaalaisia lähteitä ja hyödyntämällä tutkimuksia. Lähteet olivat mielestämme laadukkaita ja niitä oli riittävästi. Myös lähdeviittausten merkitseminen tutkimuksien ja raporttien kohdalla osoittautui haasteelliseksi.

Itse kirjoitusprosessi eteni yllättävän nopealla tahdilla siitä huolimatta, että teoriatiedon muokkaaminen sujuvaksi omaksi tekstiksi tuotti päänvaivaa. Jaoin tehtäviä ryhmän sisällä, sillä meitä oli kolme tekijää. Näin saimme joudutettua aikataulua.

4.2.5 Prosessin arviointi

Esitteen tekeminen oli haastavaa, mutta lopputulos oli palkitseva. Onnistuimme tekemään esitteestä juuri sellaisen kuin olimme ajatelleetkin. Saimme suoritettua haastattelut suhteellisen lyhyessä ajassa, eikä niiden tekemiseen liittynyt mitään suurempia ongelmia. Palvelutalot ottivat meidät vastaan pääsääntöisesti positiivisesti. Onnistuimme keräämään mielestämme olennaiset tiedot joka paikasta. Esitteen tila oli kuitenkin rajallinen, eikä kaikkea informaatiota voinut laittaa sellaisenaan esitteeseen. Jouduimme tekemään tiettyjä rajauksia, kuitenkin siten että mitään olennaista ei jäisi uupumaan. Kiinnitimme myös huomiota siihen, että emme asettaisi mitään palvelukotia

parempaan asemaan kuin toista. Erityisen tyytyväisiä olemme siihen että saimme koottua esitteestä yhtenäisen. Esitteen teema pysyi kauttaaltaan samanlaisena, vaikkakin palvelutalot vaihtelivat aukeamittain. Pienenä erona esitteen värimaailma, jota halusimme muuttaa aukeamakohtaisesti. Tästä ei kuitenkaan mielestämme tullut liian radikaali.

5 POHDINTA

5.1 Omapohdinta opinnäytetyön tekemisestä

Opinnäytetyön tekemisestä ryhdyttiin puhumaan jo silloin, kun aloitimme koulun 2,5 vuotta sitten. Silloin työn tekeminen tuntui kaukaiselta ja hieman pelottavalta tehtävältä. Kun kesällä 2011 opinnäytetyön aiheen ideoiminen tuli ajankohtaiseksi tuntui se jännittävältä ja vaikealta. Aluksi aiheen löytäminen työlle tuntuikin todella haastavalta ja kesän kuluessa melko epätoivoiseltakin. Mietimme työllemme kaikenlaisia vaihtoehtoja ja ideoita olikin muutamia. Alusta asti oli kuitenkin selvää, että työmme tulisi olemaan toiminnallinen, sillä halusimme että työstämme olisi todella hyötyä käytännön hoitotyössä. Kun idea työllemme syntyi osasto K3 työntekijän ehdotuksesta, otimme aiheen vastaan ensin vähän epäröiden. Oli vaikea hahmottaa kuinka laaja esite tulisi olemaan ja kuinka monta eri palvelutaloa se tulisi käsittämään. Lisäksi meillä itsellä ei ollut minkäänlaista tietoa kyseisistä palvelutaloista, niin sijainnin kuin asiakaskuntoisuudenkaan suhteen. Idea varmistuikin aiheeksemme vasta loppu kesästä, kun muut ideat työllemme oli sivuutettu.

Työn yksityiskohtien selkeytyessä työn tekeminen alkoi tuntua koko ajan helpommalta. Opinnäytetyö ei ollutkaan mikään ylitsepääsemätön asia vaan se tuntui tehtävältä muiden joukossa, aivan niin kuin opettajat olivat alusta asti muistuttaneet. Työn tekeminen alkoi mielestämme kunnolla vasta tammi-kuussa 2012, kun aloitimme tietojen keräämisen esitteeseen haastatteluilla. Esitteen hahmotteleminen tuntui aluksi todella vaikealta, sillä kellekään meistä ei ollut aikaisempaa kokemusta esitteen tekemisestä. Tuntui että esitteen tekemiseen tarvitsi monen alan taitoja esimerkiksi tietotekniikasta tai muotoilualalta. Kuitenkin kun esite alkoi konkreettisesti hahmottua, sen tekeminen oli melko helppoa.

Opinnäytetyön tekeminen kolmestaan oli sekä haastavaa että huojentavaa. Työllä oli niin sanotusti koko ajan kolmet aivot, mikä teki helpoksi esimerkiksi virheiden huomioimisen tai ongelmakohtissa etenemisen. Toisaalta myös kolmen eri ihmisen mielipiteet työtä tehdessä olivat myös hidastavia tekijöitä ja asioita päätettäessä jouduttiin keskustelemaan ja pohtimaan eri vaihtoehtoja.

toja, mikä oli työn kannalta ehkä jopa hyödyksikin. Lisäksi kolmen ihmisen aikataulujen yhteensovittaminen oli välillä haastavaa ja melko turhauttavaakin. Jokaisen oli karsittava omia menoja ja tehtävä kompromisseja mutta loppujen lopuksi suuremmilta ongelmilta vältyttiin ja yhteinen linja löytyi aina.

Tukea työllemme saimme mielestämme hyvin ohjaavalta opettajalta. Ongelmakohdissa otimme yhteyttä häneen ja yleensä saimme vastauksen nopeasti. Myös muiden opiskelijoiden vinkeistä ja henkisestä tuesta oli apua. Ilman näitä työ olisi ollut tuplasti haastavampaa ja ongelmakohdissa eteneminen melko mahdotontakin.

5.2 Arvio työn onnistumisesta ja oppimistulokset

Kun mietimme opinnäytetyömme onnistumista, ajatukset ovat melko vaihtelevia. Esitteestä mielestämme tuli ihan onnistunut. Ulkonäöllisesti olemme siihen tyytyväisiä ja se herättää mielenkiinnon melko hyvin. Esitteen sisältöä mietittäessä ajattelempa sen olevan melko suppeaa. Toisaalta esitteen tarkoitus ei koskaan ollutkaan olla mikään kaiken kattava tietokirja, vaan ensivaikutelman antava ja mielenkiintoa herättävä infopaketti. Toimeksiantajamme on ollut esitteeseen tyytyväinen ja on sitä mieltä, että esitteestä tulee olemaan suuri apu ja hyöty osastolla. Pää tavoitteemme onkin että esite tulisi tarpeeseen ja että se olisi apuna palvelutalosta tietoa etsittäessä. Tarkoitus olisi että sitä käytettäisiin, kun palvelutalopaikan hakeminen on ajankohtaista.

Opinnäytetyön teoriaosuus on mielestämme riittävän pitkä, mutta sen looginen eteneminen ja asioiden linkittäminen toisiinsa saattoi jäädä vielä epäselväksi. Oli vaikea kirjoittaa sanoiksi se visio, mikä meillä oli itsellämme. Teorian ja käytännön yhdistäminen tuntui vaikealta kertoa niin, että lukijakin sen ymmärtäisi. Lisäksi tuntui että teoriaa oli toisaalta hieman väkisin löydettävä ja liitettävä itse työn aiheeseen. Yritimme kuitenkin tehdä tekstistä mahdollisimman sujuvaa ja lukijalle helposti ymmärrettävää. Tuntui että tämä tavoite jäi vielä saavuttamatta.

Kun mietimme mitä olemme opinnäytetyötä tehdessä oppineet, tulee mie-

leemme oman alan tietoperustan hyödyntäminen sekä kriittisyys lähteiden luotettavuutta kohtaan. Olemme oppineet suodattamaan olennaisen tiedon epäolennaisesta. Varsinkin internetlähteiden kohdalla on joutunut miettimään lähteiden luotettavuutta useampaan kertaan.

Haastatteluita tehdessä olemme oppineet ammattimaista vuorovaikutusta haastateltavien kanssa niin kasvotusten kuin puhelimitsekin. Olemme oppineet myös priorisointia ja delegointia eri tehtävien kesken. Lisäksi tehtävien organisointi ja aikatauluttaminen on tullut tutuksi.

Ennen kaikkea olemme oppineet opinnäytetyömme johdosta palvelutalojen toiminnasta paljon Rovaniemen alueella. Prosessin jälkeen tiedämme muun muassa miten asukkaaksi haetaan, mihin valinta perustuu ja minkälaisia tukimahdollisuuksia niihin on. Lisäksi tiedämme mihin palvelutalojen hoitoideologia perustuu ja minkä tyyppistä asukasaineisto yleisimmin niissä on.

Kaiken kaikkiaan tämä prosessi on ollut pitkä ja raskas, mutta myös antoisa. Koemme antaneemme oman avustuksen tämän esitteen kautta siihen, että vanhustenhuolto olisi mahdollisimman sujuvaa ja tieto eri palvelutalomahdollisuuksista olisi parempaa ja yleisempää. Väestön ikääntyminen aiheuttaa sen, että vanhusten määrä hoitotyössä tulee lisääntymään ja eri sektorit kuormittuvat, jolloin tieto jatkohoitopaikoista kuuluu osana hoitajan ammattitaitoon.

LIITTEET

Esite 1

LÄHTEET

- Aejmelaeus, R. – Kan, S. – Katajisto, K-J. – Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY.
- Alber, J. – Delhey, J. – Wolfgang, K. – Nauenburg, R. Tutkimus 2004. Quality of life in Europe. Osoitteessa <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/105/en/1/ef04105en.pdf>. Luettu 4.5.2012.
- Atchley, R. – Barusch, A. 2004. Social Forces & Aging. Wadsworth Press.
- Elo, S. 2006. Väitöskirja. Teoria kotona asuvien Pohjois-suomalaisten ikääntyvien hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Osoitteessa <http://herkules oulu.fi/isbn9514281950/isbn9514281950.pdf>. Luettu 14.12.2011.
- Finlex 1992. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733. Osoitteessa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920733>. Luettu 21.2.2012.
- Holma, T. 2003. Laatu vanhustyön arkeen. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Ikäinstituutti 2012. Mitä tiedämme ikääntyvästä väestöstä. Osoitteessa: <http://www.vapaaehtoiseksiseniorina.fi/ikatietoa/ikaantyyva+vaesto/>. Luettu 21.2.2012
- Jämsä, K. – Manninen, E. 2002. Osaamisen tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Kassara, H. – Paloposki, S. – Holmia, S. – Murtonen, I. – Lipponen, V. – Ketola, M-L – Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. Helsinki: WSOY.
- Kautto, M. 2006. Suomalaisten hyvinvointia. Vaajakoski: Gummerus
- Kela 2012. Lääkkeiden erityiskorvaus. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/090801172140EH?OpenDocument>. 3.4.2012.
- Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY
- Leino-Kilpi, H. – Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Lyyra, T-M. – Pikkarainen, A. – Tiikkainen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Helsinki: EDITA.
- Lähdesmäki, L. – Vornanen, L. 2009. Vanhuksen parhaaksi. Hoitaja toimintakyvyn tukijana. Helsinki: EDITA.
- Nienstedt, W. – Hänninen, O. – Arstila, A. – Björkqvist, S-T. 2004. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki: Werner Soderström Osakeyhtiö.

- Palo, J. 2012. Saarenkylän vanhainkotiyhdistys ry:n johtajan haastattelu 30.1.2012.
- Pahlman, I. 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. Kuopion yliopisto. Tutkimus. http://www.socom.fi/dokumentit/Vanhustyo/vanhuskehy/loppuseminaari/vanhuus_ja_hoidon_etiikka.pdf. Luettu 17.1.2012.
- Parviainen, T. 1998. Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Tampere: Kirjayhtymä.
- Päivärinta, E. – Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Jyväskylä: Stakes.
- Raitanen, T. – Hänninen, T. – Pajunen, H. – Suutama, T. 2004. Geropsykologia. Porvoo. WSOY
- Roper, N. – Logan, W. – Tierney, A. 1992. Hoitotyön perusteet. Tampere: Kirjayhtymä
- Rovaniemen kaupunginvaltuusto. 2008. Rovaniemen ikäohjelma vuoteen 2020 – ikäpoliittinen strategia. Osoitteessa: <http://www.rovaniemi.fi/loader.aspx?id=d739894b-3401-48d5-891b-14f9f088a4f4>. Luettu: 18.1.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Osoitteessa: <http://pre20090115.stm.fi/ka1202801063405/passthru.pdf>. Luettu 18.1.2012.
- Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. 2007. Raportti. Osoitteessa: <http://www.ymparisto.fi/download.asp?contentid=75968&lan=sv>. Luettu 5.3.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Barthelin indeksi. Osoitteessa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/84/>. Luettu 21.2.2012.
- The Royal Australian College of General Practitioners. 2006. Medical care of older persons in residential aged care facilities. Osoitteessa: <http://www.racgp.org.au/silverbookonline/pdf/RACGPsilverbook2006.pdf>. Luettu 22.8.2012.
- Tiikkainen, P. – Voutilainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Vaarama, M. – Moisio, P. – Karvonen, S. 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.